



วารสารการแพทย์

โรงพยาบาลสกลนคร

Medical Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

Volume 29 No. 1 January – April 2026



ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสกลนคร

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร

Medical Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ISSN 3088-280X (Online)

Volume 29 No. 1 January – April 2026

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม และกันยายน – ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการ การค้นคว้าทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในประเด็นปัญหาทางสุขภาพ และสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ความก้าวหน้า กิจกรรมและข่าวสารทางการสาธารณสุข

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.จิราพร เพียวอยู่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

น.พ.สมศักดิ์ ประภูณวัฒน์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

บรรณาธิการ

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการผู้ช่วย

พว.ทัศนีย์ แดขุนทด

พว.จิรวรรณ ศิริมนตรี

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.ดร.นพ.ชัชญา สวนกระต่าย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.สุมัทนา กลางการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ปิยะธิดา นาคะเกษียร

คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.สุรัชย์ แซ่จิ่ง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.นพ.อนุชิต ปุณณทลิ่งค์

คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.พญ.วราณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผศ.นพ.กมล แก้วกิตติณรงค์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.พิพัฒน์ เรืองแสง

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ดร.ทัตพร วงษ์ปุณณทลิ่งค์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.จินตนา พาวงค์

นักวิจัยอิสระ

อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.ชลการ ทรงศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.เกษร แถวโนนจัว

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

จังหวัดขอนแก่น

อ.ดร.อนุศักดิ์ เกิดสิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

กองบรรณาธิการในสถาบัน

นพ.ปิยะพงษ์ พาพิทักษ์

นพ.นิสิต ตงศิริ

พญ.สุภารัตน์ ศิริชัยพรศักดิ์

พญ.ตรีวิจิตร มุ่งภูกลาง

พญ.อภิญา กิ่งนาคม

นพ.ปริญา ไชกวีระประเสริฐ

พญ.ถิตดารัตน์ ศรีคำ

ทพ.ธีรวัต ผายปองนา

พว.ไพลิน นัดสันเทียะ

พว.ศศิธร ภักดีโชติ

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

พว.ปิยนุช บุญทอง

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

น.ส.ภนาร์ตน อวนพล

ภกญ.สุริชชา สังข์ทอง

ฝ่ายจัดการ

นางสาวพิศุทธิดา ขุนศรี

นางสาวสุพรรณษา ชัยสุพรรณ

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายนอกหน่วยงาน)

อ.ดร.เศรษฐพงศ์ หนองหารพิทักษ์

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ดร.วิบูลย์สุข ตาลกุล

รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

พญ.พิรุณี สัพโส

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

อ.ดร.อนุพงษ์ พันธุ์สุวรรณ

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ทนพญ.ลิ่มทอง พรหมดี

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พว.วินิจตรา อัดชู

โรงพยาบาลขอนแก่น

ดร.วรรณชนก จันทชุม

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ณัฏยา พรหมสาขา ณ สกลนคร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

พว.มงคล วารีย์

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวานรนิวาส

พว.ศุภวิทย์ ศิลากุล

โรงพยาบาลสุรินทร์

ผศ.พงศธร ช้ายกลาง

คณะกายภาพบำบัด

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พว.เสาวนีย์ คีวะลา

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายในหน่วยงาน)

พญ.นริศรา สุนนท์

น.ส.ปิยนุช เตโช

ดร.ปาริชาติ ขุนศรี

พญ.จตุพร เตมณาทาม

นพ.ปิยะพงษ์ พาพิทักษ์

พว.ภักกพล วงศ์นาค

นพ.ปริญา ไชกวีระประเสริฐ

พว.จิรวรรณ ศรีมนตรี

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

กก.รัตนโบล นิระมนต์

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมศักดิ์การพิมพ์ กรุป อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-711896

เจ้าของ

โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-176000 ต่อ 1042

การบอกรับสมาชิก

- ค่าตีพิมพ์วารสาร บทความละ 3,000 บาท

หมายเหตุ : หากบทความเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้วจะไม่สามารถ
ขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้

ติดต่อสำนักงานวารสาร

งานวารสาร โรงพยาบาลสกลนคร โทร. 042-176000 ต่อ 1042
E-mail : medskh.journal@gmail.com

หมายเหตุ :

- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายนอกโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายในหรือภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายในโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- ข้อเขียนและข้อคิดเห็นใด ๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนตัวและเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ทั้งสิ้น
- บทความที่ตีพิมพ์ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร การคัดลอกเพื่อพัฒนาเชิงวิชาการต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง



Unบรรณาธิการ

นโยบายการเกษียณก่อนกำหนดของระบบข้าราชการไทยเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญที่ภาครัฐใช้เพื่อลดภาระด้านงบประมาณและเพิ่มประสิทธิภาพของโครงสร้างกำลังคนในภาคราชการ ภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การมีจำนวนข้าราชการที่มีอายุงานยาวนานและอยู่ในตำแหน่งเดิมเป็นเวลานาน อาจก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงจำกัดโอกาสในการปรับตัวขององค์กรให้สอดคล้องกับยุคดิจิทัลและการบริหารงานสมัยใหม่

นโยบายนี้จึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือเชิงนโยบาย โดยเปิดโอกาสให้ข้าราชการที่มีอายุหรือระยะเวลารับราชการตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถสมัครใจออกจากราชการก่อนอายุเกษียณปกติ (60 ปี) พร้อมรับสิทธิประโยชน์บางประการ เช่น เงินชดเชย หรือสิทธิด้านบำเหน็จบำนาญตามเงื่อนไขที่รัฐกำหนด จุดมุ่งหมายสำคัญของนโยบายนี้คือการลดขนาดกำลังคนภาครัฐ และควบคุมภาระงบประมาณระยะยาว โดยเฉพาะในส่วนของคุณค่าตอบแทนบุคลากรซึ่งเป็นสัดส่วนสูงของงบประมาณแผ่นดิน ในมิติของประสิทธิภาพองค์กร นโยบายดังกล่าวยังเอื้อต่อการปรับโครงสร้างกำลังคนให้มีความยืดหยุ่นและทันสมัยมากขึ้น การเปิดตำแหน่งว่างจากการเกษียณก่อนกำหนดสามารถนำไปสู่การรับบุคลากรรุ่นใหม่ที่มีทักษะด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาเสริมสร้างศักยภาพของหน่วยงาน อย่างไรก็ตามการดำเนินนโยบายนี้จำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ เพื่อหลีกเลี่ยงการสูญเสียบุคลากรที่มีประสบการณ์สูงในสายงานเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณะในระยะสั้น

อีกประเด็นสำคัญคือผลกระทบต่อผู้เกษียณก่อนกำหนดเอง แม้จะได้รับแรงจูงใจทางการเงินแต่การออกจากระบบราชการก่อนเวลาอาจก่อให้เกิดความไม่มั่นคงด้านรายได้ในระยะยาว โดยเฉพาะหากไม่มีการวางแผนทางการเงินที่เหมาะสม ดังนั้นรัฐควรมีมาตรการเสริม เช่น การให้คำปรึกษาด้านการเงิน การส่งเสริมอาชีพหลังเกษียณ หรือการพัฒนาทักษะใหม่ เพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านของบุคลากรกลุ่มนี้ด้วยเช่นกันเพื่อให้เกิดความยั่งยืนทั้งในระดับองค์กรและระดับสังคมโดยรวม

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร
บรรณาธิการ

สารบัญ

● บทบรรณาธิการ

● นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การเปรียบเทียบผลของการเดินแอโรบิกและการเดินคัฟเวอร์แดนซ์ต่อน้ำหนักตัวของวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในโรงเรียนเทศบาล (สังขวิทย์) อ.เมือง จ.ตรัง 1
นฤมล พรหมเกทย์ ปร.ด.
- ประสิทธิผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท 13
ภาวิณี สถาพรธีระ พย.ม. ภาสินี ไทอินทร์ ปร.ด.
กาญจน์กนก สุรินทร์ชัมภู พย.ม.
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร 25
ตฤณพงศ์ อีรพงศ์ธนะสุข พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน พิษญากร นามนนท์ พย.ม.
ณัฐกานต์ อีรพงศ์ธนะสุข นภ.ชก.
- ผลของโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร 51
ประภาศรี พลราชม พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน
- การประเมินความแม่นยำและความเที่ยงตรงของค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน และวิธีฮีมาโตคริต 66
สกลเดช ไชไพรัตน์ วท.บ.
- ผลของการใส่อุปกรณ์พยุงหลังระดับเอวชนิดอ่อน ภายหลังการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ระยะแรกในผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม 77
ธนาภูมิ พรหมสมบัติ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
ปวีณรัตน์ จรัสสุริยงค์ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- การแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด STAT-10 ฉบับภาษาไทย สำหรับการประเมินอาการเจ็บคอในผู้ป่วยโรคคอหอยอักเสบเฉียบพลัน 89
พิพัฒพงศ์ ป้อมไชยา ภ.บ. ศรีบุษย์ ศรีไชยจรรณพ ปร.ด.
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น 100
จตุพร สุวรรณชิน พย.ม. วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ิง สังกัดกรมการแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย 112
อินทรา สกลโชคบุญมา พย.ม. วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.

สารบัญ

ผลของโปรแกรมการบริหารต่อการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม	123
โยธกา ภาคิ พย.ม. ศุภธำภรณ์ มะหุวรรณ พย.บ. ปัญชลี ศิริพงษ์พันธ์ พย.บ. ปิยาณี นักบุญ ส.ด. อภิชาติ สกุสชาติรุ่งโรจน์ พท.บ. ศศิธร ทรัพย์มูล พท.บ. ณัฐยานี โคตรปัญญา วท.บ.	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหาร ทางการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น	133
ธมนวรรณ ธาราสมบัติ พย.ม. สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.	
● บทฟื้นฟูวิชาการ (Review Article)	
การศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป	147
ทักษิณี แดขุนทด พย.ม. ชญานนท์ คันทมาตย์ ศศ.ม. อรอนงค์ เทียบอุดม คม. วาโร เฟิงสวัสต์ ปร.ด. วันเพ็ญ นันทะศรี ปร.ด.	
● คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร	157
● แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร	161
● ใบ Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้ วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนครพิจารณา	162
● ใบสมัครสมาชิกวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร	164

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การเปรียบเทียบผลของการเดินแอโรบิกและการเดินคัฟเวอร์แดนซ์ต่อน้ำหนักตัวของวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในโรงเรียนเทศบาล (สังขวิทย์) อ.เมือง จ.ตรัง

นฤมล พราหมเภทย์ ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของวัยรุ่นน้ำหนักเกินก่อนและหลังการเดินคัฟเวอร์แดนซ์ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักระหว่างกลุ่มเดินแอโรบิกกับเดินคัฟเวอร์แดนซ์ 3) เปรียบเทียบความพึงพอใจและความร่วมมือระหว่างกลุ่มเดินแอโรบิกกับเดินคัฟเวอร์แดนซ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่น้ำหนักเกินโรงเรียนเทศบาล 1 อ.เมือง จ.ตรัง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดัชนีมวลกายเกิน 30 กิโลกรัมขึ้นไป จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มแอโรบิก 17 คน, กลุ่มคัฟเวอร์แดนซ์ 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก แบบประเมินความพึงพอใจและความร่วมมือ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) วิดีโอเดินแอโรบิก 2) วิดีโอเดินคัฟเวอร์แดนซ์ 3) เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล ใช้เวลาทดลอง 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักก่อนและหลังการทดลองการเดินแต่ละแบบด้วย Dependent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย พบว่า

1) น้ำหนักหลังเดินคัฟเวอร์แดนซ์ลดลงจากก่อนเดิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ก่อน $M = 53.41$, $S.D. = 5.04$ หลัง $M = 51.69$, $S.D. = 4.69$)

2) น้ำหนักตัวของวัยรุ่นน้ำหนักเกินหลังการเดินแอโรบิกและเดินคัฟเวอร์แดนซ์ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ.05

3) หลังการเดินกลุ่มเดินคัฟเวอร์แดนซ์พึงพอใจมากกว่ากลุ่มเดินแอโรบิก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระดับ .05

ข้อเสนอแนะ สามารถเดินคัฟเวอร์แดนซ์แทนการเดินแอโรบิกเพื่อลดน้ำหนักในวัยรุ่น เนื่องจากพึงพอใจและให้ความร่วมมือดี

คำสำคัญ: ระบบแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเรื้อรัง ระดับน้ำตาลสะสม ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

รับบทความ: 15 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 31 มีนาคม 2569 รับตีพิมพ์บทความ: 22 เมษายน 2569

A Comparison of the Effects of Aerobic Dance and Cover Dance on Body Weight among Overweight Adolescents at Municipal 1 (Sangkhawit) School, Mueang District, Trang Province

Naruemon Prampate Ph.D.*

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) compare the weight of overweight adolescents before and after cover dance, 2) compare the weight of overweight adolescents during aerobic dance and cover dance, and 3) compare the satisfaction and cooperation between group of aerobic dance and cover dance. The sample consisted of 34 overweight lower secondary school students from Thesaban 1 School, Mueang District, Trang Province, divided into an aerobic group (17 participants) and a cover dance group (17 participants). The purposive sampling method was used to select a sample with a similar BMI. The data collection tools included a general information and weight change record form and a satisfaction and cooperation assessment form, which were developed by the researcher from a literature review and approved by 3 experts. The experimental instruments were: 1) aerobic dance video, 2) cover dance video, and 3) a digital scale. The experiment was conducted for 4 weeks. Data were analyzed using a ready-made computer program. Frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation were used. Descriptive statistics were used to compare the mean weight between the control and experimental groups using the independent t-test). The mean weight before and after each dance experiment was compared using the Dependent t-test, with a statistical significance level of .05.

The results revealed that

1) The weight after cover dance decreased from before dancing, with a statistical significance level of .05 (before $M = 53.41$, $S.D. = 5.04$ and after $M = 51.69$, $S.D. = 4.69$).

2) The weight of overweight adolescents after aerobic dance and cover dance was not different at a statistical significance level of .05.

3) After dancing, the cover dance group was more satisfied than the aerobic dance group, with a statistical significance level of .05.

Suggestions Cover dance can be used instead of aerobic dance to reduce weight in adolescents because it creates satisfaction and good cooperation.

Keywords: Aerobic dance, Cover dance, Body weight, Overweight adolescents

* Professor, Faculty of Nursing, Thaksin University

Received: March 15, 2026, Revised: March 31, 2026, 2025, Accepted: April 22, 2026

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค รายงานว่าเด็ก 6–14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกินร้อยละ 10) โดยพบว่าในปี 2563 และปี 2564 ร้อยละ 12.5 และ 12.4 ตามลำดับ ในปี 2564 พบว่าเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งรวมจังหวัดตรัง พบร้อยละ 12.05¹. จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคอ้วนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในเด็กชนบทเริ่ม พบปัญหาเพิ่มขึ้น เด็กไทยอายุ 1–14 ปี จำนวน 540,000 ราย มีน้ำหนักเกินในจำนวนนี้ 135,000 ราย เสี่ยงต่อเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2² สาเหตุที่สำคัญคือพฤติกรรม การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น การบริโภคอาหารไขมันสัตว์ อาหารแป้งและน้ำตาลสูง อาหารแปรรูป อาหารสำเร็จรูป ขนมอบเคี้ยว เป็นต้น การออกกำลังกาย และพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ตัวอย่างเช่น เด็กที่ไม่ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ เล่นวิดีโอเกมส์ ทำให้เกิดความไม่สมดุลกันระหว่างพลังงานที่ได้จากอาหาร และพลังงานที่ใช้ของร่างกายนำไปสู่การเกิดโรคอ้วน (Obesity) และโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อทั้งในเด็กและผู้ใหญ่^{3,4,5,6}

การควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ควรเหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มเด็กวัยรุ่นประสบผลสำเร็จน้อย สาเหตุหนึ่งคือวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว ต้องการพลังงานมากขึ้น และเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับรูปร่างหน้าตาของตนเอง ชอบสิ่งแปลกใหม่ ทำท่าย ชอบเสียงเพลง ชอบการออกกำลังกายที่มีเสียงเพลง ปัจจุบันการออกกำลังกายที่มีเพลงประกอบที่นิยมกันคือการเต้นแอโรบิก แต่ส่วนใหญ่จะเป็นที่นิยมในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นยังไม่นิยมมากนัก เนื่องจากเพลงส่วนใหญ่จะเป็นของวัยผู้ใหญ่ ไม่เป็นที่ถูกใจของวัยรุ่น

การเต้นคัฟเวอร์แดนซ์ เป็นวิธีการเต้นอีกรูปแบบหนึ่ง เป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง ที่เป็นที่นิยมของวัยรุ่นที่มีการใช้พลังงานค่อนข้างมาก เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยความเร็ว มีการออกแรงพอประมาณ เหมาะสำหรับลดน้ำหนักหรือดูแลรูปร่าง เพราะสามารถกำจัดไขมัน

ส่วนเกินได้ดี คลายเครียด มีประโยชน์เช่นเดียวกับการเต้นแอโรบิก แต่เป็นการนำเพลงของศิลปินต้นแบบไปเต้นตามด้วยความชื่นชอบ ตามความคิดสร้างสรรค์ ทำให้รู้สึกสนุก สามารถเต้นได้นาน ไม่รู้สึกเบื่อ ซึ่งต่างจากการเต้นแอโรบิกแบบเดิมที่ส่วนใหญ่เต้นตามผู้นำ ใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนเองน้อยกว่า โดยการเต้นคัฟเวอร์ ระดับปานกลางถึงหนักจะสามารถเผาผลาญได้ประมาณ 300–600 แคลอรีต่อชั่วโมง^{7,8,9} จากการศึกษาข้อมูลพบว่าที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาผลของการเต้นต่อร้อยละไขมันที่ลดลงและมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ยังไม่เคยมีการเปรียบเทียบการเต้น 2 ชนิดนี้โดยตรงในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่มีน้ำหนักเกินมาก่อน ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางหรือทางเลือกเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทและความชื่นชอบของวัยรุ่น เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินได้อย่างยั่งยืนและเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวของวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่เต้นคัฟเวอร์แดนซ์และกลุ่มที่เต้นแอโรบิก
2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวของวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มที่เต้นคัฟเวอร์แดนซ์และกลุ่มที่เต้นแอโรบิก ภายหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจและความร่วมมือ ระหว่างกลุ่มที่เต้นคัฟเวอร์แดนซ์และกลุ่มที่เต้นแอโรบิก

สมมุติฐานการวิจัย

1. น้ำหนักตัวของวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินภายหลังการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์และการเต้นแอโรบิกลดลงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มที่เต้นคัฟเวอร์แดนซ์มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่เต้นแอโรบิก
3. กลุ่มที่เต้นคัฟเวอร์แดนซ์มีระดับความพึงพอใจและให้ความร่วมมือสูงกว่ากลุ่มที่เต้นแอโรบิก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิกกับการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์ ต่อการลดน้ำหนักของวัยรุ่นน้ำหนักเกิน เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการ

ออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวในส่วนต่างๆ และส่งผลต่อการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ ปอด หัวใจและการเผาผลาญสารอาหารต่างๆ ในร่างกาย มีส่วนช่วยในการลดน้ำหนักในวัยรุ่นน้ำหนักเกิน ดังนั้น การออกกำลังกายแบบการเดินแอโรบิกถือเป็นการออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง โดยกระทำในระยะเวลาานพอที่จะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอด ซึ่งเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนในร่างกายได้ทำงานเป็นจังหวะ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้อย่างเต็มที่ โดยการเดินแอโรบิก 30–60 นาที สามารถเผาผลาญพลังงานได้ 500 แคลอรีต่อชั่วโมง รวมไปถึงการเดินคัลเฟอร์แดนซ์ ถือเป็นการออกกำลังกายที่สนุกและเพลิดเพลิน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ทุกส่วน และช่วยเผาผลาญ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest–Posttest Design) เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบน้ำหนักซึ่งเป็นผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกกับการเดินคัลเฟอร์แดนซ์ และเปรียบเทียบความพึงพอใจและความร่วมมือด้วยการออกกำลังกายทั้ง 2 แบบนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรค์ เลขที่ 35/2565 เมื่อวันที่ 5 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 สิ้นสุด วันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 เพื่อพิจารณาการคุ้มครอง เรื่องจริยธรรมในการวิจัยที่ไม่ขัดกับสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียน และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวในการอธิบาย

พลังงานโดยรวมได้ดีไม่แพ้การออกกำลังกายแบบอื่นๆ เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายด้วย ท่าทางและจังหวะที่รวดเร็วอย่างต่อเนื่อง มีการออกแรงพอประมาณ เหมาะสำหรับการลดน้ำหนักหรือดูแลรูปร่าง สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเผาผลาญของไขมันส่วนเกินได้ดี โดยการเดินคัลเฟอร์แดนซ์จะสามารถเผาผลาญพลังงานได้ประมาณ 300–600 แคลอรีต่อชั่วโมง^{7,8,9} โดยผลของการออกกำลังกายแบบการเดินแอโรบิกและการเดินคัลเฟอร์แดนซ์จะช่วยให้ร่างกายเกิดการแข็งแรง ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นและเป็นการออกกำลังกายอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยในการเผาผลาญพลังงานให้กับร่างกายได้ดี แต่วิธีใดจะเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลกับวัยรุ่นหรือสร้างความพึงพอใจในการนำไปใช้มากกว่ากัน จะต้องนำมาเปรียบเทียบเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบสอบถามจะไม่มีชื่อของผู้ถูกสอบถาม แบบสอบถามทุกชุดจะถูกรวบรวมเก็บอย่างมิดชิดโดยจะนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบ ต่อการเรียน และการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบทุกประเด็น เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ด้วยวิธีใด ๆ หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วยกเลิก หรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลข้อมูลที่ได้จากการวิจัยผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของผลงานวิจัยเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างคนใดมีปัญหามาขอเข้าร่วมการวิจัย สามารถ สอบถามข้อมูลได้จากผู้วิจัย และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นน้ำหนักเกิน ที่มีอายุระหว่าง 13 – 15 ปี ที่ศึกษาอยู่ที่โรงเรียนเทศบาล 1 (สังขวิทย์) อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวนทั้งหมด 71 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นน้ำหนักเกิน ที่มีอายุระหว่าง 13 – 15 ปี ที่ศึกษาอยู่ที่โรงเรียนเทศบาล 1 (สังขวิทย์) อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวนทั้งหมด 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งกับคัพเวอร์แดนซ์ จำนวน 17 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งเดินแอโรบิก จำนวน 17 ราย จากการใช้สูตรของ G* POWER โดย Effect size 0.5, Power of test 0.80 ระดับนัยสำคัญ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 วิดีโอเพลงเต้นคัพเวอร์แดนซ์ รวมเวลา 30 นาที ไม่นับรวมช่วงเวลา worm up and down ประกอบด้วย 4 เพลงที่เป็นที่นิยมของวัยรุ่น ได้แก่ เพลงที่ 1 อย่าไปน่ารักกับใครอีกนะ¹⁰ เพลงที่ 2 คอพับ¹¹ เพลงที่ 3 ออกหักไม่กล้าบอก¹² เพลงที่ 4 ไม่ได้ยิน¹³

1.2 วิดีโอเพลงเดินแอโรบิก รวมเวลา 30 นาที ไม่นับรวมช่วงเวลา warm up and cool down ชื่อชุดวิดีโอเต้นแอโรบิก 30 นาที ลดไขมัน กระชับสัดส่วน เผลอฉาย 300 kcal ของ joyderka¹⁴

1.3 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกายและโรคประจำตัว

2.2 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

2.3 แบบบันทึกพฤติกรรมความความร่วมมือ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1. สุขภาพ 2. ความสนุกสนาน 3. จังหวะดนตรี 4. ความพึงพอใจ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ คือ

พึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน พึงพอใจมากให้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อย ให้ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ 1) อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องการวิจัย 3) อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตตรัง และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกัน 30 คน เพื่อหาค่า Alpha ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย IOC (Index of Item Objective Congruence) ทั้งฉบับ เท่ากับ IOC 0.84

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผลการนำรูปแบบการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิกกับการเต้นคัพเวอร์แดนซ์ ไปทดลองใช้ต้นกับเด็กกลุ่มละ 15 คน พบว่าเป็นรูปแบบที่วัยรุ่นชอบมากที่สุด จึงได้นำชุดวิดีอนั้นมาใช้ในการวิจัย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) เท่ากับ 0.858

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ผู้วิจัยนำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาล 1 (สังขวิทย์) อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูล และดำเนินการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาล 1 (สังขวิทย์) อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผู้วิจัยดำเนินการพบคุณครูประจำชั้นของวัยรุ่น ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นเข้าพบผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

แจ้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ผู้ปกครองรับทราบ และเมื่อผู้ปกครองยินยอม จึงให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 34 คน โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 34 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และใช้การสุ่มเข้ากลุ่มแบบมีระบบ (Systematic allocation โดยให้เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม เลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง จนได้จำนวนครบถ้วน กลุ่มทดลอง จำนวน 17 ราย และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม จำนวน 17 ราย เพื่อป้องกันไม่ให้มีปัจจัยถ่ายทอดระหว่างกลุ่ม (Contamination of treatment) โดยมีการร่วมออกแบบท่าและสอนเต้นในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นมอบหมายให้เต้นด้วยตนเองทุกวันหรือรวมกลุ่มเต้นกันเอง และส่งคลิปมาในกลุ่มไลน์ทุกวัน ผู้วิจัยติดตามผ่านช่องทางไลน์ และผู้วิจัยนัดให้เต้นด้วยกันโดยแยกระหว่างการเต้นแต่ละแบบ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ รวมจำนวน 4 ครั้ง 40 นาที

2. ขั้นตอนทดลอง

2.1 กลุ่มเต้นคัฟเวอร์แดนซ์

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับวัยรุ่นน้ำหนักเกิน โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชักถามพูดคุยทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยด้วยท่าที่เป็นมิตร 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 ชั่งน้ำหนักก่อนเข้าโปรแกรมและบันทึกผล 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยสอนวิธีการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์ เพื่อลดน้ำหนักที่ถูกต้องแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย 30 นาที พร้อมทั้งมอบหมายให้ฝึกเต้นทุกวันส่งในไลน์ส่วนตัวของผู้วิจัยในกลุ่มไลน์เต้นคัฟเวอร์แดนซ์ รวม 4 สัปดาห์ เต้นร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 ชั่งน้ำหนัก และบันทึกผลในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก หลังจากเสร็จสิ้นการออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์

2.2 กลุ่มเต้นแอโรบิก

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับวัยรุ่นน้ำหนักเกิน โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชักถามพูดคุยทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยด้วยท่าที่เป็นมิตร 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 ชั่งน้ำหนักก่อนเข้าโปรแกรมและบันทึกผล 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยสอนวิธีการเต้นแอโรบิก เพื่อลดน้ำหนักที่ถูกต้องแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย 30 นาที พร้อมทั้งมอบหมายให้ฝึกเต้นทุกวันส่งในไลน์ส่วนตัวของผู้วิจัยในกลุ่มไลน์เต้นคัฟเวอร์แดนซ์ รวม 4 สัปดาห์ เต้นร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ บันทึกจำนวนผู้เข้าร่วมทั้ง 4 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 ชั่งน้ำหนัก และบันทึกผลในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และประเมินความพึงพอใจ หลังจากเสร็จสิ้นการออกกำลังกายครบ 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ น้ำหนัก ความร่วมมือ ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ อายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ความพึงพอใจของวัยรุ่นน้ำหนักเกินหลังการเต้นระหว่างกลุ่มการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์และการเต้นแอโรบิกโดยใช้สถิติ Independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวของวัยรุ่นน้ำหนักเกินระหว่างก่อนและหลังการเต้นของการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์และการเต้นแอโรบิกโดยใช้สถิติ Dependent t-test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มเต้นคัฟเวอร์แดนซ์และเต้นแอโรบิกโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 34)

ลักษณะประชากร	กลุ่มเดินคัลฟเวอร์แดนซ์		กลุ่มเดินแอโรบิก	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ				
1. ชาย	6	35.29	6	35.29
2. หญิง	11	64.71	11	64.71
รวม	17	100	17	100
อายุ				
1. 13ปี	6	35.29	6	35.29
2. 14 ปี	7	41.18	7	41.18
3. 15 ปี	4	23.53	4	23.53
รวม	17	100	17	100
น้ำหนัก				
1. 40-44 กก.	0	0.0	0	0.0
2. 45-50 กก.	7	41.18	7	41.18
3. 51-55 กก.	4	23.53	5	29.41
4. 56-60 กก.	5	29.41	3	17.65
5. 60 กก. ขึ้นไป	1	5.88	2	11.76
รวม	17	100	17	100
ส่วนสูง				
1. ต่ำกว่า 125 ซม.	0	0.0	0	0.0
2. 125-134 ซม.	0	0.0	0	0.0
3. 135-144 ซม.	5	29.42	4	23.53
4. 145-154 ซม.	6	35.29	8	47.05
5. 155 ซม.ขึ้นไป	6	35.29	5	29.42
รวม	17	100	17	100
BMI (Kg/m²)				
1. 23.0 – 24.0	14	82.35	14	82.35
2. 24.1 – 24.9	3	17.65	3	17.65
รวม	17	100	17	100
โรคประจำตัว				
1. ไม่มี	17	100	17	100
2. มี	0	0	0	0
รวม	17	100	17	100

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 14 ปี น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 45-50 กก. ส่วนสูงอยู่ในช่วง

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวัยรุ่นน้ำหนักเกินระหว่างก่อนและหลังการเดินคัลเฟอร์แดนซ์

คะแนนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ของวัยรุ่นน้ำหนักเกิน	ก่อนการเดินคัลเฟอร์แดนซ์			หลังการเดินคัลเฟอร์แดนซ์			ค่าสถิติ	
	จำนวน (คน)	Mean	S.D.	จำนวน (คน)	Mean	S.D.	t	P-value
การเดินคัลเฟอร์แดนซ์	17	53.41	5.04	17	51.69	4.69	3.75	.001*

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวัยรุ่นน้ำหนักเกินในกลุ่ม เดินคัลเฟอร์แดนซ์ น้ำหนักก่อนแตกต่างกับหลัง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ก่อน $M = 53.41$, $S.D. = 5.04$ หลัง $M = 51.69$, $S.D. = 4.69$)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างก่อนและหลังการเดินแอโรบิก

คะแนนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ของวัยรุ่นน้ำหนักเกิน	ก่อนการเดินแอโรบิก			หลังการเดินแอโรบิก			ค่าสถิติ	
	จำนวน (คน)	Mean	S.D.	จำนวน (คน)	Mean	S.D.	t	P-value
กลุ่มเดินแอโรบิก	17	53.59	5.01	17	52.68	4.83	13.75	.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวัยรุ่นน้ำหนักเกินในกลุ่ม เดินแอโรบิก น้ำหนักก่อนแตกต่างกับหลัง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .05$) (ก่อน $= 53.59$, $SD. = 5.01$, หลัง $M = 52.58$, $S.D. = 4.83$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการเดินระหว่างกลุ่มเดินคัลเฟอร์แดนซ์ และกลุ่มเดินแอโรบิก

คะแนนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว หลังการเดินออกกำลังกาย	กลุ่มการเดินคัลเฟอร์แดนซ์			กลุ่มการเดินแอโรบิก			ค่าสถิติ	
	จำนวน (คน)	Mean	S.D.	จำนวน (คน)	Mean	S.D.	t	P-value
การเดิน	17	51.63	4.69	17	52.58	4.83	-2.127	.051

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนน ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของวัยรุ่นน้ำหนักหลังการเดินทั้ง 2 แบบ

คือเดินแอโรบิกและเดินคัลเฟอร์แดนซ์ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของในการเดินคัฟเวอร์แดนซ์ และการเดินแอโรบิก จำแนกตามรายด้าน (n = 34)

ความพึงพอใจ ในการออกกำลังกาย	เดินคัฟเวอร์แดนซ์		เดินแอโรบิก		ค่าความ แตกต่าง	t	df	p
	M	S.D.	M	S.D.				
1. ด้านสุขภาพ	4.49	0.12	4.16	0.04	0.33	25.80	9.79	< .001*
2. ด้านความสนุกสนาน	4.46	0.33	4.20	0.21	0.26	27.10	2.74	.010*
3. ด้านจังหวะดนตรี	4.38	0.15	4.12	0.12	0.26	30.50	5.58	< .001*
4. ด้านความพึงพอใจโดยรวม	4.59	0.51	4.12	0.70	0.47	29.30	2.24	< .034*
โดยภาพรวม	4.48	0.09	4.15	0.04	0.33			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเดินคัฟเวอร์แดนซ์สูงกว่าการ เดินแอโรบิก และแตกต่างทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างกลุ่ม โดยใช้ Chi-square ระหว่างกลุ่มเดินคัฟเวอร์แดนซ์ และกลุ่มเดินแอโรบิก (n = 34)

ครั้งที่	กลุ่มคัฟเวอร์แดนซ์ (n = 17)	กลุ่มแอโรบิก (n = 17) (%)	χ^2	df	p-value	แปลผล
1	11 (64.71)	8 (47.06)	1.07	1	.300	ไม่มีนัยสำคัญ
2	15 (88.23)	9 (52.94)	5.10	1	.024*	มีนัยสำคัญ
3	17 (100.00)	9 (52.94)	10.46	1	.001*	มีนัยสำคัญ
4	17 (100.00)	17 (100.00)	0.00	1	1.000	ไม่มีนัยสำคัญ

χ^2 = Chi-square test, df = degree of freedom *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 การ เข้าร่วมกิจกรรมของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มเดินคัฟเวอร์แดนซ์ และกลุ่มเดินแอโรบิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.10$, $p = .024$ และ $\chi^2 = 10.46$, $p = .001$ ตาม ลำดับ) ขณะที่ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

วิจารณ์และสรุป

1) ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักของวัยรุ่นน้ำหนักเกิน ระหว่างก่อนและหลังการเดินคัฟเวอร์แดนซ์

เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักวัยรุ่นที่ลดน้ำหนักโดยการ เดินคัฟเวอร์แดนซ์ เหตุผลที่พบว่า หลังการเดินน้ำหนักลดลงจากก่อนการเดิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากการเดินแบบนี้ทำให้เกิดการเผาผลาญให้เกิด พลังงานในระดับมาก ได้เช่นเดียวกับการเดินแอโรบิก

ประมาณ 300–600 แคลอรีต่อชั่วโมง แต่ต้องเลือกเพลงที่ สนุกสนาน เดินจังหวะเร็วต่อเนื่องกัน^{7,15} นอกจากนี้ งานวิจัยต่างประเทศยังระบุว่า การเดินเป็นกิจกรรมแอโรบิก ที่ช่วยเพิ่มอัตราการใช้พลังงานและการเผาผลาญไขมันได้ ใกล้เคียงกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกทั่วไป^{16,17}

2) ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวของวัยรุ่นน้ำหนัก ระหว่างเดินแอโรบิกกับเดินคัฟเวอร์แดนซ์

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกาย ด้วยการเดินแอโรบิกกับการเดินคัฟเวอร์แดนซ์ พบว่าเดิน คัฟเวอร์แดนซ์สามารถช่วยลดน้ำหนักได้ไม่แตกต่างจากการ เดินแอโรบิกสอดคล้องกับรายงานของ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ^{16,17} ที่ระบุว่า การเดินทุกรูป แบบที่มีการเคลื่อนไหวต่อเนื่องตามจังหวะเพลง สามารถ จัดเป็นกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานค่อนข้างสูง และ

เหมาะสมสำหรับการควบคุมน้ำหนัก งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การเต้นรูปแบบสร้างสรรค์หรือการเต้นตามความชอบ (recreational dance) ช่วยให้ผู้ใช้ร่วมสามารถออกกำลังกายได้นานขึ้น ลดความรู้สึกเบื่อ และมีการใช้พลังงานสะสมใกล้เคียงกับการเต้นแอโรบิกแบบดั้งเดิม¹⁸

ผลการวิจัยพบว่าน้ำหนักตัวลดลงไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า อาจเกิดจากระยะเวลาที่น้อยไป ควรมากกว่านี้ เช่น 3 เดือน และควรวัดองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition) อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เปอร์เซ็นต์ไขมันที่ลดลง (Body fat) รอบท้อง รอบแขนและขา เป็นต้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันมากขึ้น

3) ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจและความร่วมมือระหว่างการเต้นแอโรบิกกับเต้นคัฟเวอร์แดนซ์

เหตุผลที่วัยรุ่นพึงพอใจมากกว่าการเต้นแอโรบิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สาเหตุเกิดจากการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์มีการเต้นร่วมกันในบางท่า ทำให้ทุกคนสนุกกับการมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมเต้น ต้องฝึกซ้อมเพื่อให้เพื่อนยอมรับและสามารถเต้นร่วมกันได้ วัยรุ่นมีเวลาน้อย ไม่มีเวลาไปออกกำลังกายนอกบ้านในเวลากลางวัน แต่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการเปิดเพื่อดูตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกายได้ที่บ้านตามที่กลุ่มวิจัยได้มีการจัดทำไว้ แม้เป็นเวลาค่ำหรือหลังเลิกเรียนพิเศษก็สามารถทำได้ ถ้าชอบจะเต้น รูปแบบการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์แปลกใหม่ ทันสมัยและน่าสนใจ ไม่จำเจหรือน่าเบื่อทำให้วัยรุ่นน้ำหนักเกินเกิดความเพลิดเพลิน ที่ไม่เพียงแต่จะได้ทำตามความชอบ ความสนใจในตัวของผู้ที่ตนเองเลียนแบบเท่านั้น แต่การเต้นคัฟเวอร์เป็นงานอดิเรกในยามว่างและเป็นการออกกำลังกาย ที่ได้ทั้งสุขภาพทางกายและทางจิตใจอีกด้วย การเต้นประเภทนี้ยังเป็นการฝึกสมาธิให้กับผู้เรียน สามารถเต้นได้ทุกวัย ไม่จำกัดเพศและอายุ เป็นการเต้นที่มีความสร้างสรรค์ และเป็นสิ่งที่ดี ทำให้เราได้กล้าแสดงออกและมีเพื่อนใหม่^{19,20,21} มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นหญิงอีกด้วย²² ซึ่งเหตุผลที่เป็นไปได้ที่ช่วยให้กลุ่มเต้นคัฟเวอร์แดนซ์ให้ความร่วมมือมากกว่ากลุ่มเต้นแอโรบิก เนื่องจากเต้นคัฟเวอร์แดนซ์มีการใช้ความคิดสร้างสรรค์ของผู้เต้นมากกว่า ทำท่ายกกว่า วัยรุ่นชอบมากกว่า การส่งเสริมการออกกำลังกายแบบนี้อาจทำให้วัยรุ่นหันมาออกกำลังกาย

มากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. สามารถนำรูปแบบการออกกำลังกายแบบคัฟเวอร์แดนซ์ไปใช้กับวัยรุ่นน้ำหนักเกินที่มีความต้องการลดน้ำหนักได้ ซึ่งมีประสิทธิภาพการลดน้ำหนักใกล้เคียงกับการเต้นแอโรบิก แต่การเต้นคัฟเวอร์แดนซ์จะมีความสนุกสนานมากกว่าเป็นที่พึงพอใจของวัยรุ่นมากกว่า เนื่องจากมีท่าทางที่หลากหลายรูปแบบ การเต้นและเนื้อเพลงมีความน่าสนใจมากกว่าการเต้นแอโรบิก

2. ในการนำรูปแบบการออกกำลังกายแบบการเต้นคัฟเวอร์แดนซ์ไปใช้ควรมีการจัดกระทำอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อได้รับผลลัพธ์ในการลดน้ำหนักมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และในช่วงแรกอาจดูเหมือนยากแต่เมื่อได้เต้นไปสักระยะจะสนุกกับการเต้นมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะสามารถคิดสร้างสรรค์ทำตามที่ต้องการได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาโดยเพิ่มระยะเวลาของการติดตามผลอย่างต่อเนื่องระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อดูระดับน้ำหนักที่ลดลงอย่างชัดเจน รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) ควรวัดองค์ประกอบของร่างกายอื่นๆ ร่วมกับการประเมินน้ำหนัก (Body Composition) เช่น เปอร์เซ็นต์ไขมัน (Body fat) รอบแขน และหรือรอบขา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ อาจารย์ ดร.อัศรีย พิชัยรัตน์ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น อาจารย์ ดร.ไพจิตร พุทธรอด อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ศรีรัง และอาจารย์ธัญญ์ณดา เลิศวงศ์หัตถกุล อาจารย์มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตศรีสะเกษ ที่เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายและขอขอบคุณผู้บริหารโรงเรียนและผู้ปกครองของเด็กนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โรงเรียนเทศบาล 1 (สังขวิทย์) อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6–14 ปี) มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/overweightstudent/index?year=2021>
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Switzerland: WHO Document Production Services; 2016.
4. American Academy of Pediatrics. Media and young minds. Pediatrics 2016;138(5):e20162591.
5. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เด็กไทยกับพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายและการใช้สื่อนานจอ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การออกกำลังกายด้วยการเต้นเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
9. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ. คู่มือการประเมินกิจกรรมทางกายและการใช้พลังงาน. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. แพลตีสตูดิโอ. อย่าไปน่ารักกับกับใครอีกนะ สาวน้อยก้อยเด็ก (ท่าเต้น) Dance Cover [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://youtu.be/kKlcepzpwJ4>
11. แพลตีสตูดิโอ. คอพับ – สาวน้อยก้อยเด็ก (ท่าเต้น) Dance Cover [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://youtu.be/fynEIyNP9pk>
12. แพลตีสตูดิโอ. ออกหัก ปักล้าออกฟัว – ออฟ ดอกฟ้า x บ เน็ด สามร้อย สาวน้อย ก้อยเด็ก Dance Cover [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://youtu.be/TrNey6aOGBw>
13. แพลตีสตูดิโอ. ไม่ได้อิน (ท่าเต้น) Dance Cover [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://youtu.be/qMvShX5uHEo>
14. Derka J. เพลลาญไ้มันเร่งคว่น 30 นาที [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ย. 15] เข้าถึงได้จาก: <https://www.youtube.com/watch?v=N2YT5ml5jUw>
15. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การออกกำลังกายด้วยการเต้นเพื่อสุขภาพกายและใจ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
16. Keogh JWL, Kilding A, Pidgeon P, Ashley L, & Gillis D. Physical benefits of dancing for healthy older adults: A review. Journal of Aging and Physical Activity 2009;17(4):479–500.
17. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
18. Burkhardt J, & Brennan C. The effects of recreational dance interventions on the health and well-being of children and young people: A systematic review. Arts & Health 2012;4(2):148–161.
19. กรมสุขภาพจิต. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

20. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2564.
21. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
22. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กิจกรรมทางกายกับการพัฒนาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสิทธิผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

ภาวิณี สถาพรธีระ พย.ม.*

ภาสินี ไทอินทร์ ปร.ด.**

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ วัดดูประสพงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 50 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ จับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ดำเนินการเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2567 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ 5 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ เครื่องมือทดลองเป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.92) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค 0.90 และแบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแคว์ โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป โปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและลดอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท และนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวได้

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ อาการทางจิต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก: ผู้รับผิดชอบบทความ

E-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th

รับบทความ: 11 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 31 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

The Effective of Psychoeducation Activity Focusing on Skill Training on Social Functioning and Symptom Psychotic of Schizophrenia Patient

Pawinee Stapornteera M.N.S.*

Pasinee Thoin Ph.D**

Karnkanok Surinchompu M.N.S.*

Abstract

A quasi-experimental, two-group, repeated-measures study aimed to investigate the effectiveness of a skills-focused mental health education program on social functioning and psychiatric symptoms in schizophrenic patients. The sample consisted of 50 inpatient schizophrenic patients treated at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Patients were selected, matched, and randomly assigned to an experimental group (25 patients) and a control group (25 patients). The study was conducted from October to December 2024. The experimental group received a skills-focused mental health education program consisting of five activities, each 60 minutes long, twice a week for two weeks. The control group received standard nursing care. The experimental instrument was the skills-focused mental health education program. Data were collected using a social functioning assessment scale (content validity: CVI=0.92, Cronbach's alpha coefficient 0.90) and a psychiatric symptom assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and independent two-group t-tests. One-way repeated measures ANOVA

The research findings showed that: 1) Immediately after the completion of the program and at a 1-month follow-up, the experimental group had significantly higher average scores in social functioning than the control group at the .05 statistical significance level. 2) The average scores in social functioning and psychiatric symptoms of schizophrenic patients in the experimental group before the program, immediately after the completion of the program, and at a 1-month follow-up, differed significantly at the .05 statistical significance level.

Conclusion: this program can promote social functioning and reduce psychiatric symptoms in schizophrenic patients and can be applied in nursing to support self-care for patients and their families.

Keywords: Psychoeducational program focused on skills training, Psychotic symptoms, schizophrenia, Social functioning,

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Khon kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

** Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute: Corresponding Author E-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th

Received: March 11, 2026, Revised: March 31, 2026, 2025, Accepted: April 21, 2026

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพในวงกว้าง ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 24 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 0.30 ของประชากรโลก และมีความชุกตลอดช่วงชีวิตร้อยละ 0.70–1.00^{1,2} โรคจิตเภทจัดเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะความพิการสูงสุดของโลก และมีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ³ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2566–2567 พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มจาก 104.39 เป็น 132.71 ต่อแสนประชากร และความชุกเพิ่มจากร้อยละ 1.39 เป็นร้อยละ 1.48 โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุด สะท้อนภาระโรคที่กระจุกตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างชัดเจน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการรู้จัก การตัดสินใจ และการดำรงบทบาททางสังคม เมื่ออาการด้านบวกจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ทางจิตสังคม เช่น การดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ การประกอบอาชีพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน^{4,5} งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานสูงถึงร้อยละ 80–90 และมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นเมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยอัตราการกลับเป็นซ้ำในปีแรกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 26–30 และเพิ่มสูงขึ้นเมื่อระยะเวลาติดตามนานขึ้น⁶ การกลับเป็นซ้ำสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตต่ำ และภาระครอบครัวที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสถิติข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 32,852, 31,107, 32,022, 30,573 และ 37,552 คนตามลำดับ ที่มารับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องจะเห็นได้ว่า มีอัตราการเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษา ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 จำนวน 1334, 1024, 828, 931 และ 1337 คนตามลำดับ จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565 – 2567) พบว่า ความชุกในผู้ป่วยจิตเภทเป็นร้อยละ 40.44, 38.61 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 47.43 โดยอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากร้อยละ 2.59 เป็นร้อยละ 3.56⁶ สะท้อนแนวโน้มการกลับมารักษาซ้ำและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การไม่ร่วมมือรับประทุษร้าย การขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการ การใช้สาร/สารเสพติด และข้อจำกัดด้านการดูแลจากครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะระยะอาการกำเริบรุนแรง และส่งเสริมการกลับสู่ชุมชนเมื่ออาการทุเลา นโยบายดังกล่าวทำให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลระยะยาว⁷

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้ ทักษะการสังเกตอาการเตือน และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ส่งผลต่อประสิทธิภาพผลการฟื้นฟู⁸ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) จึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการอาการเตือน และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ขณะเดียวกัน การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training: SST) ตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัด ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหา ส่งผลต่อการลดอาการด้านลบและพัฒนาการทำหน้าที่ในชุมชน การให้สุขภาพจิตศึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา จนเกิดการยอมรับ และสามารถจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทุษร้ายมากขึ้น⁹ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการและการจัดการกับยา จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสามารถลดอาการทางจิตและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น

แม้งานวิจัยต่างประเทศสนับสนุนประสิทธิผลของการบูรณาการสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตอย่างจำกัด^{10,11} ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะตามแนวคิด Family Psychoeducation และ Modular Skill Training ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา การจัดการอาการเตือน การบริหารจัดการยา การพัฒนาทักษะทางสังคม และการเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่

ทางสังคม ลดอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชุมชนและทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต มีความหวัง มีคุณค่ามีคุณค่าต้องการ มีคนห่วงใยและเข้าใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มีความสำคัญทั้งเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ โดยมุ่งประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท อันจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนบทบาทพยาบาลจิตเวชในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติ

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนอาการทางจิตในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

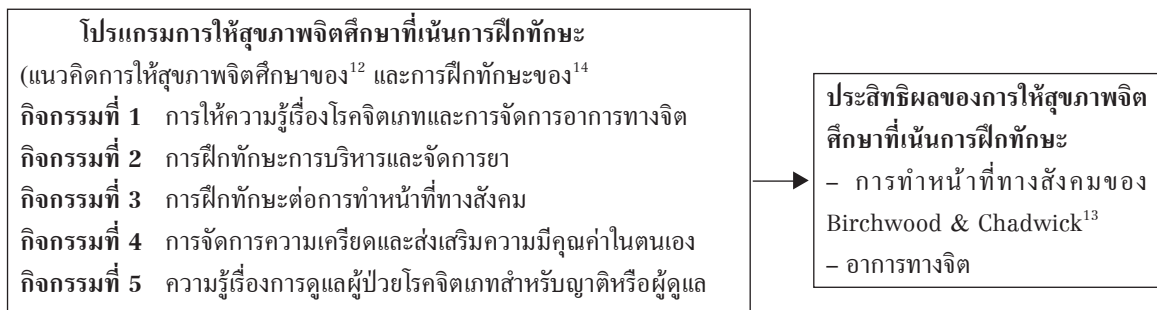
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนอาการทางจิตในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน โฮกัตต์ และไรส์¹² และการทำหน้าที่ทางสังคม (social function skill) ของบริซวูด¹³ ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะด้านการจัดการกับยา และการจัดการกับอาการของ Liberman¹⁴ โดยกิจกรรมครั้งนี้จะดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มบำบัด จำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และกิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ใช้เวลาในการทำกิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (two-group repeated measures design) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิต

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ 011/2567 เลขหนังสือรับรอง KKP.H.REC006/2568Ts_Ful ลงวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2567 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับความเป็นอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล นำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์จำแนกโรค ICD10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20.0 ถึง F20.9) มีอายุ 20–59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์จำแนกโรค ICD10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20.0 ถึง F20.9) มีอายุ 20–59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ในระหว่าง

เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดการวิเคราะห์แบบ mean difference ตามแนวคิดของ Faul, Erdfelder และ Lang¹⁵ กำหนดค่า effect size = 0.80 จากการศึกษาของพัฒน์ ศรีโอรุ และภาสินี โทอินทร์¹⁶ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และอำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 ตามแนวทาง Leppink, Sullivan และ KalWinston¹⁷ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (dropout) เพิ่มร้อยละ 10 สุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืน โดยจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1) มีคะแนนการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (มีอาการทางจิตในระดับน้อย) 2) มีคะแนนประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป (มีระดับสติปัญญาปกติ) 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดหรือตอบโต้ได้ อ่านออกและเขียนได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการติดตามหลังจำหน่าย 5) มีญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)³ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ประเมินอาการทางจิตก่อนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (มีอาการทางจิตในระดับน้อย) 2) แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE)¹⁸ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ประเมินระดับสติปัญญา ก่อนคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย เครื่องมือนี้ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไปจาก 20 คะแนน (มีระดับสติปัญญาในเกณฑ์ปกติ)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) ของ Birchwood & Chadwick¹³ รวมข้อคำถาม 75 ข้อ คะแนนทั้งหมด 223 คะแนน แปลผลดังนี้ คะแนน 0 – 95 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับต่ำ) คะแนน 96 – 105 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับปานกลาง) คะแนน 106 – 125 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับดี) คะแนน 126–135 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับดีมาก) 3) แบบประเมินอาการทางจิต¹⁸

3. เครื่องมือในการทดลอง 1) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพศึกษาของแอนเดอร์สัน โซกาดี และไรส์¹² ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในกิจกรรมที่จัดขึ้นร่วมกันกับแนวคิดการฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของ Liberman¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน มีค่าความเชื่อมั่น .87 2) แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น ได้ค่าความเชื่อมั่น .83 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC = 0.72

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตาม

เกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามวันเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมี 5 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้โรคทางจิตเภท และสังเกตอาการและสามารถจัดการกับอาการทางจิตของตนเองได้ และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ การประเมินผล จากการมีส่วนร่วมในการโต้ตอบของสมาชิก การตอบคำถามระหว่างสนทนา การแสดงความคิดเห็น และบอกสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมนี้เป็นการให้สมาชิกที่เข้าใจและรับรู้การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมนี้เป็นการนำความรู้เรื่องยาทางจิตเวชไปใช้ที่บ้าน โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ และเห็นความสำคัญในการจัดยาตนเอง การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการสนทนา การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น สามารถบอกการจัดยาตนเอง และการสรุปปัญหาและการวางแผนการจัดยาตนเอง กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีทักษะในการบอกความต้องการกับบุคคลอื่นได้ มีทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา รวมทั้งทักษะในการปฏิเสธและการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ตัวในปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตต่อไปได้ รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น 3) สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ 4) บอกการมีส่วนร่วมในชุมชนได้ กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สมาชิกมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดความคับข้องใจที่อยู่ภายในจิตใจของสมาชิกภายในกลุ่มออกมา ด้วยวิธีการระบายที่ถูกต้องและเหมาะสม

ทำให้สมาชิกมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิต รู้จักคุณค่าในตนเอง และผู้อื่น รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองและนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น 3) สามารถบอกคุณค่า และข้อดีของตนเองได้ 4) บอกการจัดการความเครียดได้ กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล เป็นการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านการให้ความรู้และสนับสนุนครอบครัว การทำแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาและการสอนทักษะในการจัดการกับปัญหาทางจิตเวช การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น 3) สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้ 4) การสังเกตพฤติกรรมสมาชิกขณะกลับไปอยู่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมด้วยแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วแปลงข้อมูลเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

3. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA: within-subjects main effect) ภายหลังจากที่ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk แล้วพบว่า ชุดข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 เพศหญิง ร้อยละ 20 กลุ่มทดลอง 25 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 72 เพศหญิง ร้อยละ 28 อายุ กลุ่มควบคุมมีอายุ 30-39 ปีมากที่สุด ร้อยละ 44 กลุ่มทดลองมีอายุ 30-39 ปีมากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 36 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 38.48 ปี (S.D. = 8.85) และกลุ่มทดลอง 38.92 ปี (S.D. = 9.64) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 48 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 44 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 60 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 44 อาชีพ พบว่า กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 32 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 24 กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.37 ปี (S.D. = 7.33) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 32 ส่วนกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.40 ปี (S.D. = 7.80) และส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 72 กลุ่มทดลองมีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองเป็น 125.48 (S.D. = 11.89), 140.12 (S.D. = 8.13), 151.04

(S.D. = 12.87) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมเป็น 111.96 (S.D. = 17.43), 126.92 (S.D. = 8.52), 127.44 (S.D. = 13.85) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองเป็น 30.88 (S.D. = 3.63), 24.60 (S.D. = 2.36), 20.76 (S.D. = 2.11) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมเป็น 28.48 (S.D. = 4.29), 26.76 (S.D. = 2.85), 23.20 (S.D. = 2.43) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ

ให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม

ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 25$) และกลุ่มควบคุม ($n = 25$)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
การทำหน้าที่ทางสังคม						
ก่อนได้รับโปรแกรม	125.48	11.89	111.96	17.43	2.13	0.038*
หลังได้รับโปรแกรม	140.12	8.13	126.92	8.52	2.92	0.005*
ระยะติดตามหลังผล 1 เดือน	151.04	12.87	127.44	13.85	3.79	< 0.001*
อาการทางจิต						
ก่อนได้รับโปรแกรม	30.88	3.63	28.48	4.29	3.20	0.002*
หลังได้รับโปรแกรม	24.60	2.36	26.76	2.85	5.60	0.003*
ระยะติดตามหลังผล 1 เดือน	20.76	2.11	23.20	2.13	6.24	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง

ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 154.78$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยระยะก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 125.48 คะแนน (S.D. = 11.89) หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 140.12 คะแนน (S.D. = 8.13) และในระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 151.04 คะแนน (S.D. =

12.87) (ตารางที่ 3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 46.04$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองลดลง โดยระยะก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 30.88 คะแนน (S.D. = 3.63) หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที คะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 24.60 คะแนน (S.D. = 2.36) และลดลงในระยะติดตามผล 1 เดือนเป็น 20.76 คะแนน (S.D. = 2.11) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 25)

ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรม M (S.D.)	หลังได้รับ โปรแกรม M (S.D.)	ติดตามหลัง ผล 1 เดือน M (S.D.)	SS	df	MS	F	p-value
- การทำหน้าที่ทางสังคม	125.48 (11.89)	140.12 (8.13)	151.04 (12.87)	1304.99	1.56	8.37.57	154.78 ^a	< 0.001
- อาการทางจิต	30.88 (3.63)	24.60 (2.36)	20.76 (2.11)	8224.08	1.36	6040.65	46.04 ^a	< 0.001

a = Greenhouse-Geisser, SS = Sum of Squares, MS = Mean Square, df = Degree of freedom *p < .05

วิจารณ์และสรุป

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรธรรยา โลหาชีวะ, นันทักชนะพันธ์ และพลสิน เถลิมนวัฒน์¹⁹ พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดความเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ต่อไป และสอดคล้องกับศิริลักษณ์ ประมะ²⁰ ระบุว่าค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม แต่ไม่พบผลดังกล่าวในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มบำบัด ยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่ม ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มี

การให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต²¹ อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้ถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาซึ่งสนับสนุนกรอบแนวคิดของการวิจัยที่อธิบายว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการปรับตัวในสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมสามารถคงอยู่ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้เกี่ยวกับผลของโปรแกรมต่อการลดอาการทางจิต ในด้านอาการทางจิต พบว่าคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที

และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอาการทางจิตในระยะสั้น แต่ยังสามารถคงผลการลดอาการได้ในระยะติดตาม ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การพัฒนาทักษะทางสังคม และการเรียนรู้เชิงปฏิบัติสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการและลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัย²² พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยช่วยลดคะแนนอาการทางจิต และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในช่วงติดตามผล 1 เดือน ซึ่งผลของโปรแกรมยังคงอยู่ต่อเนื่องหลังจำหน่าย จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอาการทางจิตในระยะสั้น แต่ยังสามารถคงผลการลดอาการได้ในระยะติดตาม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแม้สิ้นสุดการทดลองแล้ว และผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวิจัยของ Chien et al²³ ซึ่งพบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะทางสังคมช่วยเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และผลลัพธ์สามารถคงอยู่ได้ในระยะติดตาม ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะที่จัดการกับอาการทางลบตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีการให้ผู้ป่วยจิตเภตสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางจิต โดยเฉพาะ

อาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ คือ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปจากตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจิตเภทต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ประเมินตัดสินความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบสาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนองต่ออาการ การให้ความรู้ และการนำวิธีการมาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะการจัดการกับอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะการจัดการอาการทางจิตได้ด้วยตนเอง จนทำให้อาการทางลบลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น²⁴

ดังนั้น โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในทางที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้ ทำให้ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะหากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถจัดการตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะไปใช้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว
2. ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะไปเผยแพร่แก่บุคลากรทางสุขภาพในชุมชน เพื่อได้มีแนวทางในการส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยจิตเภทด้านการจัดการกับอาการทางจิต และการบริหารและจัดการยา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และกลับไปอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุขตามอัตภาพ
3. ควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ คือ หลังการศึกษา ทุก 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของแรงจูงใจในการรักษา และประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะเพื่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Schizophrenia: Fact sheet. [Internet]. 2024 [Cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Keepers G A, Fochtmann JL, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2020;177(9):868–872.
3. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. Barlati, S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Current Opinion in Psychiatry* 2024;37(3):131–139.
5. Correll C, Xiang P, Sarikonda K, Bhagvandas N. The economic impact of cognitive impairment and negative symptoms in schizophrenia: a targeted literature review with a focus on outcomes relevant to health care decision-makers in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2024;85(3):24r15316.
6. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ.2563 – 2567 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2567.
7. สมฤดี ชุมแก้ว, วุฒดา อธิคณาพร, ปัญญา ยืนยงตระกูล,พรชนก จุมพิศ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. ว. วิชาการพยาบาลและสาธารณสุขมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ 2568;1(2):31–43.
8. Bowie CR, Harvey PD. Cognitive impairment associated with schizophrenia. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 2023;63:487–507.
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11 th ed. New York: Wolters Kluwer Health; 2015.
10. Lysaker PH, Vohs J, Hamm JA, Kukla M, Minor KS, de Jong S, et al. Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity. *Journal of Psychiatric Research* 2014;55:126–132.
11. ยูพิน แก้วนา. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2563.
12. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia bulletin* 1980;6(3):490–505.
13. Birchwood M, Chadwick P. The omnipotence of voices: Testing the validity of cognitive model. *Psychological Medicine* 1997;27(6):1345–1353.
14. Liberman R. Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of evidence-based treatment for the mentally disabled. Los Angeles, CA: Grffen UCLA School of Medicine; 2006.
15. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical Power Analyses Using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41:1149–

- 1160.
16. พัฒนี ศรีโอบฐ์, ภาสินี ไทอินทร์. ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ว. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(2):310-319.
 17. Leppink J, O'Sullivan P, Winston K. Effect size – large, medium, and small. Perspectives on medical education 2016;5(6):347-349.
 18. มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563;34(1):163-178.
 19. สุจรรยา โลหาชีวะ, นันทกัศ ชนะพันธ์, พูลสิน เกลิมวัฒน์. ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก. ว. โรงพยาบาลชลบุรี 2565;47(2):105-112.
 20. ศิริลักษณ์ ประมะ. ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
 21. Norman RJ, Davies MJ, Lord J, Moran LJ. The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome. Trends in endocrinology and metabolism. TEM 2002;13(6):251-257.
 22. จิราภรณ์ ศรีสุข, สมพร นาคสุข, อรทัย วัฒนกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2566;31(2):123-136.
 23. Chien WT, Thompson DR, Norman I. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Nursing Studies 2004;41(2):637-649.
 24. พิษญา บัวรุ่ง, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท. ว. พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2565;34(1):37-50.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

ตฤณพงศ์ อีรพงศ์ธนสุข พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน *

พิชญากร นามนันท พย.ม.**

ณัฐกานต์ อีรพงศ์ธนสุข นก.ชก.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัดประสิทธิผลเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2568 เครื่องมือในการทดลอง: โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล: แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล: แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรมีการบูรณาการโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ผู้รับผิดชอบบทความ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลโพนนาแก้ว

*** นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลโพนนาแก้ว

รับบทความ: 16 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Effects of a Health Belief Model–Based Intervention on Stroke Preventive Behaviors among Patients with Hypertension in Phon Na Kaeo District, Sakon Nakhon Province

Trinnapong Teerapongtanasuk, M.D.,Dip.Thai Board of Preventive Medicine.*

Phitchayakorn Namnon M.N.S.**

Nattakan Teerapongtanasuk, B.Sc.***

Abstract

This quasi-experimental study, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effects of a Health Belief Model-based program on stroke preventive behaviors among patients with hypertension in Phon Na Kaeo District, Sakon Nakhon Province. The study population comprised male and female patients who had been medically diagnosed with hypertension and were receiving treatment at Phon Na Kaeo Hospital. A purposive sample of 30 patients, aged 35 years and older, was recruited to participate in the study. The intervention was implemented over a three-month period, from April 20, 2025, to July 20, 2025. The research instrument was a Health Belief Model-based program, and data were collected using structured questionnaires. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, Median, and Interquartile Range (IQR) were used to analyze the data, while the Wilcoxon signed-ranks test was employed to assess differences in stroke preventive behaviors before and after the intervention.

Results: The findings revealed that scores on knowledge about stroke, perceptions related to stroke—including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of prevention, perceived barriers to preventive practices, and perceived self-efficacy in stroke prevention—as well as stroke preventive behaviors, differed significantly between pre- and post-intervention measurements. All differences were statistically significant at the 0.05 level. The post-test scores were significantly higher than the pre-test scores ($p < .05$).

Recommendations It is recommended to promote the application of the Health Belief Model – based program to stroke prevention behaviors among patients with hypertension. This program enhances patients' knowledge and understanding of hypertension and its complications, ultimately leading to improved self-care behaviors.

Keywords: Health Belief Model, Stroke, Hypertension

* Specialist Physician, Phon Na Kaeo Hospital, Phon Na Kaeo District, Sakon Nakhon Province (Corresponding Author)

** Registered Nurse (Professional Level), Primary and Holistic Care Division, Phon Na Kaeo Hospital

*** Senior Physical Therapist, Rehabilitation Medicine Division, Phon Na Kaeo Hospital

Received: March 16, 2026, Revised: March 20, 2026, 2025, Accepted: April 21, 2026

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก¹พบว่า ในปี ค.ศ. 2015 มีประชากรโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 17 ล้านคน และเสียชีวิตสูงถึง 6.5 ล้านคน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็น 77 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 23 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้มากถึง 7.8 ล้านคน ซึ่งเป็นการะหนักของสังคมโลกในอนาคต สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหา ทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น จากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประชากรไทยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 21.13 ต่อประชากรแสนคน²และทุก 1 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมอง 3.5 แสนราย และเสียชีวิต 39,086 ราย³

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคาม ประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับต้น ๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้ป่วยจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการหัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้น จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก ผนังหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นยังส่งผลให้ลิ่มเลือด และไขมันที่ไหลไปตามกระแสเลือดเกิดการเกาะตัวตามผนังหลอดเลือด เมื่อเกิดการสะสมขยายขนาดใหญ่มากขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดสมองจึงตีบแคบ และมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง จึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งนี้อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ อาการอ่อนแรงของแขนขาหนึ่งซีก มักพบร่วมกับอาการปากเบี้ยว เรียกว่า อัมพาต หรือ อัมพฤกษ์⁴

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเน้นเกี่ยวกับ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย

และอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ควรรับประทานอาหารประเภทผัก ควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การควบคุมระดับไขมันในเลือด ซึ่งระดับไขมันในเลือดสูง จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่ไขมันเอชดีแอล (HDL) เป็นไขมันที่ดีจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และการออกกำลังกายจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลงทำให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและช่วยให้สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำโปรแกรมต่าง ๆ จะช่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้มีการปรับพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยการออกแบบโปรแกรมนั้นต้องใช้กรอบแนวคิดที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ คือ การปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ตัวผู้ป่วยเอง และเพิ่มการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁶ ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมที่ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค บุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น หากประเมินแล้วพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคและมีการรับรู้ ความสามารถของตนเองตลอดจนได้รับการกระตุ้น หรือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม

โรงพยาบาลโพธารามแก้ว เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สถิติการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 2,952, 2,875 และ 3,017 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีจำนวน 2,010 คน (ร้อยละ 68.08) 2,067 คน (ร้อยละ 71.89) และ 2,187 คน (ร้อยละ 72.48) ตามลำดับ และ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์นาแก้ว ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2565 จำนวน 631 คน (ร้อยละ 21.37), ปี 2566 จำนวน 511 คน (ร้อยละ 17.77) และปี 2567 จำนวน 615 คน (ร้อยละ 20.38) ตามลำดับ ยังพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 1.82), 54 คน (ร้อยละ 1.87) และ 42 คน (ร้อยละ 1.39)⁷

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งมีหน้าที่ส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคในชุมชน จึงสนใจจะนำโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในอำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน และหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันและหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁶ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น หากประเมินแล้วพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรค มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากสังคม ทั้งจากภายในบุคคล ได้แก่ ตัวบุคคลเอง ความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นต้น และการกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร สื่อต่าง ๆ และชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมได้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วย และตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นการให้ความรู้ตามโปรแกรม แจกคู่มือและชี้แจงการลงแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ การนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพ สาริต และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สาริตและฝึกปฏิบัติเทคนิค การผ่อนคลาย

ขั้นตอนที่ 4 ปังจยชักนำสู่การปฏิบัติ มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 5 สร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้าน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 6 การตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับ จากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับสรุปปัญหา และแนวทาง การแก้ไข พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ และตอบแบบสอบถาม

ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
6. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
7. พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา)

วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one Group Pretest-posttest Design)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร หมายเลขจริยธรรม SKN REC 2025-026 วันที่รับรองจริยธรรม 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว จึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย

ครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการยินยอมเพื่อขอเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จำนวน 615 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน

2568 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: จากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis)⁸ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) $1-\beta$ เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิตสูง
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
4. ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. อ่านหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
6. มีที่อยู่ที่แน่นอน สามารถติดต่อได้สะดวก
7. สมัครใจเข้าร่วมวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา

เกณฑ์การคัดออกจากกรวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่กำลังตั้งครรภ์
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
3. ผู้ป่วยที่ย้ายที่อยู่หรือเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัย
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม หรือสมุนไพร

เกณฑ์การให้เลิกจากการวิจัย (Discontinuation Criteria) หากกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชระหว่างเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

3. ผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนนาแก้ว ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย
 - 1) ข้อมูลทั่วไป
 - 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยของกรณิการ์ เงินดี¹⁶ มาใช้ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เฉพาะทาง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทาง 1 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.98

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดสอบ (try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในจังหวัดสกลนคร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76, 0.77, 0.75, 0.76,

0.75 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ภายหลังจากได้รับเอกสารการรับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และเป็นนักกายภาพบำบัด 1 คน ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาช่วยในการให้ความรู้พื้นฐานโดยให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกาย และออกเยี่ยมบ้าน

2. ขั้นระยะดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลทั่วไปและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) ประเมินความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บรรยายให้ความรู้โดยผู้วิจัย เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมรายกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าประสบการณ์ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรคจากการบอกเล่าเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้าน และการให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมรายกลุ่ม การรับรู้ความสามารถของตนเองและกระตุ้นเตือน โดยการเข้าฐานเรียนรู้ 3 ฐาน ได้แก่ ฐานความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ฐานให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และฐานความรู้เรื่องการ

จัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 4-11 กิจกรรมรายบุคคล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยออกติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมรายกลุ่ม ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตและกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี (S.D. = 7.27) และจบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 40 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ รับข่าวสารด้านสุขภาพจากคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเอกสาร/ใบปลิว ตามสถานบริการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 93.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับสูง (9-12)	2	6.7	27	90.0
ระดับปานกลาง (5-8)	19	63.3	3	10.0
ระดับต่ำ(0-4)	9	30.0	0	0.0
รวม	30	100	30	100

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีระดับการรับรู้สูงสุดคือ โอกาสเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูง (ข้อ 1) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 (S.D. = 0.86) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 2.00) แปลผลอยู่ในระดับ ปานกลาง 8) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 4) มีค่าเฉลี่ย 1.80 (S.D. = 0.61) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์ (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ย 1.70 (S.D. = 0.79) ซึ่งทั้งสองข้อมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 1.00) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุดคือ ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 11) มีค่าเฉลี่ยเพียง 1.03 (S.D. = 0.18) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00 โดยมีค่า IQR เท่ากับ 0.00 ซึ่งสะท้อนว่ากลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดรับรู้ประเด็นปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมในระดับที่ต่ำมากและเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับ ปานกลาง (Median = 2.00) จำนวน 7 ข้อ โดยข้อที่มีความเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด (IQR = 0.00) คือ โอกาสเสียชีวิตสูงเมื่อเป็นโรค (ข้อ 5), อาการ

เตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 6) และ ระยะเวลาในการรักษานาน (ข้อ 7) นอกจากนี้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มนี้คือ โรคแทรกซ้อนที่สำคัญ (ข้อ 4) และ อัตราการเสียชีวิตสูง (ข้อ 10) มีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.33 (S.D. = 0.71) โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 1.00) กลุ่มทดลองมีการรับรู้ในระดับน้อย (Median = 1.00) มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การไม่รับประทานยาและไม่ปฏิบัติ 3อ. 2ส. (ข้อ 2), ความเสี่ยงของผู้ป่วยระดับสีแดง (ข้อ 3) และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (ข้อ 9) โดยในข้อ 2 และข้อ 9 กลุ่มทดลองมีความคิดเห็นเป็นเอกฉันท์สูงมาก (IQR = 0.00)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในภาพรวมมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับการรับรู้สูงสุดอยู่ในระดับ สูง ได้แก่ การกินอาหารรสเค็มจัด (ข้อ 4) และการกินอาหารประเภททอด/ผัด (ข้อ 5) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.73 (S.D. = 0.69) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และ 1.00 ตามลำดับ (IQR = 0.00) สะท้อนว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตระหนักถึงผลเสียของพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวต่อการเกิดโรคอย่างชัดเจน ข้อที่มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุดคือ การใช้น้ำมันหมูแทนน้ำมันถั่วเหลือง (ข้อ 6) โดยมีค่าเฉลี่ย 1.00 (S.D. = 0.00) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 0.00) แปลผลอยู่ในระดับต่ำ และพบว่ากลุ่มทดลองทุกคนตอบในทิศทางเดียวกันทั้งหมด (S.D. และ IQR เป็น 0) นอกจากนี้ ประเด็นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม (ข้อ 2), การออกกำลังกาย (ข้อ 7) และการทำสมาธิ (ข้อ 9) พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่

1.97 (S.D. = 0.49) และ คำนัษฐานเท่ากับ 1.00 ถึง 2.00

การรับรู้อุปสรรคฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้อุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่าอุปสรรคที่มีค่าเฉลี่ยและคำนัษฐานสูงสุดอยู่ในระดับสูง คือ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนหรือชมรมสุขภาพว่าเสียเวลาและไม่มีประโยชน์ (ข้อ 9) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 (S.D. = 0.00) และคำนัษฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) ซึ่งเป็นค่าสูงสุดที่กลุ่มทดลองทุกคนตอบเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ รองลงมาคือ การไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย (ข้อ 4) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (S.D. = 0.51) และคำนัษฐานเท่ากับ 2.50 (IQR = 1.00) แปลผลอยู่ในระดับสูง สำหรับอุปสรรคที่มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายในที่สาธารณะ (ข้อ 5) มีค่าเฉลี่ย 1.60 (S.D. = 0.72) และคำนัษฐานเท่ากับ 1.00 (IQR = 1.00) และ บริเวณบ้านคับแคบทำให้ไม่มีที่ออกกำลังกาย (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ย 1.63 (S.D. = 0.76) และคำนัษฐานเท่ากับ 1.00 (IQR = 1.00) ซึ่งแปลผลอยู่ในระดับต่ำ ในส่วนของอุปสรรคด้านการบริโภค เช่น การทำอาหารเองยุ่งยาก (ข้อ 1), ค่าใช้จ่ายในการกินอาหารครบ 5 หมู่ (ข้อ 2) และ รสชาติอาหารต้ม/นึ่งไม่อร่อย (ข้อ 3) พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับ ปานกลาง

การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถฯ อยู่ในระดับ ปานกลาง ข้อที่มีระดับการรับรู้ความสามารถสูงสุดในระดับ สูง คือ การรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสม่ำเสมอ (ข้อ 5) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 (S.D. = 0.56) และคำนัษฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการจัดการเรื่องการใช้ยาเป็นอย่างดี สำหรับข้อที่มีระดับการรับรู้ความสามารถต่ำที่สุด คือ การอ่านหนังสือธรรมะและฝึกสมาธิ (ข้อ 3) มีค่าเฉลี่ยเพียง

1.30 (S.D. = 0.70) และคำนัษฐานเท่ากับ 1.00 (IQR = 0.00) ซึ่งแปลผลอยู่ในระดับ ต่ำ ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย (ข้อ 4) และการมาพบแพทย์ตามนัด (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.10 (S.D. = 0.48) ส่วน การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง (ข้อ 1) และการดื่มน้ำเปล่าแทนเครื่องดื่มรสเค็ม (ข้อ 2) มีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.07 (S.D. = 0.50) โดยทุกข้อมีคำนัษฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 0.00) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง

พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับสูง: มีพฤติกรรมในระดับสูง ในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านการรับประทานยาและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เรื่องการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด (ข้อ 19), การลด/หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง (ข้อ 5), การไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ข้อ 11) และ การสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด (ข้อ 13) ซึ่งทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.87 (S.D. = 0.50) และคำนัษฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00)

นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมในระดับ สูง ในเรื่อง การรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ (ข้อ 2) (Mean = 2.73, Mdn = 3.00) และ การดื่มสุรากับเพื่อนร่วมงาน (ข้อ 10) รวมถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องงดเหล้า/บุหรี่ (ข้อ 20) ซึ่งมีคำนัษฐานอยู่ที่ 3.00 เช่นกัน พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับต่ำ: รายการที่มีค่าเฉลี่ยและคำนัษฐานต่ำที่สุด (Mean = 1.00, Mdn = 1.00, IQR = 0.00) ซึ่งแปลผลอยู่ในระดับ ต่ำ และกลุ่มทดลองทุกคนตอบเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ ได้แก่ การรับประทานมือน้อยกว่ามือน้อย (ข้อ 3), การหลีกเลี่ยงอาหารโซเดียมสูง/รสเค็ม/ของหมักดอง/รสหวานจัด (ข้อ 6, 7, 8) และ การทำกิจกรรมยามว่างใดๆ (ข้อ 15) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.27 (0.86)	1.00	3.00	3.00	2.00	ปานกลาง
2. ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.30 (0.46)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
3. ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.63 (0.76)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.80 (0.61)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
5. รับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.50 (0.62)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.70 (0.79)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
7. การสูบบุหรี่หรืออยู่ในที่มีควันบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.33 (0.60)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
8. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ ไม่เป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.67 (0.66)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
9. โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วแบบสั้นพริ้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.33 (0.47)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
10 อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.50 (0.57)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
11. ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (พ่อ แม่ พี่น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.03 (0.18)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีเหลือง สีส้ม สีแดง มีโอกาสป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	1.73 (0.64)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติ 3อ. 2ส. มีโอกาสเสี่ยงสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.20 (0.61)	1.00	1.00	1.00	0.00	น้อย
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีแดง คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.57 (0.62)	1.00	1.50	2.00	1.00	น้อย
4. โรคแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน/แตก	2.33 (0.71)	2.00	2.00	3.00	1.00	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง	2.10 (0.48)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
6. ผู้ป่วยที่มีอาการขาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก ปวดศีรษะ ตามัว เดินเซ ทรงตัวลำบากเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	2.10 (0.48)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
7. หากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการรักษานาน	2.03 (0.41)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
8. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเร็ว ภายใน 3-4 ชั่วโมง มีโอกาสรอดชีวิตสูง	1.67 (0.47)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
9. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายสูง	1.10 (0.30)	1.00	1.00	1.00	0.00	น้อย
10. โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้วมีอัตราการเสียชีวิตสูง	2.33 (0.71)	2.00	2.00	3.00	1.00	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย จะช่วยค้นพบการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเริ่มต้น	1.50 (0.68)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
2. การบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.97 (0.49)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
3. การกินผัก วันละมาก ๆ จะช่วยป้องกันเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.70 (0.65)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
4. การกินอาหารที่มีรสเค็มจัด จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.73 (0.69)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การกินอาหารประเภท ทอด ผัด เป็นประจำ จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.73 (0.69)	1.00	1.00	1.00	0.00	สูง
6. การใช้น้ำมันหมู แทนน้ำมันถั่วเหลือง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1.00 (0.00)	2.00	2.00	2.00	0.00	ต่ำ
7. การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาทีจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.97 (0.49)	1.00	1.00	1.00	0.00	ปานกลาง
8. การไม่พบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูง จะทำให้อารมณ์เบิกบานไม่เครียด จะช่วยส่งเสริมให้ไม่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.20 (0.61)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
9. การทำสมาธิ จะทำให้จิตใจสงบ คลายเครียด จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.97 (0.49)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	1.40 (0.81)	1.00	1.00	1.25	0.25	ต่ำ
2. รับประทานอาหารมากกว่า3มื้อ	2.73 (0.69)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. รับประทานอาหารมื้อเย็นน้อยกว่ามื้ออื่น	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
4. รับประทานอาหารผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 ทศพี	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
5. การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันมากๆ	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่นผงชูรส ขนมหั้ว บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
7. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง เช่น ไส้กรอก แฮม หรือการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่ปรุงแล้ว	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
8. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน ทุเรียน ลำไย หรือเครื่องดื่ม น้ำอัดลม ชา กาแฟ	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
9. จดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ในผู้ชายดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน หรือ ในผู้หญิงหรือผู้ที่มีน้ำหนักในตัวน้อยดื่มเกิน 1 แก้ว/วัน	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
10. การดื่มสุรากับเพื่อนร่วมงาน หลังเลิกงาน	2.47 (0.90)	1.75	3.00	3.00	1.25	สูง
11. ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
12. การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
13. การสูบบุหรี่ เพื่อคลายเครียด	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
14. การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
15. การทำกิจกรรม หรือเล่นกีฬาเบาๆ ในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เล่นเปตอง	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
16. การหมั่นทำจิตใจให้แจ่มใสและผ่อนคลายความเครียดอยู่เสมอ เช่น นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
17. การเก็บตัวอยู่คนเดียว เมื่อเครียด	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
18. การติดตามข่าวสารและค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
19. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
20. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.47 (0.90)	1.75	3.00	3.00	1.25	สูง

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับ สูง เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ที่ สูง เป็นเอกฉันท์ (Median = 3.00, IQR = 0.00) โดยเฉพาะการรับรู้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาเสี่ยง (ข้อ 1) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 2.90 (S.D. = 0.30) รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (ข้อ 3), การกินอาหารรสจัด (ข้อ 5) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 (S.D. = 0.48) สำหรับข้อที่มีการรับรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านญาติสายตรงหรือพันธุกรรม (ข้อ 11) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 2.07 (S.D. = 0.63) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 0.25)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่ามีการรับรู้ในระดับ สูงที่สุด และเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) ใน 2 ประเด็นหลัก คือ

โรคแทรกซ้อนที่สำคัญ (ข้อ 4) และ อัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเป็นโรค (ข้อ 10) สำหรับข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 ซึ่งแสดงถึงความเข้าใจที่ชัดเจนในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะเรื่อง ระดับความเสี่ยง (ข้อ 1), การไม่ปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. (ข้อ 2) และ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 6) และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง (ข้อ 9) ซึ่งมีระดับการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.70) แต่เป็นข้อที่มีความผันแปรของความคิดเห็นมากที่สุดในกลุ่มทดลอง โดยมีค่า IQR เท่ากับ 1.25 และค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3.00

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับการรับรู้สูงที่สุดและเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) มี 2 ข้อ คือ การกินอาหารรสเค็มจัด (ข้อ 4) และ การกินอาหารประเภททอด/ผัด (ข้อ 5) ซึ่งสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นเอกฉันท์เกี่ยวกับประโยชน์ของการสังเกตอาการผิดปกติ (ข้อ 1), การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (ข้อ 2-3), การออกกำลังกาย (ข้อ 7) รวมถึงการจัดการ

ความเครียด (ข้อ 8-9) ทั้งนี้ประเด็นเรื่อง การใช้น้ำมันหมู แทนน้ำมันถั่วเหลือง (ข้อ 6) แม้จะมีผลการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.67) แต่เป็นข้อที่มีความผันแปรของความคิดเห็นมากที่สุดในกลุ่มนี้ โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 1.00

การรับรู้อุปสรรคฯ ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้อุปสรรคเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีการรับรู้อุปสรรคในระดับ สูงที่สุด และเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) ใน 2 ประเด็นหลัก คือ การไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย (ข้อ 4) และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนหรือชมรมสุขภาพว่าเสียเวลาและไม่มีประโยชน์ (ข้อ 9) สำหรับข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองรับรู้ถึงอุปสรรคในมิติต่างๆ อย่างชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้อ 2), ความรู้สึกกินอายุเมื่อออกกำลังกาย (ข้อ 5) และ อุปสรรคด้านพื้นที่หรือเวลาในการทำกิจกรรม (ข้อ 6, 7, 8) ทั้งนี้ มีข้อสังเกตในประเด็นความยุ่งยากในการทำอาหารกินเอง (ข้อ 1) แม้ระดับการรับรู้อุปสรรคโดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.57) แต่เป็นข้อที่มีความแตกต่างของความคิดเห็นภายในกลุ่มทดลอง โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 1.00

การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับการรับรู้ความสามารถสูงสุดคือ การรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสม่ำเสมอ (ข้อ 5) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (S.D. = 0.18)

และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) สะท้อนถึงความมั่นใจในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาที่สูงมากและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับข้ออื่นๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง (ข้อ 1), การออกกำลังกาย (ข้อ 4) และการมาพบแพทย์ตามนัด (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.93 (S.D. = 0.25) โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวในระดับสูงอย่างเป็นเอกฉันท์ ทั้งนี้ประเด็นเรื่อง การงดดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็ม (ข้อ 2) และการอ่านหนังสือธรรมะ/ฝึกสมาธิ (ข้อ 3) แม้จะมีผลการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.73 และ 2.67 ตามลำดับ) แต่เป็นข้อที่มีความแตกต่างของระดับความมั่นใจภายในกลุ่มทดลองมากกว่าข้ออื่นๆ โดยมีค่า IQR เท่ากับ 1.00

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่ามีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าเกือบทั้งหมดมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับ สูงที่สุด และมีความเห็นเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) ถึง 15 ข้อ จากทั้งหมด 20 ข้อครอบคลุมทั้งด้านการควบคุมน้ำหนัก (ข้อ 1), การบริโภคผักผลไม้ (ข้อ 4), การหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน/โซเดียม/รสจัด (ข้อ 5-8), การงดบಾಯมุข (ข้อ 9-11, 13) รวมถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เรื่องยา (ข้อ 19) สำหรับข้อที่เหลืออีก 5 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ (ข้อ 2), การทานมือน้อยลง (ข้อ 3), การทำกิจกรรมยามว่าง (ข้อ 15), การดูแลจิตใจ (ข้อ 16) และการงดเหล้า/บุหรี่ตามคำแนะนำ (ข้อ 20) พบว่ามีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ สูง เช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.90 (S.D. = 0.30) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.40 (0.67)	2.00	2.50	3.00	1.00	สูง
3. ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.80 (0.48)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.70 (0.70)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.80 (0.48)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ในผู้ชายดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน หรือ ในผู้หญิงหรือผู้ที่มีน้ำหนักในตัวน้อยดื่มเกิน 1 แก้วต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.80 (0.48)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. การสูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.73 (0.63)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การรับประทานยาลดความความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ ไม่เป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.77 (0.56)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นหัวใจ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วแบบสั้นพริ้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.37 (0.67)	2.00	2.00	3.00	1.00	สูง
10. อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.43 (0.62)	2.00	2.50	3.00	1.00	สูง
11. ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (พ่อ แม่ พี่น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.07 (0.63)	2.00	2.00	2.25	0.25	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีเหลือง สีส้ม สีแดง มีโอกาสป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติ 3อ. 2ส. มีโอกาสเสี่ยงสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีแดง คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
4. โรคแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน/แตก	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. ผู้ป่วยที่มีอาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก ปวดศีรษะ ตามัว เดินเซ ทรงตัวลำบาก เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. หากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการรักษานาน	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเร็ว ภายใน 3-4 ชั่วโมง มีโอกาสรอดชีวิตสูง	2.83 (0.37)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายสูง	2.70 (0.60)	2.75	3.00	3.00	1.25	สูง
10. โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้วมีอัตราการเสียชีวิตสูง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย จะช่วยค้นพบการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเริ่มต้น	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. การบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. การกินผักวันละหลายๆ ช่วยป้องกันเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.87 (0.35)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. การกินอาหารที่มีรสเค็มจัด จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การกินอาหารประเภท ทอด ผัด เป็นประจำ จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การใช้น้ำมันหมู แทนน้ำมันถั่วเหลือง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.67 (0.66)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
7. การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาทีจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การไม่พบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูง จะทำให้อารมณ์เบิกบานไม่เครียด จะช่วยส่งเสริมให้ไม่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
9. การทำสมาธิ จะทำให้จิตใจสงบ คลายเครียด จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การทำอาหารกินเองเป็นเรื่องยุ่งยาก และเสียเวลา	2.57 (0.50)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
2. การทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หรือหลากหลายชนิด จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. การรับประทานอาหารจำพวก ดั้ม นึ่ง อบ รสชาติไม่อร่อย เหมือนกับ ทอดหรือผัด	2.80 (0.61)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. ท่านจะมีความรู้สึกเหนื่อย เมื่อยอกกำลังกายในที่สาธารณะ	2.83 (0.37)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. บริเวณบ้านของท่านคับแคบ จึงทำให้ไม่มีที่ออกกำลังกาย	2.57 (0.50)	2.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำให้เสียเวลา ทำให้ปวดเมื่อยตัว	2.80 (0.61)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การพบปะพูดคุย หรือร่วมงานกับบุคคลอื่นทำให้เสียเวลา	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. การเข้าร่วมทำกิจกรรมของชุมชน หรือกิจกรรมกลุ่มชมรม สุขภาพต่างๆ ทำให้เสียเวลา และไม่มีประโยชน์	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ เป็นต้น	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. ท่านสามารถงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสเค็มจัด ประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยว ลงในอาหาร	2.73 (0.45)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
3. การอ่านหนังสือธรรมะและฝึกสมาธิ	2.67 (0.60)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
4. การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การรับประทานยาเพื่อลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ	2.97 (0.18)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
6. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. รับประทานอาหารมื้อเย็นน้อยกว่ามื้ออื่น	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. รับประทานอาหารผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันมากๆ	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส ขนมหั้ว บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หวานจัด เช่น ไข่กรอก เต็มน้ำตาล ซอสปรุงรสในอาหารที่ปรุงแล้ว	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน ทุเรียน ลำไย หรือเครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ในผู้ชายดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน หรือ ในผู้หญิงหรือผู้ที่น้ำหนักในต้นน้อยดื่มเกิน 1 แก้ว/วัน	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
10. การดื่มสุรากับเพื่อนร่วมงาน หลังเลิกงาน	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
11. ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
12. การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
13. การสูบบุหรี่ เพื่อคลายเครียด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
14. การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
15. การทำกิจกรรม หรือเล่นกีฬาเบาๆในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เล่นเปตอง	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
16. การหมั่นทำจิตใจให้แจ่มใสและผ่อนคลายความเครียดอยู่เสมอ เช่น นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
17. การเก็บตัวอยู่คนเดียว เมื่อเครียด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
18. การติดตามข่าวสารและค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
19. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
20. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่าในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

สมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			
	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน-หลัง				
Negative Ranks	1.50	1.50	-4.76	< 0.001*
Positive Ranks	15.98	463.50		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	7.75	31.00	-4.04	< 0.001*
Positive Ranks	16.16	404.00		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	9.75	39.00	3.87	< 0.001*
Positive Ranks	15.84	396.00		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	2.50	10.0	-4.49	< 0.001*
Positive Ranks	17.00	425.00		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	13.00	13.00	-4.23	< 0.001*
Positive Ranks	14.04	365.00		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	0.00	0.00	-4.79	< 0.001*
Positive Ranks	15.05	465.00		
พฤติกรรมການป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	14.70	338.00	-2.61	0.009*
Positive Ranks	16.17	97.00		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี (S.D = 7.27) จบการศึกษามัธยมศึกษาร้อยละ 40 ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล มากที่สุดร้อยละ 100 รองลงมาได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเอกสาร/ใบปลิว ร้อยละ 93.3

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง

ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 และ หลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 และหลังการทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง จากการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่าในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมี ค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. จากการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน และหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) โดยก่อนการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 หลังการทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 เป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า การได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ผ่านกระบวนการเรียนรู้ พุดคุย ชี้แนะให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค มีการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน มีความเข้าใจ

ของสาเหตุ อาการความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง สร้างความตระหนัก สร้างความเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถปฏิบัติตนได้ เกิดการปรับแนวคิด ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐา เขียงปัว และคณะ⁹ ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังการรับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของจิรัชยา สุวินทรากร และคณะ¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพรพิมล อมรวาทิน และคณะ¹¹ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้และความคาดหวังและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) วรกร วิชัยโย และคณะ¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง)

ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันระหว่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$ เท่ากัน) โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.6, 83.4, 76.5, 83.3 และ 76.6 ตามลำดับ หลังการทดลองระดับสูง ร้อยละ 83.4, 93.3, 93.5, 90.0 และ 93.3 ตามลำดับ เป็นตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า เมื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ในประเด็นต่างๆของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังได้รับการเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่คอยชี้แนะเรื่องการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัยและประเด็นปัญหาในการปรับพฤติกรรม เช่น การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การปรุงอาหารที่เน้นการลดโซเดียม ทำให้กลุ่มทดลองคลายความกังวลลง และการมีส่วนร่วมของญาติที่คอยสนับสนุนอยู่ข้างๆ ทำให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ตระหนักในคุณค่าตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น สอดคล้องกับ สุวิตรา สร้างนา¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของชินชม สมพล และคณะ¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของวิภากรณ์ สัญจร¹⁵ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการศึกษาของ กรรณิการ์ เงินดี¹⁶ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง¹⁷ ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนาคาย จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($M = 3.55, S.D. = 0.55$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = -0.68, p < 0.01$) การรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนแรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติและภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิต

สูงที่ไม่สามารถ ควบคุมได้ ($r = 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$ และ $0.56, p < 0.01$)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันและหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.009$) โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอิทธิพลต่อตัวชี้นำการปฏิบัติ ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยการออกกำลังกายจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง และน้ำหนักที่ลดลง ทำให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและช่วยให้สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น เมื่อกลุ่มทดลองออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3–5 วัน ต่อสัปดาห์ เช่น เดินเร็ว, วิ่งเหยาะ, ปั่นจักรยาน จะส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ลดได้มากที่สุด 5–8 mmHg ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้แรงน้อยลง ส่งผลให้แรงดันที่กระทำต่อผนังหลอดเลือดลดลง และช่วยเพิ่มการทำงานของระบบละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis) และลดการเกาะตัวของเกล็ดเลือด จึงลดความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันในสมอง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Pathophysiology) เนื่องจากการหัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้นจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก และรับประทานยาที่ถูกต้อง เช่น ลดเค็ม ลดของหมักดอง จะช่วยให้ไตทำงานได้ดีขึ้นในการขับเกลือ (Sodium) ออกจากร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปริมาณน้ำในกระแสเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำตามไปด้วย และการจัดการอารมณ์ รวมถึงการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ประกอบกับการติดตามเยี่ยม

บ้าน มีการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาพรณ คงวิวัฒน์ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($Z = -8.197, p = 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของพันทิพา บุญเศษและคณะ¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และวรารัตน์ เหล่าสูง และคณะ²⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมมากขึ้นภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 28.73, p < 0.001$)

สรุปการนำโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าบุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น

ข้อจำกัด

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) อาจมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่อาจส่งผลต่อการลดลงของความดันโลหิต เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับยาความดันต่อเนื่องตามปกติจากแพทย์ หรือการปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำต่างๆ

ทั่วจากสื่ออื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรค ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆ การคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา และการฝึกปฏิบัติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย และบูรณาการโปรแกรมนี้เพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาของโปรแกรมในกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Stroke Cerebrovascular accident health topic [Internet]. 2015 [cited 2022 February 22]. Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2566.
3. ฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
4. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ชลบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. 2561.
5. วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ ต่อกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;44(2):94-07.
6. Rosenstock ML, Strecher VJ, & Becker MH. Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly 1988;15(2):75-138.
7. โรงพยาบาลโพธารกแก้ว. ข้อมูลสถิติผู้ป่วย ฐานข้อมูลสถิติ งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโพธารกแก้ว อำเภอโพธารกแก้ว จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลโพธารกแก้ว; 2567.
8. Polit D and Hungler B. Nursing Research: Principle and Method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1999. P. 416-417.
9. ณฐา เชียงปัว, วราภรณ์ บุญเชียง และศิวพร อังวัฒนา. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร 2565;32(2):65-77.
10. จิรัชยา สุวินทรากร, สุรินทร์ กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถ

เป้าหมายอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรตาม เช่น การลดลงของน้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน และควรมีการติดตามผลหลังการทดลองต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่คอยสนับสนุนและให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนประสบผลสำเร็จ

ตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. ว. พยาบาล 2562;68(1): 39-48.

11. พรพิมล อมรวาทีนและคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ว. เครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562;6(3):121-132.
12. วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมัคร, สิริพร ชัยทอง, และศิริยา โกตรบุตดา. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วย โรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. ว. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(2):25-35.
13. สุจิตรา สร้างนา. ประสิทธิภาพของการประยุกต์โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
14. ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. ว. พยาบาลสาธารณสุข 2560;31(3):58-73.
15. วิภากรณ สัจจร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2562.
16. กรรณิการ์ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
17. ชื่นกมล สิทธิขอดยิ่ง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนากลาง จังหวัด สมหาสารคาม. ว. ศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2565;2(2):46-60.
18. ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศ. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(3): 129-137.
19. พันทิพา บุญเศษ, และลัษวิ ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม เสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2561;21(2):28-41.
20. วรรัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ลาวัง, และพรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2562;12(4):32-45.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

ประภาศรี พลราชม พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน *

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง วัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ประชากร: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่รักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว จำนวน 499 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 20 ตุลาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ : โปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อม เครื่องมือในการเก็บข้อมูล: แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูล: แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test

ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 13.29$, S.D. = 2.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -11.70$, $P < .001$) คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = .46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -13.63$, $P < .001$) และผลลัพธ์ทางคลินิกระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 135.09$, S.D. = 24.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 7.92$, $P < .001$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 7.17$, S.D. = 1.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 6.54$, $P < .001$) และค่าประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 87.10$, S.D. = 15.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -7.39$, $P < .001$)

ข้อเสนอแนะ: ส่งเสริมให้นำโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และขยายผลการใช้โปรแกรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม ภาวะไตเสื่อม เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ผู้เขียนหลัก: ประภาศรี พลราชม
Email: pareprapa@outlook.co.th

รับบทความ: 16 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 23 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

**Effects of the Chronic Kidney Disease Progression–Delay Program
in Patients with Non–Insulin–Dependent Diabetes Mellitus
at Phon Na Kaeo Hospital, Sakon Nakhon Province**

Prapasri Phonrachom M.D., Dip. Thai Board of Preventive Medicine*

Abstract

This quasi-experimental study, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effects of the Kidney Function Deterioration–Delay Program among patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM) at Phon Na Kaeo Hospital, Sakon Nakhon Province. The study population comprised 499 patients with NIDDM receiving care at the hospital. The sample included patients who were unable to achieve adequate glycemic control during the period from 20 July 2025 to 20 October 2025. The intervention tool was the Kidney Function Deterioration–Delay Program. Data collection instruments included a personal information questionnaire, a health care knowledge test, and a self-care behavior assessment form. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: The findings demonstrated significant improvements across all measured domains following the intervention. Participants' knowledge regarding health care practices to delay renal function decline increased significantly after the program ($\bar{X} = 13.29$, S.D. = 2.19; $t = -11.70$, $p < .001$). Self-care behavior scores related to the prevention of kidney deterioration also improved significantly post-intervention ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.46; $t = -13.63$, $p < .001$). Regarding clinical outcomes, fasting blood sugar (FBS) levels decreased significantly following the intervention ($\bar{X} = 135.09$, S.D. = 24.03; $t = 7.92$, $p < .001$). Glycated hemoglobin (HbA1C) levels mirrored this trend, showing a significant reduction post-intervention ($\bar{X} = 7.17$, S.D. = 1.16; $t = 6.54$, $p < .001$). Additionally the estimated glomerular filtration rate (eGFR) increased significantly after the program ($\bar{X} = 87.10$, S.D. = 15.12; $t = -7.39$, $p < .001$), reflecting improved renal function.

Recommendations: It is recommended that the Kidney Function Deterioration–Delay Program be further promoted and integrated into routine care for diabetic patients at Phon Na Kaeo Hospital to strengthen self-care behavioral modification. Furthermore, the program should be scaled up for implementation in subdistrict health-promoting hospitals, as its broader application has the potential to enhance self-management practices among diabetic patients and reduce the risk of diabetes-related complications.

Keywords: Kidney function deterioration–delay program, Kidney function decline, Non-insulin-dependent diabetes mellitus

* Specialist Physician, Phon Na Kaeo Hospital, Phon Na Kaeo District, Sakon Nakhon Province

Corresponding Author: Prapasri Phonrachom Email: pareprapa@outlook.co.th

Received: March 16, 2026, Revised: March 23, 2026, 2025, Accepted: April 21, 202

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญและพบได้บ่อยคือภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ไต และระบบประสาทส่วนปลาย¹ มีรายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี 2557 มีจำนวน 422 ล้านคน คาดว่าปี พ.ศ. 2579 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า 592 ล้านคน และจะเพิ่มมากขึ้นหากไม่ดำเนินการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ในทุกปีมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 1.4 ล้านต่อปี² ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานสูงถึง 3 หมื่นล้านบาท ซึ่งเป็นภาระแก่ประเทศและครอบครัวของผู้ป่วยที่ค่อนข้างสูงมาก จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี³

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังมากที่สุด⁴ ภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี เพราะการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหนาตัวขึ้น ขาดความยืดหยุ่น โดยเฉพาะหลอดเลือดฝอยขนาดเล็กในไต รวมทั้งการมีภาวะความดันโลหิตสูง และการมีระดับไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย^{5,6} โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มักซ่อนเร้นและไม่แสดงอาการ โดยความผิดปกติในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการความผิดปกติของร่างกาย อาจตรวจพบโดยความบังเอิญ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะเมื่อโรคไตจากเบาหวานดำเนินไป

จนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในที่สุด ระยะของโรคไตเรื้อรัง แบ่งตามระดับอัตราการกรองของไตมี 5

ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 อัตราการกรองของไตเท่ากับ 90 ml/min/1.73 m² ระยะที่ 2 อัตราการกรองเท่ากับ 60–89 ml/min/1.73 m² ระยะที่ 3 อัตราการกรองของไตเท่ากับ 30–59 ml/min/1.73 m² ระยะที่ 4 อัตราการกรองเท่ากับ 15–29 ml/min/1.73 m² และระยะที่ 5 อัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m² ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การชะลอไตเสื่อมมีวิธีการที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการด้านอาหารโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไตให้เหมาะสมตามระยะของโรคและแนวทางการรักษา การจัดการความดันโลหิตให้เหมาะสมโดยมีเป้าหมายความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 mmHg การจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและการจัดการพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง เช่น การกลั่นปัสสาวะ การควบคุมดัชนีมวลกาย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่⁷ ปัจจุบันการชะลอภาวะไตเสื่อม นั้น เน้นกระบวนการรักษาทางด้านการแพทย์ โดยมุ่งหวังประสิทธิผลทางด้านร่างกายที่ใช้ดัชนีชี้วัดเป็นอัตราการกรองของไต ซึ่งใช้รูปแบบของสฟิวซียฟเข้ามาดูแลผู้ป่วยโดยขาดการดูแลมิติทางด้านอื่น ดังนั้นการดูแลสุขภาพของประชาชนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁸ โดยเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเข้าสู่ระยะที่ 3 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้นที่เรียกว่า การชะลอไตเสื่อม ซึ่งมีหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารเค็มที่มีผลต่อไต การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ซึ่งหากสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันการเสื่อมของไตจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้าสู่ระยะที่ 5 ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้แนวคิดทฤษฎีที่หลากหลายมาช่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่น ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค⁹ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁰

ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสันับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ¹¹ เป็นแนวคิดที่สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีความเจ็บป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในส่วนที่ดีอยู่แล้วให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร่วมกับแนวคิดแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมทางด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์สามารถสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ ซึ่งการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2566, 2567, 2568 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10,659 , 12,754 และ 4,276 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนร้อยละ 82, 94.4, 76.53 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 2 จำนวน 808, 895, 499 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 จำนวน 789, 898, 382 ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 4 จำนวน 192, 177, 111 ราย และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 5 จำนวน 61,41, และ 14 ราย¹² ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้นจากการวิเคราะห์สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สาเหตุหลักมาจากการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารและยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการออกกำลังกาย จากพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไขมันในเลือดสูง และอาจทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายซึ่งต้องได้รับการฟอกไตเพื่อบำบัดทดแทนการทำงานของไต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

จากประเด็นปัญหา จึงได้นำโปรแกรมการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันการในชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยภายใต้ของจำกัดและบริบทของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้เรื่องโรคชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ผลลัพธ์ทางคลินิกค่าระดับน้ำตาล (FBS) ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง
4. ผลลัพธ์ทางคลินิกค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง
5. ผลลัพธ์ทางคลินิกค่าประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มี

ภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ เป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีความเจ็บป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในส่วนที่ได้อยู่แล้วให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ซึ่งการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นกระทำได้อย่างยาก และมีแนวโน้มที่ไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยที่สำคัญที่จูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธินาแก้ว จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วยและการให้ความรู้เรื่องการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วย

- 2.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
- 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- 2.3 การออกกำลังกาย
- 2.4 โภชนาการ
- 2.5 การพัฒนาจิตวิญญาณ
- 2.6 การจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน

ขั้นตอนที่ 4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยการเยี่ยมบ้าน

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
3. ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย
 - 3.1 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด
 - 3.2 ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด
 - 3.3 ค่าประสิทธิภาพการทำงานของไต

วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธินาแก้ว จังหวัดสกลนคร ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือนตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.

ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถของตน ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความรู้และเกิดทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเองในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ส่งผลให้สมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น

2568 ถึงวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2568

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-052 วันที่รับรองจริยธรรม 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 หมด

อายุ วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว จึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่รักษาในโรงพยาบาลโพนาแก้ว อำเภอโพนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จำนวน 499 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมไม่เกินระยะที่ 2 คือ ค่า (eGFR) ไม่ต่ำกว่า 60–89 (มล./นาที/1.73 ม.²) ที่รักษาในโรงพยาบาลโพนาแก้ว

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: โดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis¹³ กำหนดค่าอิทธิพลขนาด กลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Power of Analysis) เท่ากับ 0.95 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถ ควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. ผู้ป่วยที่มีระยะไตเสื่อมไม่เกินระยะที่ 2 คือค่า eGFR ไม่ต่ำกว่า 60–89 (มล./นาที/1.73 ม.²)
3. อ่านหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
4. สนใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
2. ผู้ป่วยที่ย้ายที่อยู่หรือเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชระหว่างเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของสัวร์ตัน อนันท์สุข¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน
3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อม โดยนำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่

1. เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)
2. เครื่องตรวจวิเคราะห์ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c})
3. เครื่องตรวจวิเคราะห์ค่าประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือของสัวร์ตัน อนันท์สุข¹⁴ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทาง 1 ท่าน จากการหาค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Congruence : IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำเครื่องมือวิจัยไป (try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 ตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมที่มารับการรักษาต่อเนื่อง และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงได้เท่ากับ 0.72 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

การดำเนินการวิจัย

นำโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อม โดยนำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอน	สัปดาห์	กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วยและการให้ความรู้เรื่อง การชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	สัปดาห์ที่ 1	– ผู้วิจัย ประเมินความรู้เรื่องการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินผลผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย บรรยายให้ความรู้และแจกคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
	สัปดาห์ที่ 2	– เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้ และกิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากคู่มือที่แจกให้ด้วยตนเองที่บ้าน
ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	สัปดาห์ที่ 3	– ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง มาให้ความรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เรื่อง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โดยบรรยายประกอบสื่อ Power Point พร้อมฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยยางยืดพิชิตโรคร่วมกัน
	สัปดาห์ที่ 4	– เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้ตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมในสัปดาห์ที่ 3 ด้วยตนเองที่บ้าน
	สัปดาห์ที่ 5	– ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง มาให้ความรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เรื่อง โภชนาการ และฝึกปฏิบัติการปรุงประกอบอาหารสำหรับชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกัน การพัฒนาจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด บรรยายประกอบสื่อ Power Point และฝึกปฏิบัติการนวดกดจุด การยืดเหยียด และคลายเครียดด้วยตัวเอง และสรุปการจัดกิจกรรมอบรมกลุ่มโดยการให้สมาชิกเล่าปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตัว ตามที่ได้จัดกิจกรรมอบรมในสัปดาห์ที่ 3, 4
	สัปดาห์ที่ 6	– เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้ตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5 ด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอน	สัปดาห์	กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมให้เกิดแรง สนับสนุนทางสังคมใน การดูแลผู้ป่วยโรคเบา หวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีภาวะไตเสื่อม	สัปดาห์ที่ 7	– ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกิจกรรมส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัย (1) บรรยาย ทบทวนความรู้ (2) แจกคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) ให้ผู้ป่วยเล่าปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม (4) บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันวิเคราะห์และคิดแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกัน (5) บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมวางแผนปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน
	สัปดาห์ที่ 8	– เว้นการจัดกิจกรรมโดยให้บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมทบทวนความรู้ และแผนการจัดกิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินด้วยตนเองที่บ้าน
ขั้นตอนที่ 4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและ บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุน ทางสังคมปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยร่วมกันด้วยการ เยี่ยมบ้าน	สัปดาห์ที่ 9–10	– นักกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน ประเมินความสามารถของกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม
	สัปดาห์ที่ 11	– นักกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันสรุปกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เล่าประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่พบเพื่อวิเคราะห์หาจุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรค และโอกาสพัฒนา เพื่อวางแผนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพ
	สัปดาห์ที่ 12	– นักกลุ่มตัวอย่าง มาประเมินความรู้เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA _{1c}) และค่าประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์แบบแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุระหว่าง 51–60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 37.1 ส่วนสูง < 155 เซนติเมตร ร้อยละ 37.1 เส้นรอบเอว 86–90 เซนติเมตร ร้อยละ 28.6 น้ำหนัก 61–70 กิโลกรัม ร้อยละ 25.7 ดัชนีมวลกาย BMI > 29.90 ร้อยละ 37.1 ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต (Systolic) อยู่ระหว่าง 140–159 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุด ร้อยละ 48.6 และความดันโลหิต (Diastolic) < 80 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุด ร้อยละ 74.30 ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6–10 ปี ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเสื่อม 1–5 ปี ร้อยละ 91.4

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธินาแก้ว จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ถูกต้อง จำแนกรายข้อก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม	ก่อนการทดลอง (n = 35 คน)		หลังการทดลอง (n = 35 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. หน้าที่ของไต	12	34.28	31	88.57
2. อาการผิดปกติที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยไต	23	65.71	32	91.42
3. สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากโรคเบาหวาน	19	54.28	35	100
4. ระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA _{1c}) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน	9	25.71	30	85.71
5. ความสำคัญของการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต	7	20.00	27	77.14
6. ประเภทอาหารที่ชะลอการเสื่อมของไต	19	54.28	28	80.00
7. ประเภทอาหารที่เร่งการเสื่อมของไตให้รุนแรงยิ่งขึ้น	6	17.14	25	71.42
8. เครื่องดื่มที่ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมสามารถดื่มได้	28	80.00	25	71.42
9 รูปแบบอาหารที่แนะนำสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2	17	48.57	30	85.71
10.วิธีการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน	15	42.85	31	88.57
11. กิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม	32	91.42	34	97.14
12. วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม	35	100	35	100
13. โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะไตเสื่อม	31	88.57	35	100
14. การรักษาผู้ป่วยโรคไตด้วยวิธีระยะสุดท้ายที่ร่างกายไม่สามารถขับของเสียได้	8	22.85	30	85.71
15. การแบ่งระยะของโรคไตเสื่อม	10	28.57	30	85.71

จากตารางที่ 1 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม มีความรู้ ร้อยละในข้อที่ตอบได้ถูกมากที่สุด ในข้อคำถามที่ 12, 11, 13 ตามลำดับ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม มีความรู้ ร้อยละในข้อที่ตอบได้ถูกมากที่สุด ในข้อคำถามที่ 3, 12, 13 มีจำนวนเท่ากัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการทดลองหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	35	7.74	2.24	34	-11.70	.000*
หลังทดลอง	35	13.29	2.19			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพนนาแก้ว ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 7.74$, S.D. = 2.24) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 13.29$, S.D. = 2.19) ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพนนาแก้ว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 13.29$, S.D. = 2.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -11.70$, $P = < .001$)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม	กลุ่มทดลอง (n = 35 คน)		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ	2.58	.61	3.65	.46
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.75	.79	3.35	.66
การออกกำลังกาย	2.84	.73	3.81	.49
การโภชนาการ	2.19	.74	2.96	.59
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.21	.63	3.63	.54
การจัดการกับความเครียด	2.73	.75	3.15	.55

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.58$, S.D. = .61) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = .46) ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = .79) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = .66) ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = .73) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = .49) ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการโภชนาการ ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.19$, S.D. = .74) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = .59) ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.21$, S.D. = .63) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = .54) ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.73$, S.D. = .75) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.15$, S.D. = .55)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธินาแก้ว ก่อนการทดลองหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	35	2.77	.57	34	-13.63	.000*
หลังทดลอง	35	3.45	.46			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธินาแก้ว ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = .57) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = .46) ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธินาแก้ว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = .46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -13.63$, $P = < .001$)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)						
ก่อนทดลอง	35	154.00	31.44	34	7.92	.000*
หลังทดลอง	35	135.09	24.03	34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธินาแก้ว ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 154.00$, S.D. = 31.44) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 135.09$, S.D. = 24.03) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพธินาแก้ว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 135.09$, S.D. = 24.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 7.92$, $P = < .001$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

$\bar{X}$	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA _{1c})						
ก่อนทดลอง	35	7.90	1.34	34	6.54	.000*
หลังทดลอง	35	7.17	1.16	34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธินาแก้ว ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 7.90$, S.D. = 1.34) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 7.17$, S.D. = 1.16) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพธินาแก้ว หลังการทดลองต่ำกว่า

ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 7.17$, S.D. = 1.16) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ ($t = 6.54$, $P < .001$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ค่าประสิทธิภาพการทำงานของไต						
ก่อนทดลอง	35	84.47	14.81	34	-7.39	.000*
หลังทดลอง	35	87.10	15.12	34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลลัพธ์ทางคลินิกค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานของไต ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธินาแก้ว ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 84.47$, S.D. = 14.81) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 87.10$, S.D. = 15.12) ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานของไต ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธินาแก้ว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 87.10$, S.D. = 15.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -7.39$, $P < .001$)

วิจารณ์และสรุป

โปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลโพธินาแก้ว จังหวัดสกลนคร นำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธินาแก้ว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า โปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความเข้าใจ ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการชะลอไตและทราบถึงวิธีการในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และมีคู่มือเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาทบทวนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

แบบเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน ใน PCU อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา¹⁵ พบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁶

2. ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธินาแก้ว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า โปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความเข้าใจในการชะลอไตและทราบถึงวิธีการในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดี ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงทางออกของบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ทฤษฎีใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม⁹ พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และยังพบว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁶

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธิ์นาแก้ว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = < .001$) เป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า โปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ที่ลดลง จากการศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลบางเตย อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกระบวนการกลุ่ม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพลดลง¹⁷ และประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบรายเดี่ยวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภายหลังให้สุขศึกษาแบบรายเดี่ยว พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีขึ้น ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง¹⁸

3.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธิ์นาแก้ว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = < .001$) เป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า โปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ใช้ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับ

น้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับเอวันซีและอัตราการกรองของไตในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง¹⁹ พบว่าค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = < .001$) และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = < .001$)

3.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = < .001$) เป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่าการนำโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่ถูกต้อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเลือกรับประทานอาหารรสจืด ลดโซเดียม และการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการทำลายเนื้อเยื่อไตและลดภาระการทำงานของไต ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR) สูงขึ้น (GFR) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตเสื่อม มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต¹⁷ พบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองเฉลี่ย 0.41มล./นาที่/1.73 ม² กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย มีค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้นเป็นระยะที่ 3a คือมีอัตราการกรองของไตระหว่าง 45–59 มล./นาที่/1.73 ม² และจากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่สูงขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีค่าระดับการกรองของไต (eGFR) ดีขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง²⁰

สรุปผลของการนำโปรแกรมชะลอภาวะไตเสื่อมของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร ที่ได้นำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง และค่าระดับความเสี่ยงของไตเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมในสถานบริการ ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมองเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม

2. สนับสนุนให้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ ซึ่งประกอบ

บรรยายให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม โดยการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลต่อการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการศึกษาวิจัยในระยะ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีภาวะไตเรื้อรังร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ชฎณพงศ์ ชีรพงศ์ธนสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์นาแก้ว ที่สนับสนุนและให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์นาแก้ว และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2014;37(1): S81–S90.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2014. Diabetes Care Journals 2014;37(1):S14–S80.
3. กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง . กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรสงเคราะห์ ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2562. หน้า 85–88.
5. สุเทพ จันทรมณีกุล. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2. โรงพยาบาลมุกดาหาร [อินเทอร์เน็ต]. จังหวัดมุกดาหาร; 2554: 1–42. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2568] จาก: [http:// www.novapdf.com](http://www.novapdf.com)
6. Takamatsu et al. Risk factors for chronic kidney disease in Japan: a community-based study. BMC Nephrology 2009;10(34):1471–2369.
7. มณีรัตน์ จิรปภา. การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2557;20(2):5–16.
8. ธวัช วิเชียรประภา. รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์]. จันทบุรี: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2567.
9. อ้อ พรหมดี, วิภา เทียงธรรม, และปาหนัน พิษขนิญ. โปรแกรมการป้องกันภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. ว. พยาบาลสาธารณสุข 2559;30(3):102–117.
10. สุพัตรา พงษ์อิสราณพร, ศรสร หลายพูนสวัสดิ์, และประทุม สุกชัยพานิชพงศ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวาน

- ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. ว. แพทย์เขต 4-5 2561;37(2):148-159.
11. Pender NJ. Health promotion in Nursing Practice. 3rd ed. New York : Appleton & Lange; 1996.
 12. โรงพยาบาลโพธารนแก้ว. ข้อมูลสถิติผู้ป่วย ฐานข้อมูลสถิติ งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโพธารนแก้ว อำเภอโพธารนแก้ว จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลโพธารนแก้ว; 2568.
 13. Faul F, Erdfeldes E, Lang AG, & Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-191.
 14. สุรัตน์ อนันตสุข. โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน อำเภอเมือง ปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2564.
 15. ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด, และศตกมล ประสงค์วัฒนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเพิ่มต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. ว. การพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา 2560;18(1):11-23.
 16. นฤมล ศรีสุคตผ่อง, และไกรสร อัมมวรรณ. ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลหม่อสำเร็จ จังหวัดสุพรรณบุรี. ว.บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ 2560;6(1):416-1427.
 17. เสนาะ นพโสภณ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางเตย อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. ว. ราชชนกปริทัศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครินทร์ 2559;13(30): 161-117.
 18. อูมา มีโพธิ์สม. ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบรายเดี่ยวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ว. มหาราชนครศรีธรรมราชเวช 2561;1(2):13-21.
 19. อัญชลี มีรอด. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ระดับเอวันซีและอัตราการครองชีพในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
 20. ศิริลักษณ์ กุญทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินความแม่นยำและความเที่ยงตรงของค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต
ของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน
และวิธีไมโครฮีมาโตคริต

สกลเดช ไชไพบวัน วท.บ.*

บทคัดย่อ

การตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและติดตามการรักษาภาวะโลหิตจาง โดยทั่วไปเครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมิติและวิธี microhematocrit centrifuge ถือเป็นวิธีมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม เครื่องตรวจแบบพกพา (Point-of-Care Testing; POCT) เช่น Konsung hemoglobin analyzer ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นจากความสะดวกและความรวดเร็ว งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความแม่นยำและความเที่ยงตรงของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer โดยเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง ใช้ตัวอย่างเลือดผู้ป่วยจำนวน 100 ตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มภาวะโลหิตจาง (low) 46 ราย กลุ่มปกติ (normal) 34 ราย และกลุ่มฮีโมโกลบินสูง (high) 20 ราย โดยจำแนกตามระดับฮีโมโกลบิน ได้แก่ กลุ่มค่า low (ชาย < 13.0 g/dL, หญิง < 12.0 g/dL) กลุ่มค่า normal (ชาย 13.0–16.5 g/dL, หญิง 12.0–15.0 g/dL) และกลุ่มค่า high (ชาย > 16.5 g/dL, หญิง > 15.0 g/dL) ทำการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตด้วยเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer และเปรียบเทียบกับเครื่อง Sysmex XN-3000 และวิธี microhematocrit centrifuge ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเก็บตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson's correlation coefficient และประเมินความสอดคล้องของผลการตรวจด้วยวิธี Bland-Altman พร้อมทั้งคำนวณค่า bias และช่วงความสอดคล้อง (limits of agreement; LoA) รวมถึงประเมินความเที่ยงของเครื่องด้วยค่าความแปรปรวนสัมพัทธ์ (%CV)

ผลการศึกษาพบว่าค่าฮีมาโตคริตมีความสัมพันธ์กับวิธีมาตรฐานในระดับสูง ($r = 0.975$, $p < 0.001$) และค่าฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r = 0.985$, $p < 0.001$) โดยค่าฮีมาโตคริตมีค่า bias เล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับวิธี centrifuge เท่ากับ +0.36% และเมื่อเทียบกับเครื่อง XN-3000 เท่ากับ +0.19% สำหรับช่วงความสอดคล้อง (LoA) ของฮีมาโตคริต เมื่อเทียบกับวิธี centrifuge อยู่ระหว่าง -3.26% ถึง +3.98% และเมื่อเปรียบเทียบกับ XN-3000 อยู่ระหว่าง -3.44% ถึง +3.82% ส่วนค่าฮีโมโกลบินมีค่า bias เมื่อเทียบกับเครื่อง XN-3000 เท่ากับ +0.49 g/dL และมีช่วงความสอดคล้อง (LoA) อยู่ระหว่าง -0.49 g/dL ถึง +1.47 g/dL ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางคลินิก นอกจากนี้ ค่าความแปรปรวนสัมพัทธ์ (%CV) น้อยกว่า 7% ในทุกระดับ แสดงถึงความสม่ำเสมอของผลการตรวจ

สรุปได้ว่า เครื่อง Konsung hemoglobin analyzer ให้ผลการตรวจที่มีความแม่นยำและความเที่ยงตรงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน สามารถใช้เป็นเครื่องตรวจแบบพกพาเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในบริบทที่ต้องการความรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณายืนยันผลด้วยวิธีมาตรฐานในกรณีที่มีผลต่อการตัดสินใจทางคลินิก

คำสำคัญ: Konsung hemoglobin analyzer ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต ความแม่นยำ ความเที่ยงตรง POCT

* นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ งานโลหิตวิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสกลนคร
รับบทความ: 11 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 23 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Assessment of the Konsung Hemoglobin Analyzer's Accuracy and Precision Compared to the Standard Method in Measuring Hemoglobin and Hematocrit Levels

Sakondet Kaipraiwan B.Sc.*

Abstract

Background: The measurement of hemoglobin (Hb) and hematocrit (Hct) is essential for the diagnosis and monitoring of anemia. Automated hematology analyzers and the microhematocrit centrifuge are considered standard methods. However, point-of-care testing (POCT) devices such as the Konsung hemoglobin analyzer have gained increasing interest due to their convenience and rapid turnaround time. This study aimed to evaluate the accuracy and precision of the Konsung hemoglobin analyzer compared with standard methods.

Methods: This quasi-experimental analytical study included 100 patient blood samples, classified into three groups based on hemoglobin levels: low (male < 13.0 g/dL, female < 12.0 g/dL; n = 46), normal (male 13.0–16.5 g/dL, female 12.0–15.0 g/dL; n = 34), and high (male > 16.5 g/dL, female > 15.0 g/dL; n = 20). Hemoglobin and hematocrit levels were measured using the Konsung hemoglobin analyzer and compared with the Sysmex XN-3000 and the microhematocrit centrifuge within 2 hours after sample collection. Correlation analysis was performed using Pearson's correlation coefficient. Agreement was evaluated using Bland-Altman analysis, including bias and limits of agreement (LoA). Precision was assessed using the coefficient of variation (%CV).

Results: Hematocrit values showed a strong correlation with the standard method ($r = 0.975$, $p < 0.001$), while hemoglobin values demonstrated a very strong correlation ($r = 0.985$, $p < 0.001$). Hematocrit showed a slight positive bias compared with the microhematocrit centrifuge method (+0.36%) and the Sysmex XN-3000 (+0.19%). The limits of agreement (LoA) for hematocrit ranged from -3.26% to +3.98% compared with the microhematocrit centrifuge method, and from -3.44% to +3.82% compared with the XN-3000. Hemoglobin measurements showed a positive bias of +0.49 g/dL compared with the XN-3000, with LoA ranging from -0.49 to +1.47 g/dL, all within clinically acceptable limits. Precision analysis demonstrated %CV values of less than 7% at all levels.

Conclusion: The Konsung hemoglobin analyzer demonstrated acceptable accuracy and precision compared with standard methods and can be used as a point-of-care testing device to support rapid clinical assessment. However, confirmatory testing using standard methods should be considered in cases with significant clinical implications.

Keywords: Konsung hemoglobin analyzer, Hemoglobin, Hematocrit, Accuracy, Precision, POCT

* Medical Technologist (Senior Professional Level), Clinical Pathology Department, Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

การตรวจวัดระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin; Hb) และฮีมาโตคริต (hematocrit; Hct) เป็นการตรวจพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการที่มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัย ติดตาม และประเมินความรุนแรงของภาวะโลหิตจางและภาวะเลือดข้น โดยค่าฮีโมโกลบินหมายถึงความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือด ซึ่งสะท้อนความสามารถในการขนส่งออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ขณะที่ค่าฮีมาโตคริตหมายถึงสัดส่วนปริมาตรเลือดทั้งหมด ซึ่งใช้ประเมินความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด วิธีมาตรฐานที่ใช้ในการตรวจวัดค่า Hb ในห้องปฏิบัติการ ได้แก่ วิธี cyanmethemoglobin (cyanmetHb method) ซึ่งอาศัยหลักการเปลี่ยนฮีโมโกลบินเป็นสารประกอบที่มีความเสถียรและสามารถวัดค่าการดูดกลืนแสงได้อย่างแม่นยำ ส่วนการวัดค่า Hct นิยมใช้วิธี microhematocrit centrifuge ซึ่งอาศัยหลักการปั่นแยกองค์ประกอบของเลือดด้วยความเร็วสูง เพื่อกำหนดสัดส่วนของเม็ดเลือดแดงต่อปริมาตรเลือดทั้งหมด วิธีดังกล่าวถือเป็นวิธีอ้างอิงที่ให้ผลการตรวจที่มีความถูกต้องและความน่าเชื่อถือสูง¹

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของการให้บริการทางการแพทย์ที่ต้องการความรวดเร็ว เครื่องตรวจแบบพกพา (Point-of-Care Testing; POCT) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากสามารถให้ผลตรวจได้อย่างรวดเร็วและสะดวกต่อการใช้งานในพื้นที่หน้างาน แม้จะมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำเมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐาน ดังนั้น การประเมินความถูกต้องและความสอดคล้องของผลการตรวจจากเครื่อง POCT เมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐาน จึงมีความสำคัญเพื่อยืนยันความเหมาะสมในการนำไปใช้ทางคลินิก²

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเครื่องตรวจฮีโมโกลบินแบบ POCT หลายรุ่น เช่น HemoCue® และ Mission® ให้ผลการตรวจที่มีความสอดคล้องกับเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติในระดับที่ยอมรับได้ โดยมีค่าสหสัมพันธ์สูงและค่าความคลาดเคลื่อนอยู่ในช่วงที่ไม่ส่งผลกระทบต่อผลการแปลผลทางคลินิก แม้จะมีความแตกต่างของค่าบางประการอันเนื่องมาจากหลักการตรวจและชนิดของสิ่งส่งตรวจ^{3,4}

เครื่อง Konsung hemoglobin analyzer เป็นเครื่องตรวจแบบ POCT ที่สามารถตรวจวัดค่า Hb และ Hct ได้ในเครื่องเดียว โดยใช้หลักการวัดเชิงแสง (Photometric

method) ซึ่งได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับการใช้งานภาคสนามและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร มีรายงานการศึกษาบางส่วนที่ประเมินสมรรถนะของเครื่องดังกล่าวในต่างประเทศพบว่าให้ผลการตรวจที่มีความแม่นยำเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการประเมินเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติและวิธี microhematocrit centrifuge ในตัวอย่างเดียวกันยังมีอยู่อย่างจำกัด⁵ อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าค่าความคลาดเคลื่อนของเครื่อง POCT สำหรับการตรวจ Hb อาจอยู่ในช่วง $\pm 0.5 - 1.0$ g/dL เมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐาน และอาจมีค่า %CV อยู่ในช่วง 5 - 10% ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความแม่นยำและความเที่ยงของเครื่องในบางบริบท⁶

นอกจากนี้ การตรวจฮีโมโกลบินด้วยเครื่อง POCT บางวิธีอาศัยตัวอย่างเลือดจากเส้นเลือดฝอย ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยก่อนการวิเคราะห์ เช่น เทคนิคการเก็บตัวอย่างและสถานะของสิ่งส่งตรวจ อย่างไรก็ดี งานวิจัยก่อนหน้านี้รายงานว่าสามารถให้ผลการตรวจที่มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้ หากดำเนินการภายใต้กระบวนการที่เหมาะสมและมีการควบคุมคุณภาพที่ดี⁶

เมื่อพิจารณาการประเมินภาวะโลหิตจางในระดับประชากรและทางคลินิก พบว่าวิธีการตรวจที่แตกต่างกันอาจให้ผลการประเมินที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเลือกใช่วิธีที่เหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ⁷ โดยการประเมินจากอาการทางคลินิกอย่างเดียว เช่น การสังเกตเยื่อตา อาจมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำเมื่อเทียบกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁸

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความแม่นยำ (accuracy) และความเที่ยงตรง (precision) ของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer ในการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต โดยเปรียบเทียบกับเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ Sysmex XN-3000 และวิธี microhematocrit centrifuge ซึ่งเป็นวิธีอ้างอิง เพื่อศึกษาความสอดคล้องของผลการตรวจและประเมินความเหมาะสมในการนำเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มาใช้เป็นเครื่องตรวจแบบพกพา (POCT) ในบริบทการใช้งานจริงของระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่ง

ทดลอง (quasi-experimental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความแม่นยำ (accuracy) และความเที่ยงตรง (precision) ของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer โดยเปรียบเทียบผลการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบิน (Hb) และฮีมาโตคริต (Hct) กับเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ Sysmex XN-3000 และวิธี microhematocrit centrifuge ซึ่งเป็นวิธีอ้างอิง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ โดยมุ่งประเมินความแม่นยำ (accuracy) และความเที่ยงตรง (precision) ของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer ในการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบิน (Hb) และฮีมาโตคริต (Hct) เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานด้วยวิธี microhematocrit centrifuge ซึ่งถือเป็นวิธีอ้างอิง⁹ ขณะที่เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ เช่น Sysmex XN-3000 ถือเป็นวิธีที่ให้ผลการตรวจที่ถูกต้องสูง อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่ประเมินเครื่องตรวจฮีโมโกลบินแบบพกพาเพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะโลหิตจาง พบว่าสามารถให้ผลที่มีความไวและความจำเพาะในระดับที่ยอมรับได้เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน¹⁰ และยังมีรายงานการนำไปใช้ในระดับชุมชนและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ¹¹

วิธีวิจัย

ดำเนินการในห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร (Sakon Nakhon Hospital Human Research Ethics Committee) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษานบนพื้นฐานของหลักคุณธรรมและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เกี่ยวข้อง และใช้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับอนุญาตให้เผยแพร่โดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ (de-identified data) เลขที่ SKNH REC No.023/2568 วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจทางโลหิตวิทยา ณ งานโลหิตวิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยตัวอย่างเลือดผู้ป่วยจำนวน 100 ตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มภาวะโลหิตจาง (low) 46 ราย กลุ่มปกติ (normal) 34 ราย และกลุ่มฮีโมโกลบินสูง (high) 20 ราย โดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับฮีโมโกลบินเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มค่า low (ชาย < 13.0 g/dL, หญิง < 12.0 g/dL) กลุ่มค่า normal (ชาย 13.0–16.5 g/dL, หญิง 12.0–15.0 g/dL) และกลุ่มค่า high (ชาย > 16.5 g/dL, หญิง > 15.0 g/dL) โดยรายงานช่วงค่าฮีมาโตคริตที่พบจริงในแต่ละกลุ่มร่วมด้วย โดยใช้ตัวอย่างเลือดที่เก็บในหลอด EDTA และสามารถตรวจวิเคราะห์ได้ครบทั้ง 3 วิธี ได้แก่ เครื่อง Konsung hemoglobin analyzer, เครื่อง Sysmex XN-3000 และวิธี microhematocrit centrifuge ตัวอย่างเลือดถูกเก็บจากผู้ป่วยโดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำปริมาณ 2 – 3 มิลลิลิตรใส่ในหลอดเก็บเลือดชนิด EDTA (K3EDTA) จากนั้นผสมตัวอย่างโดยการกลับหลอดเบา ๆ เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด แล้วแบ่งตัวอย่างเพื่อนำไปตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer เครื่อง Sysmex XN-3000 และวิธี microhematocrit centrifuge โดยตรวจภายใน 2 ชั่วโมงหลังเก็บตัวอย่าง เพื่อคงสภาพและความเสถียรของตัวอย่างเลือด

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบวิธี (method comparison study) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 100 ตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐาน CLSI EP09 ที่แนะนำจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำเพื่อความน่าเชื่อถือทางสถิติและมีความเหมาะสมเชิงปฏิบัติ (pragmatic sample size) เพื่อให้ครอบคลุมช่วงค่าการวิเคราะห์ (analytical range) ทั้งในระดับต่ำ ปกติ และสูง ซึ่งมีความสำคัญต่อการประเมินประสิทธิภาพและความสอดคล้องทางคลินิกของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ตัวอย่างเลือดผู้ป่วยที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้ตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำที่เก็บในหลอด EDTA (K3EDTA) และมีปริมาณเพียงพอสำหรับ

การตรวจวิเคราะห์ครบทั้ง 3 วิธี ได้แก่ เครื่อง Konsung hemoglobin analyzer เครื่อง Sysmex XN-3000 และวิธี microhematocrit centrifuge ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเก็บตัวอย่างที่อุณหภูมิห้อง (23 – 25 °C) โดยตัวอย่างสามารถจำแนกตามระดับฮีโมโกลบินเป็นกลุ่มค่า ต่ำ ปกติ และค่าสูงได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้คัดเลือกตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามลำดับการรับส่งตรวจ (consecutive sampling) จนครบจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ตัวอย่างเลือดที่มีลักษณะผิดปกติหรือมีปัจจัยรบกวนต่อการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี photometric method ได้แก่ ตัวอย่างที่มีภาวะ hemolysis, lipemia หรือ icterus อย่างชัดเจน รวมถึงตัวอย่างที่มีลิ่มเลือด (clotted sample) หรือมีปริมาณไม่เพียงพอ นอกจากนี้ได้คัดออกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีภาวะหรือได้รับเหตุการณ์ที่อาจส่งผลต่อความถูกต้องของผลตรวจ เช่น ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหรือได้รับเลือด (blood transfusion) ในระยะเวลาอันใกล้ รวมถึงตัวอย่างที่ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ได้ครบทั้ง 3 วิธีตามที่กำหนด ซึ่งได้พิจารณาจากการประเมินลักษณะสิ่งส่งตรวจตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่อง Konsung hemoglobin analyzer ซึ่งเป็นเครื่องตรวจแบบ Point-of-Care Testing (POCT) สำหรับตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต โดยเปรียบเทียบผลการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินกับเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ Sysmex XN-3000 และเปรียบเทียบค่าฮีมาโตคริตกับวิธี microhematocrit centrifuge ซึ่งอ่านค่าด้วย microhematocrit reader นอกจากนี้ ได้ใช้สารควบคุมคุณภาพ (control materials) ทั้งชนิด liquid

control และ chip control เพื่อประเมินความแม่นยำและความเที่ยงตรงของเครื่อง โดยดำเนินการทดสอบความเที่ยงตรง (precision) และความถูกต้อง (accuracy) ของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer ตามแนวทางมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างผลการตรวจจากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer กับวิธีอ้างอิง ใช้การวิเคราะห์ Bland-Altman เพื่อประเมินค่าความคลาดเคลื่อน (bias) และขอบเขตความสอดคล้อง (Limits of Agreement; LoA) จำนวนค่าร้อยละความแปรปรวน (%CV) เพื่อประเมินความเที่ยงตรง และค่าความคลาดเคลื่อน (%bias) โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ค่าสหสัมพันธ์ (r) ≥ 0.90 ค่าความคลาดเคลื่อน (bias) อยู่ในช่วงที่ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก ค่า Limits of Agreement (LoA) อยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ และค่าความแปรปรวน (%CV) ไม่เกิน 7% ตามเกณฑ์การประเมินเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผลการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตจากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความสัมพันธ์และความสอดคล้องกับวิธีมาตรฐานในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณาค่าทางสถิติพบว่าค่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมากและค่าความสอดคล้องอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ รายละเอียดของค่าทางสถิติและการเปรียบเทียบผลการตรวจแสดงดังตารางที่ 1 – 2 และภาพที่ 1 – 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตที่วัดได้จากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer, เครื่อง Sysmex XN-3000 และวิธีปั่น microhematocrit จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม	N	Hb_XN3000 (g/dL)	Hb_Konsung (g/dL)	HCT_XN3000 (%)	HCT_Konsung (%)	HCT_Centrifuge (%)
Low	46	9.83 $\pm$ 2.02	10.27 $\pm$ 1.99	30.37 $\pm$ 5.84	30.04 $\pm$ 5.90	30.30 $\pm$ 5.51
Normal	34	13.49 $\pm$ 0.76	14.14 $\pm$ 0.83	40.94 $\pm$ 2.39	41.41 $\pm$ 2.51	40.53 $\pm$ 2.12
High	20	15.78 $\pm$ 1.51	16.13 $\pm$ 1.11	46.35 $\pm$ 4.13	47.25 $\pm$ 3.14	46.35 $\pm$ 3.96

จากตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตที่ตรวจวัดได้จากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer เครื่อง Sysmex XN-3000 และวิธี microhematocrit centrifuge

ในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง (Low, Normal และ High) โดยพบว่าค่าที่ได้จากแต่ละวิธีมีความใกล้เคียงกันในทุกช่วงค่า Analytical performance of Konsung hemoglobin analyzer

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความแม่นยำและเที่ยงตรงของเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer โดยใช้สารควบคุมคุณภาพทั้งชนิด liquid control และ chip control ที่ระดับ Low, Normal และ High

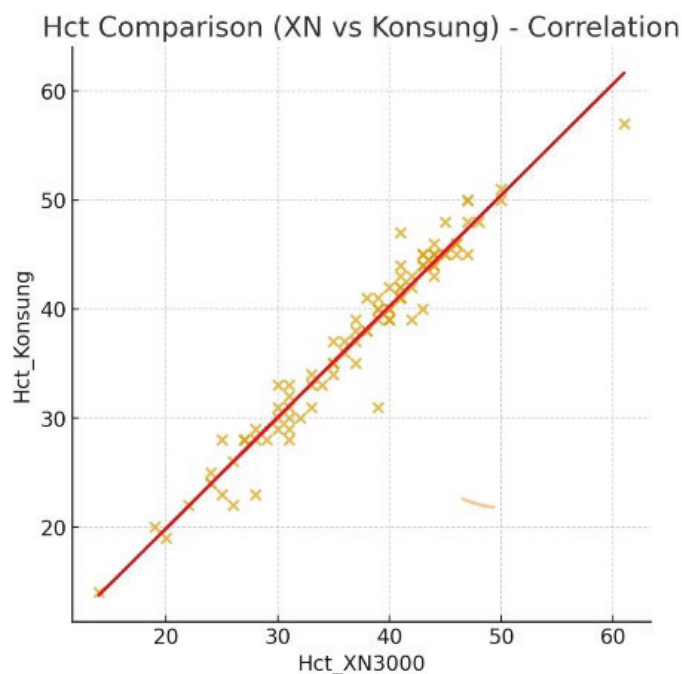
ตัวชี้วัด	ผลเปรียบเทียบ Hb	ผลเปรียบเทียบ HCT
สหสัมพันธ์ (r)	0.985 ($p < 0.001$)	0.975 ($p < 0.001$)
ค่าความคลาดเคลื่อน (Bias)	+ 0.49 g/dL	+ 0.19% ถึง + 0.36%
ค่าความเที่ยงตรง (%CV)	0.00 – 2.07%	3.88%

จากตารางพบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการตรวจซ้ำอยู่ในช่วงค่าที่ยอมรับได้โดยค่าร้อยละความแปรปรวน (%CV) ของฮีโมโกลบินอยู่ในช่วง 0.00 – 2.07% ซึ่งได้จากการประเมินด้วยสารควบคุมคุณภาพทั้งชนิด liquid control และ chip control ในระดับ Low, Normal และ High ส่วนค่าฮีมาโตคริตเท่ากับ 3.88% ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (7%) แสดงให้เห็นว่าเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความเที่ยงตรงในการ

ตรวจซ้ำ (repeatability) อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

ในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์การยอมรับโดยอ้างอิงตามแนวทางของ Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) ซึ่งกำหนดค่า Total Allowable Error (TEa) สำหรับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตและนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบ within-run โดยพบว่าค่าความแปรปรวน (%CV) ที่ได้จากการศึกษานี้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามข้อกำหนดดังกล่าว

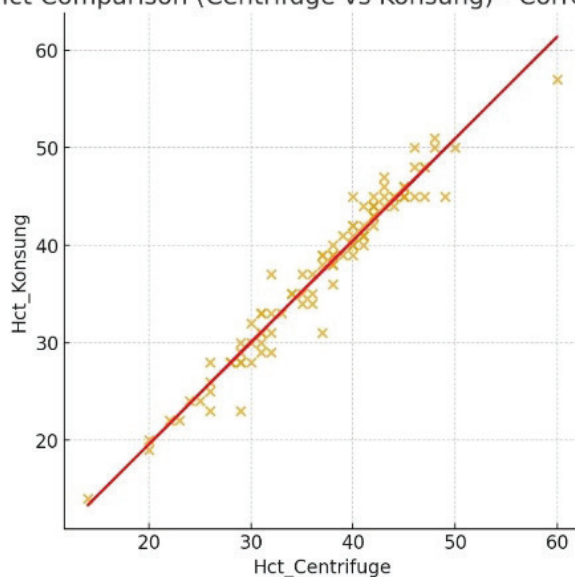
ภาพที่ 1 เปรียบเทียบค่าฮีมาโตคริต (Hct) ระหว่างเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer กับเครื่อง Sysmex XN-3000 ($n = 100$, $r = 0.975$)



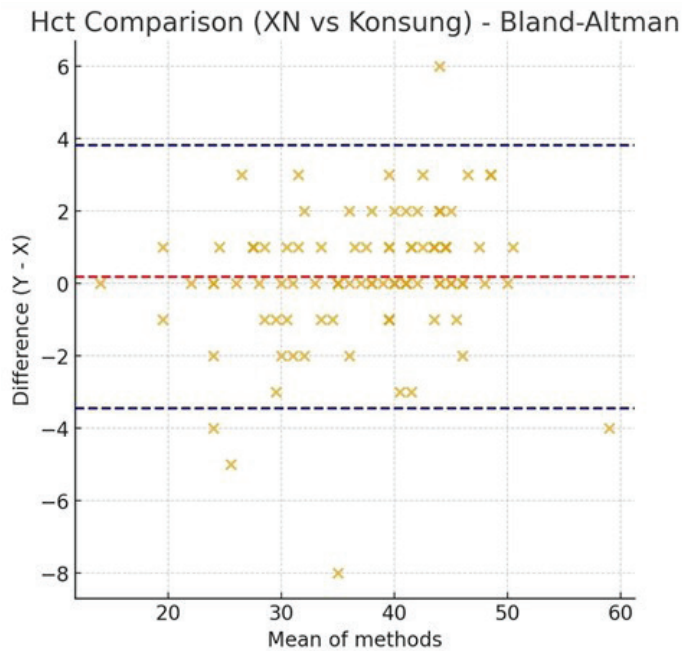
จากภาพแสดงให้เห็นว่าค่าฮีมาโตคริตที่ตรวจวัดจากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับเครื่อง Sysmex XN-3000 โดยค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.975 และมีค่าความคลาดเคลื่อนเฉลี่ย (bias) เท่ากับ +0.19% โดยมีขอบเขตความสอดคล้อง (Limits of Agreement; LoA) อยู่ระหว่าง -3.44% ถึง +3.82%

ภาพที่ 2 การเปรียบเทียบค่าฮีมาโตคริตที่ได้จากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer กับวิธี microhematocrit centrifuge (n = 100, r = 0.975) จากภาพแสดงให้เห็นว่าค่าฮีมาโตคริตที่ตรวจวัดจากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับวิธี microhematocrit centrifuge โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนเฉลี่ย (bias) เท่ากับ + 0.36% และมีขอบเขตความสอดคล้อง (Limits of Agreement; LoA) อยู่ระหว่าง -3.26% ถึง + 3.98%

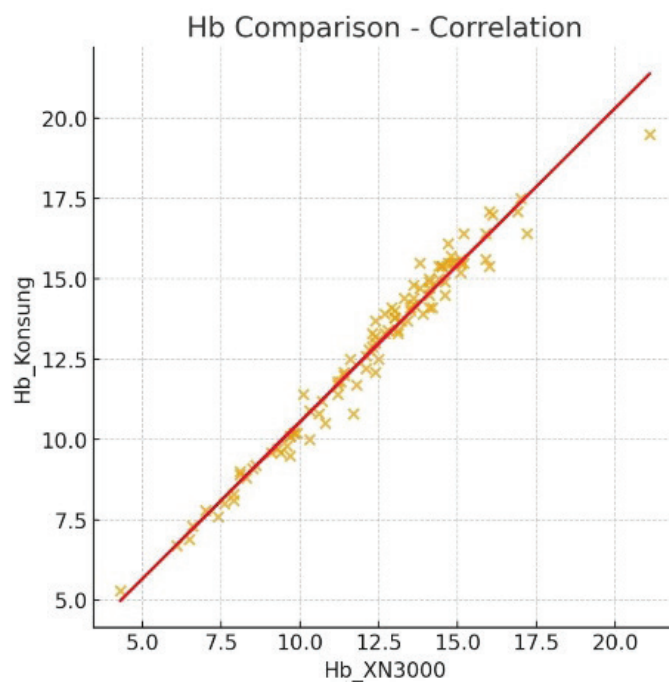
Hct Comparison (Centrifuge vs Konsung) - Correlation



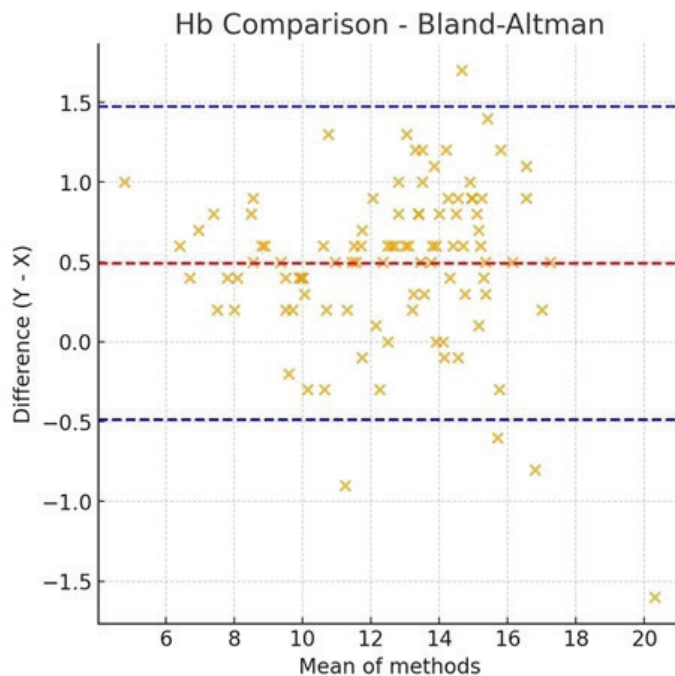
ภาพที่ 3 กราฟ Bland-Altman แสดงความแตกต่างของฮีมาโตคริต (Hct) ระหว่างเครื่อง Konsung Hemoglobin Analyzer และเครื่อง Sysmex XN-3000 โดยค่า bias เท่ากับ +0.19% และ Limits of agreement (LoA) อยู่ระหว่าง -3.44 ถึง +3.82%



ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบค่าฮีโมโกลบินจากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer กับเครื่อง Sysmex XN-3000 ($n = 100$, $r = 0.985$) จากภาพแสดงให้เห็นว่าค่าฮีโมโกลบินที่ตรวจวัดจากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากกับเครื่อง Sysmex XN-3000 โดยมีค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.985 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)



ภาพที่ 5 กราฟ Bland-Altman แสดงความแตกต่างของฮีโมโกลบิน (Hb) ระหว่างเครื่อง Konsung Hemoglobin Analyzer และเครื่อง Sysmex XN-3000 โดยค่า bias เท่ากับ +0.49 g/dL และ Limits of agreement (LoA) อยู่ระหว่าง -0.49 ถึง +1.47 g/dL



ผลการวิเคราะห์ Bland-Altman แสดงให้เห็นว่าค่าฮีมาโตคริต (Hct) ที่วัดได้จากเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีค่า bias เท่ากับ +0.19% เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่อง Sysmex XN-3000 โดยมี limits of agreement (LoA) อยู่ระหว่าง -3.44% ถึง +3.82%

สำหรับค่าฮีโมโกลบิน (Hb) พบว่ามีค่า bias เท่ากับ +0.49 g/dL และ limits of agreement (LoA) อยู่ระหว่าง -0.49 ถึง +1.47 g/dL สะท้อนถึงความสอดคล้องของผลการตรวจในระดับที่ยอมรับได้ทางคลินิก

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าเครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความสัมพันธ์และความสอดคล้องกับวิธีมาตรฐานในระดับสูง ทั้งในการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต โดยเมื่อพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) พบว่าอยู่ในระดับสูงมาก ($r = 0.975 - 0.985$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ด้วยกราฟ Bland-Altman ที่แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนเฉลี่ย (bias) อยู่ในระดับที่ต่ำมาก

จากการวิเคราะห์ความสอดคล้อง (Agreement) พบว่าค่าฮีโมโกลบินมีค่า bias เท่ากับ +0.49 g/dL และค่าฮีมาโตคริตมีค่า bias อยู่ระหว่าง +0.19% ถึง +0.36% เมื่อเทียบกับวิธีอ้างอิง แม้ผลการตรวจจะมีแนวโน้มสูงกว่าวิธีมาตรฐานเล็กน้อย (systematic bias) แต่ขอบเขตความสอดคล้อง (Limits of Agreement; LoA) ทั้งหมดก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางคลินิก สะท้อนถึงความสามารถของเครื่องมือในการให้ผลตรวจที่มีความน่าเชื่อถือสูงเมื่อเทียบกับเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติและวิธี microhematocrit centrifuge

ในด้านความเที่ยงตรง (Precision) ผลการตรวจซ้ำด้วยสารควบคุมคุณภาพพบว่าค่าความแปรปรวนสัมพัทธ์ (%CV) ต่ำกว่า 7% ในทุกระดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์การยอมรับตามมาตรฐาน CLIA แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอในการวัดผล (Repeatability) และมีความเหมาะสมสำหรับการใช้งานในรูปแบบ Point-of-Care Testing (POCT)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้ตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำ (Venous blood) ในขณะที่การใช้งาน

จริงมักใช้เลือดจากปลายนิ้ว (Capillary blood) ซึ่งอาจมีความแปรปรวนจากปัจจัยก่อนการวิเคราะห์ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงแนะนำว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างเลือดจากปลายนิ้วเพื่อยืนยันประสิทธิภาพในสภาวะการใช้งานจริง นอกจากนี้ ในกรณีที่ค่าที่วัดได้อยู่ใกล้จุดตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision limits) เช่น เกณฑ์การให้เลือด ควรใช้ความระมัดระวังและพิจารณายืนยันผลด้วยวิธีมาตรฐานในห้องปฏิบัติการร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย

สรุปผลการศึกษา เครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความแม่นยำและเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นในรูปแบบ POCT สำหรับการประเมินค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา เครื่อง Konsung hemoglobin analyzer มีความแม่นยำและความเที่ยงตรงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จึงสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องตรวจเบื้องต้นแบบพกพา (Point-of-Care Testing; POCT) ในบริบทที่ต้องการความรวดเร็วในการวินิจฉัย เช่น สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และการศึกษาในอนาคต ดังนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Rituraj, Kumar AK, Singh PK. A comparative evaluation of various techniques for haemoglobin estimation. *Int J Pharm Qual Assur* 2025;16(2):387–392.
2. Sanchis-Gomar F, Cortell-Ballester J, Pareja-Galeano H, Banfi G, Lippi G. Hemoglobin point-of-care testing: the HemoCue system. *J Lab Autom* 2013;18(3):198–205.
3. Arhamidolatabadi T, Shams Vahdati S, Rikhtegar R. Point-of-care hemoglobin measurement in comparison with hematology analyzer: a cross-sectional study in emergency department. *J Fam Med Prim Care* 2019;8(9):2902–2906.
4. Dolscheid-Pommerich RC, Klauke S, Stoffel-Wagner B, et al. Comparability of point-of-care versus central laboratory hemoglobin determination in emergency patients at a supra-maximal care hospital. *PLoS One* 2016;11(2):e0149129.
5. Liu X, Wang S, Zhang Y, et al. Validation of a portable hemoglobin photometer (Konsung) for use in field conditions. *Lancet Reg Health West Pac* 2023;100789.

1. ด้านการใช้งานจริง: เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำ (Venous blood) ในขณะที่การใช้งานจริงมักใช้เลือดปลายนิ้ว (Capillary blood) ผู้ใช้งานควรตระหนักถึงความแปรปรวนที่อาจเกิดขึ้นจากชนิดของสิ่งส่งตรวจ และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในตัวอย่างเลือดปลายนิ้วเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของเครื่องในสภาวะการใช้งานจริง

2. ด้านเกณฑ์การตัดสินใจทางคลินิก: ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการแปลผล โดยเฉพาะในกรณีที่ผลการตรวจอยู่ใกล้จุดตัดสินใจสำคัญทางคลินิก (Clinical decision limits) ควรพิจารณายืนยันผลด้วยวิธีมาตรฐานในห้องปฏิบัติการร่วมด้วย

3. ด้านการควบคุมคุณภาพ: หน่วยงานควรจัดให้มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบความพร้อมและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือก่อนการใช้งานทุกครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้บริหาร คณะกรรมการ และผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการ เพื่อเพื่อทรัพยากร และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยนี้

6. Morris SS, Ruel MT, Cohen RJ, Dewey KG, De la Brière B, Hassan MN. Precision, accuracy, and reliability of hemoglobin assessment with use of capillary blood. *Am J Clin Nutr* 1999; 69(6):1243–1248.
7. Sari M, de Pee S, Martini E, Herman S, Sugiatmi, Bloem MW, et al. Estimating the prevalence of anaemia: a comparison of three methods. *Bull World Health Organ* 2001;79(6):506–511.
8. Sheth TN, Choudhry NK, Bowes M, Detsky AS. The relation of conjunctival pallor to the presence of anemia. *J Gen Intern Med* 1997;12(2):102–106.
9. Kumar N, Kushwaha R, Verma S, Singh S. Comparative evaluation of hemoglobin estimation and hematocrit determination using automated and manual methods. *Clin Epidemiol Glob Health* 2017;5(4):152–156.
10. Ahmad NA, Awaluddin SM, Samad R, Kasim NM, Yusof M, Aznuddin Abd Razak M, et al. Validity of point-of-care testing Mission Plus Hb in detecting anemia. *Int J Biomedicine* 2015;5(2):91–94.
11. Bhaskaram P, Moorthy V, Singh R, et al. Evaluation of the accuracy and reliability of hemoglobin measurement using the HemoCue system in a community setting. *Lancet Reg Health West Pac* 2020;4:100046.

ผลของการใส่อุปกรณ์พยุงหลังระดับเอวชนิดอ่อน ภายหลังการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ระยะแรกในผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ธนาภูมิ พรหมสมบัติ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู*

ปวีณรัตน์ จรัสสุริยงค์ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: กระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การผ่าตัดช่วยบรรเทาอาการได้ แต่ประโยชน์ของการใส่อุปกรณ์พยุงหลังยังไม่ชัดเจน งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของอุปกรณ์พยุงหลังระดับเอว (LS support) ต่อการเคลื่อนไหวและอาการปวดในระยะต้นหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใส่อุปกรณ์พยุงหลังระดับเอวชนิดอ่อน (Lumbosacral support; LS support) ภายหลังการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ระยะแรกในผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มไขว้ (randomized cross-over trial) ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม (degenerative lumbar spine disease) ที่ได้รับการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีเข้าร่วมวิจัยถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มที่ 1 จะได้รับการทดสอบการเคลื่อนไหวและประเมินความปวดโดยใช้ LS support ก่อน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยถอด LS support ออก พักเป็นเวลา 10 นาที และประเมินการทดสอบเดิมซ้ำ โดยไม่ใส่อุปกรณ์ ส่วนกลุ่มที่ 2 ทำการทดสอบในลำดับตรงกันข้าม โดยเริ่มจากการไม่ใส่ LS support ก่อน เครื่องมือที่ใช้ประเมินการเคลื่อนไหว ได้แก่ Timed Up and Go Test (TUGT), Five Times Sit-to-Stand Test (FTSTS) และ ประเมินอาการปวดในอิริยาบถต่าง ๆ ด้วย Visual Analog Scale (VAS) นอกจากนี้มีการประเมินความพึงพอใจและความต้องการใส่ LS support ของผู้ป่วยด้วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 56 ราย (อายุเฉลี่ย 61.51 ปี, เพศหญิง 66.07%) เข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีผู้ถอนตัว เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาทดสอบ TUGT ($p = 0.68$) และ FTSTS ($p = 0.09$) ระหว่างใส่และไม่ใส่ LS support พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความปวด (VAS) ระหว่างการเคลื่อนไหวและอิริยาบถต่าง ๆ ก็ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายงานความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดในด้านความสบาย (54.76%) การลดความปวด (55.95%) ความรู้สึกปลอดภัย (65.48%) นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั้งหมด (100%) ต้องการใส่ LS support ต่อไปในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปผลการศึกษา: การใส่ LS support ช่วงแรกหลังผ่าตัด Decompressive Laminectomy ไม่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวและบรรเทาความปวดแต่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ในระดับปานกลางถึงดี

คำสำคัญ: โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อุปกรณ์พยุงหลังระดับเอว (LS support) การผ่าตัด Decompressive Laminectomy การเคลื่อนไหว Timed Up and Go Test (TUGT) การเคลื่อนไหว Five Times Sit to Stand Test (FTSTS)

* นายแพทย์ชำนาญการ ภาควิชา เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

รับบทความ: 24 มกราคม 2569 แก้ไขบทความ: 23 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

The Efficacy of Using Lumbosacral Support in the Early Post-operative Period Following Decompressive Laminectomy in Patients with Degenerative Lumbar Spine Disease

Thanapoom Promsombat M.D., Dip Thai Board of FRCPhysiatrT*
Paveenrath Charussuriyong M.D., Dip Thai Board of FRCPhysiatrT*

Abstract

Background: Degenerative lumbar spine disease is common among the elderly. Surgery can alleviate symptoms; however, the benefits of postoperative bracing remain unclear. This study aimed to evaluate the effects of a soft lumbosacral support (LS support) on early postoperative mobility and pain.

Objective: To evaluate the efficacy of lumbosacral support (LS support) during the early postoperative phase after decompressive laminectomy in patients with degenerative lumbar spine disease.

Methods: A randomized cross-over trial in patients with degenerative lumbar spine disease who underwent decompressive laminectomy at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Patients were randomly assigned into two groups. Group 1 first performed the functional test and pain assessment while wearing LS support. The LS support was then removed followed by a 10-minute rest period before repeating the test without it. Group 2 underwent the same procedure in the reverse order, starting without LS support. Functional outcome measures included the Timed Up and Go Test (TUGT) and the Five Times Sit-to-Stand Test (FTSTS). Pain during activities and posture was evaluated using Visual Analog Scale (VAS). Patient satisfaction and willingness to continue LS support were also assessed.

Result: A total of 56 patients (mean age 61.51 years, 66.07% female) were included, with no dropouts. There were no statistically significant differences in TUGT ($p = 0.68$) or FTSTS ($p = 0.09$) between wearing and not wearing LS support. Pain scores (VAS) during activities and postures also showed no statistically significant differences. However, patients reported high satisfaction with LS support regarding comfort (54.76%), pain reduction (55.95%), and feeling safety (65.48%). All participants (100%) expressed a desire to continue using LS support.

Conclusion: Wearing LS support did not significantly improve functional ability and reduce pain during the early postoperative period following decompressive laminectomy in patients with degenerative lumbar spine disease. However, it helps improve patient confidence and perceived safety in mobility.

Keywords: Degenerative lumbar spine disease, LS support, Decompressive laminectomy, Timed Up and Go Test (TUGT), Five Times Sit to Stand Test (FTSTS)

* Physician professional level Department of Rehabilitation Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

บทนำ

กระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยพบเกือบร้อยละร้อยในประชากรผู้สูงอายุโลก¹ ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกลำบากสบายจำกัดกิจกรรมประจำวันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและนำไปสู่ความพิการ² การรักษาด้วยการผ่าตัดถือเป็นการรักษามาตรฐานที่ช่วยบรรเทาอาการเพิ่มการทำงานของร่างกายและช่วยลดภาวะทุพพลภาพ โดยหลังการผ่าตัดร้อยละ 56 ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์พยุงหลังต่อเนื่อง นาน 3–8 สัปดาห์³ เนื่องจากในเชิงทฤษฎีการใส่อุปกรณ์พยุงหลังมีข้อดี ได้แก่ การลดการเคลื่อนไหวระหว่างกระดูกสันหลังและแรงกระทำบริเวณกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งส่งผลให้อัตราการเชื่อมกระดูกดีขึ้นและลดความเจ็บปวด⁴ อย่างไรก็ตาม การใส่อุปกรณ์พยุงหลังมีข้อเสีย คือ การลื่นของกล้ามเนื้อหลัง เนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหวจากภายนอกเป็นเวลานานการระคายเคืองผิวหนัง ค่าใช้จ่ายสูงสำหรับผู้ป่วย และความไม่สบายตัว⁴

จากหลักฐานทางวิชาการที่ผ่านมาพบว่าการใส่อุปกรณ์พยุงหลังภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างในเรื่องความปวด คุณภาพชีวิตการเคลื่อนไหวและกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใส่อุปกรณ์พยุงหลัง (ชนิด rigid และ semi-rigid) กับกลุ่มที่ไม่ได้ใส่อุปกรณ์พยุงหลังภายหลังการผ่าตัด⁵ อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านั้นศึกษาผลของอุปกรณ์พยุงหลัง (ชนิด rigid และ semi-rigid) ภายหลังการผ่าตัด 1 เดือนขึ้นไป^{5,6,7} ยังไม่มีการศึกษาผลของอุปกรณ์พยุงหลังในช่วงระยะแรกหลังการผ่าตัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับมาเคลื่อนไหวและประกอบกิจกรรมประจำวันให้ได้ เช่น ก่อนการผ่าตัด อีกทั้งการศึกษาผลของการใส่อุปกรณ์พยุงหลังระดับเอวชนิดอ่อน (LS support) ยังมีน้อย แต่กลับพบอัตราการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวมากในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใส่อุปกรณ์พยุงหลังระดับเอวชนิดอ่อน (LS support) ภายหลังการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ในเรื่องการเคลื่อนไหว และการลดอาการปวด หลังผ่าตัดระยะแรก ในผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มไขว้ (randomized cross-over trial) ศึกษาในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (degenerative lumbar spine disease) ที่ได้รับการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 – 31 ตุลาคม 2567

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ใบรับรอง 149/2023 วันที่รับรอง 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- อายุมากกว่า 18 ปี
- สามารถนั่ง ยืน เดินได้ก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด

- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยแพทย์ศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

- ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม
- สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่
- ผู้ป่วยที่มีความยาวรอบเอวมมากกว่า 46 นิ้ว
- ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ผิวหนังบริเวณลำตัวที่สัมผัสอุปกรณ์

- มีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการศึกษานำร่อง (pilot study) ของผู้วิจัยเอง ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 16 ราย โดยกำหนดผลลัพธ์หลัก (primary outcome) เป็น Timed Up and Go Test (TUGT) พบว่ากลุ่มที่ใส่ LS support มีค่าเฉลี่ย TUGT เป็น 64.4 ± 13.9 วินาที ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใส่ LS support มีค่าเฉลี่ยเป็น 57.1 ± 13.2 วินาที

งานวิจัยนี้กำหนดค่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างพบว่าต้องใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 55 คน ต่อกลุ่ม จำลองความไม่ครบถ้วนร้อยละ 10 ดังนั้นในการ

ศึกษาจะใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 62 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่างและการแบ่งกลุ่ม

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบ Block of four randomization ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ใส่ LS support ให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ Timed up and go test (TUGT), Five Times Sit to Stand Test (FTSTS) และ Visual Analogue Scale (VAS) แล้วให้ผู้ป่วยถอด LS support พักเป็นเวลา 10 นาที หลังจากนั้นประเมินผลลัพธ์เช่นเดียวกัน ขณะไม่ได้ใส่ LS support

กลุ่มที่ 2 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ TUGT, FTSTS และ VAS ขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ LS support แล้วให้ผู้ป่วยพักเป็นเวลา 10 นาที หลังจากนั้นใส่ LS support ให้แก่ผู้ป่วย และประเมินผลลัพธ์เช่นเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. แบบเก็บข้อมูล Timed up and go test (TUGT)
3. แบบเก็บข้อมูล Five Times Sit to Stand Test (FTSTS)
4. แบบประเมิน Visual Analog Scale (VAS)
5. แบบประเมินความพึงพอใจของการใส่ LS support
6. แบบประเมินความต้องการในการใส่ LS support

วิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยคนที่ 1 คัดกรองผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

2. หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างน้อย 48 ชั่วโมงมีสัญญาณชีพคงที่ถอดสายและขดระบายเลือดแล้ว ได้รับการฝึกกายภาพบำบัดจนสามารถลุกนั่ง ยืนและเดินได้แล้ว ผู้วิจัยคนที่ 1 อธิบายข้อมูล วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาก่อนให้ผู้ป่วยทราบ แล้วพิจารณาลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยคนที่ 1 ประเมิน บันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การผ่าตัดและแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นหลังการผ่าตัด

4. ผู้วิจัยคนที่ 2 ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ทำการสุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกันที่ลำดับการใส่ LS support ดังนี้

กลุ่มที่ 1

- ผู้ป่วยได้รับการใส่ LS support โดยผู้วิจัยคนที่ 1
- ผู้วิจัยคนที่ 1 วัดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ TUGT, FTSTS และ VAS ในอิริยาบถขณะนอน นั่ง และยืน โดยให้ผู้ป่วยพัก 3 นาทีระหว่างการทดสอบ TUGT และ FTSTS
- หลังจากนั้นผู้วิจัยคนที่ 1 ถอด LS support และให้ผู้ป่วยพักเป็นเวลา 10 นาที
- ผู้วิจัยคนที่ 1 ประเมินผลลัพธ์การศึกษาเช่นเดียวกับขณะใส่ LS support

กลุ่มที่ 2

- ผู้วิจัยคนที่ 1 วัดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ TUGT, FTSTS และ VAS ในอิริยาบถขณะนอน นั่ง และยืน โดยให้ผู้ป่วยพัก 3 นาทีระหว่างการทดสอบ TUGT และ FTSTS
- ให้ผู้ป่วยพักเป็นเวลา 10 นาที
- ผู้วิจัยคนที่ 1 ใส่ LS support ให้ผู้ป่วย
- ผู้วิจัยคนที่ 1 ประเมินผลลัพธ์เช่นเดียวกับขณะที่ไม่ได้ใส่ LS support

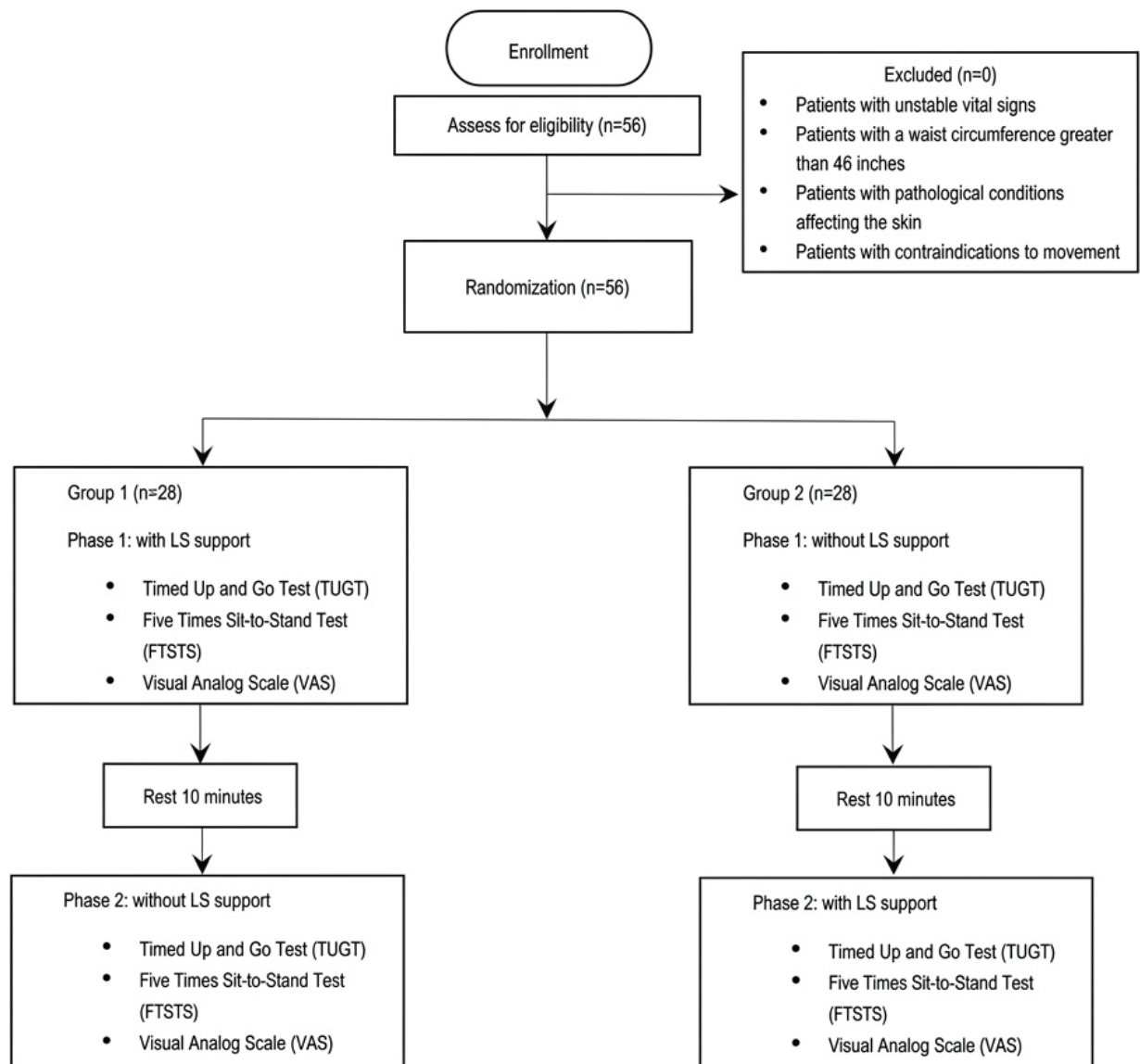
5. หลังการประเมินผลลัพธ์ ผู้วิจัยคนที่ 1 สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจของการใส่ LS support และความต้องการในการใส่ LS support

6. ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการฟื้นฟูกับนักกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด ขณะเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามอย่างเหมาะสม

การวัดผลลัพธ์

1. ผลลัพธ์หลัก (Primary outcome) : Timed Up and Go Test
2. ผลลัพธ์รอง (Secondary outcome) : Five Times Sit to Stand Test, Visual Analog Scale ในอิริยาบถต่าง ๆ ความพึงพอใจและความต้องการในการใส่ LS support

ภาพที่ 1 แผนผังลำดับการคัดเลือกและติดตามผู้ป่วยตลอดการศึกษาวิจัย



การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ลักษณะบุคคลและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ TUGT, FTSTS และ VAS ขณะใส่ LS support และ ไม่ใส่ LS support ด้วยสถิติ paired t-Test หากมีผลลัพธ์มีการกระจายข้อมูลแบบปกติ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test หากผลลัพธ์มีการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติ โดยการวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดใช้ STATA เวอร์ชัน 14

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 56 ราย โดยไม่มีผู้ป่วยที่ถอนตัวออกจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 61.51 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.86 ปี) เป็นเพศหญิง 37 ราย (ร้อยละ 66.07) มีโรคประจำตัว 10 ราย (ร้อยละ 17.85) โดยเป็นโรคเบาหวาน 9 ราย และ โรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.88 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) มีระดับรอยโรคในกระดูกสันหลังตั้งแต่ L1-S1 46 ราย (ร้อยละ 82.14) และระดับ L4-L5 10 ราย (ร้อยละ 17.86) เป็น

ชนิดโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ 39 ราย (ร้อยละ 67.24) ได้รับการผ่าตัด Decompression with interbody fusion 51 ราย (ร้อยละ 91.07) ได้รับยาระงับปวดระหว่างและหลังการผ่าตัด 56 ราย (ร้อยละ 100) และ 48 ราย (ร้อยละ

85.71) ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดทั้งหมด 8 ราย (ร้อยละ 14.29) ได้แก่ เชื้อดราณิกขาด 7 ราย (ร้อยละ 85.71) และก้านกระดูกสันหลังหัก 1 ราย (ร้อยละ 1.79)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

Characteristics	Participants (n = 56)
Male gender ¹	19 (33.93)
Age (year) ²	61.51 (8.86)
Comorbidities ¹	
Stroke	1 (1.79)
Diabetes mellitus	9 (16.07)
BMI ²	24.88 (4.29)
Spinal level with pathology ¹	
L4–L5	10 (17.86)
L1–S1	46 (82.14)
Diagnosis ¹	
Spinal Stenosis	39 (67.24)
Spondylolisthesis	14 (25)
Herniated Disc	3 (5.36)
Surgery type ¹	
Decompression without fusion	5 (8.93)
Decompression with interbody fusion	51 (91.07)
Intraoperative complications ¹	7 (12.50)
Pain medications ¹	
Before surgery	21 (37.50)
During surgery	56 (100)
After surgery	48 (85.71)
Physical therapy starts date (days post-surgery) ²	2.52 (1.19)
Days to Walk (Post-Surgery) ²	2.89 (1.72)
Length of stay(days) ²	9.07 (7.35)

¹Number (%), ²Mean (S.D.), ³Median (Q1, Q3)

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วยการประเมิน Timed up and go test (TUGT) และ Five time sit to stand test (FTSTS) รวมถึงสอบถามคะแนนความปวดในอริยาบถต่าง ๆ ในขณะที่ใส่และไม่ใส่อุปกรณ์ LS support ซึ่งลำดับการใส่ของแต่ละคนจะแตกต่างกัน ตามกลุ่มที่ได้รับการสุ่ม พบว่าผู้ป่วยใช้

ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำ TUGT เมื่อใส่ LS support และ ไม่ใส่ LS support มี TUGT เป็น 62.90 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.5 วินาที) และ 62.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24 วินาที) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำ FTSTS เมื่อใส่ LS support และ ไม่ใส่ LS support เป็น 41.38 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.7 วินาที)

และ 43.91 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.9 วินาที) โดยเมื่อเปรียบเทียบการทำ TUGT เมื่อใส่ LS support และไม่ได้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.68) เช่นเดียวกันกับ FTSTS ซึ่งระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ใน

การทดสอบ เมื่อใส่ LS support และไม่ได้ ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.09) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการทดสอบ Timed Up and Go และ Five Times Sit-to-Stand ในผู้ป่วยที่ใส่และไม่ได้ใส่อุปกรณ์พยุงหลัง (lumbar support)

Outcome Measures	With LS Support ¹	Without LS Support ¹	p-value
Timed Up and Go Test (sec)	62.90 (23.5)	62.16 (24.0)	0.68
Five Times Sit to Stand Test (sec)	41.38 (17.7)	43.91 (18.9)	0.09

¹Mean (S.D.), *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับคะแนนความปวดประเมินโดย VAS พบว่าเมื่อใส่ LS support ระหว่างการทำกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระหว่างการทำ TUGT 4.23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 คะแนน) และขณะไม่ได้ LS support มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 4.45 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5 คะแนน) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความปวดในระหว่างการทำ Five time sit to stand test ใส่ LS support ระหว่างการทำกิจกรรมคือ 4.32 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 คะแนน) และขณะไม่ได้ คือ 4.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 คะแนน) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังวัดคะแนนความปวดขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งและ

ทำเดินโดยพบว่าคะแนนความปวดเฉลี่ย เมื่อนั่งพักขณะที่ใส่และไม่ได้ LS support คือ 4.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.7 คะแนน) และ 4.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2 คะแนน) ส่วนในทำขึ้นพบว่าคะแนนความปวดเฉลี่ยขณะที่ใส่และไม่ได้ LS support คือ 4.02 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5 คะแนน) และ 4.23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.3 คะแนน) ตามลำดับ โดยพบว่าคะแนนความปวดเมื่อใส่ LS support และไม่ได้ ในระหว่างการทดสอบ TUGT และ FTSTS ท่านั่ง และทำขึ้น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดตาม Visual Analog Scale (VAS) ของผู้ป่วยขณะที่ใส่และไม่ได้ใส่อุปกรณ์พยุงกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar support)

Outcome Measures	With LS Support ¹	Without LS Support ¹	p-value
VAS during TUGT	4.23 (2.8)	4.45 (2.5)	0.34
VAS during FTSTS	4.32 (2.8)	4.2 (2.8)	0.55
VAS at sitting	4.39 (2.7)	4.75 (2.2)	0.11
VAS at standing	4.02 (2.5)	4.23 (2.3)	0.33

¹Mean (S.D.), *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้าน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใส่อุปกรณ์พยุงหลังส่วนเอว (LS support) โดยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความพึงพอใจระหว่าง 0-5 คะแนน โดยที่ 0 คะแนนหมายถึงน้อยที่สุด และ 5 คะแนนหมายถึงมากที่สุด

1. การเคลื่อนไหวในท่าเดิน (Walking)

– ด้านความสะดวกสบายขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 18 คน (32.14%) และ 5 คะแนน จำนวน 15 คน

(26.79%)

– ด้านการลดอาการปวดขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 11 คน (19.64%) และ 5 คะแนน จำนวน 15 คน (26.79%)

– ด้านความรู้สึกปลอดภัยขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 19 คน (33.93%) และ 5 คะแนน จำนวน 15 คน (26.79%)

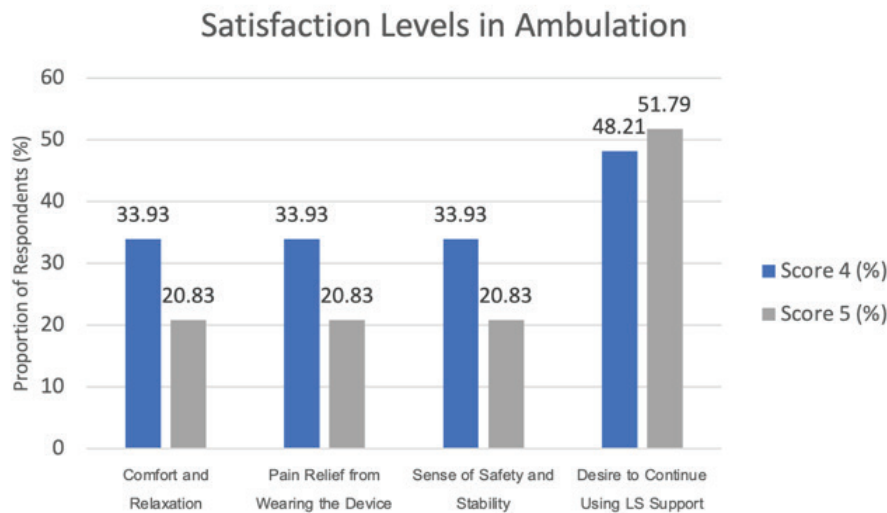
2. การเคลื่อนไหวในท่ายืน (Standing) จำนวน 17 คน (30.36%) และ 5 คะแนน จำนวน 19 คน (33.93%)
- ด้านความสะดวกสบายขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 18 คน (32.14%) และ 5 คะแนน จำนวน 14 คน (25.00%)
- ด้านการลดอาการปวดขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 22 คน (39.29%) และ 5 คะแนน จำนวน 16 คน (28.57%)
- ด้านความรู้สึกปลอดภัยขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 16 คน (28.57%) และ 5 คะแนน จำนวน 18 คน (32.14%)
3. การเคลื่อนไหวในท่านั่ง (Sitting) จำนวน 27 คน (48.21%) และ 5 คะแนน จำนวน 13 คน (23.21%)
- ด้านความสะดวกสบายขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 23 คน (41.07%) และ 5 คะแนน จำนวน 8 คน (14.29%)
- ด้านการลดอาการปวดขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 17 คน (30.36%) และ 5 คะแนน จำนวน 7 คน (12.50%)
- ด้านความรู้สึกปลอดภัยขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 19 คน (33.93%) และ 5 คะแนน จำนวน 13 คน (23.21%)
- ด้านความรู้สึกปลอดภัยขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 19 คน (33.93%) และ 5 คะแนน จำนวน 13 คน (23.21%)
- ด้านความรู้สึกปลอดภัยขณะสวมใส่: 4 คะแนน จำนวน 27 คน (48.21%) และ 5 คะแนน จำนวน 13 คน (23.21%)
- นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 56 ราย (ร้อยละ 100) มีความต้องการใส่ LS support ต่อในระดับ “มากถึงมากที่สุด” โดยให้คะแนนความต้องการ 4 คะแนน จำนวน 27 คน (48.21%) และ 5 คะแนน จำนวน 29 คน (51.79%) ดังแสดงใน ตารางที่ 4 และรูปภาพที่ 2

ตารางที่ 4 การประเมินระดับความพึงพอใจในการเดินของผู้ป่วย (คะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด)

Aspect of Satisfaction (Score 0–5) ¹	0	1	2	3	4	5
Comfort and Relaxation	0 (0)	0 (0)	31 (18.45)	45 (26.79)	57 (33.93)	35 (20.83)
Pain Relief from Wearing the Device	0 (0)	0 (0)	31 (18.45)	45 (26.79)	57 (33.93)	35 (20.83)
Sense of Safety and Stability	0 (0)	0 (0)	31 (18.45)	45 (26.79)	57 (33.93)	35 (20.83)
Desire to Continue Using LS Support	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	27 (48.21)	29 (51.79)

¹Number (%)

ภาพที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในท่าทางการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน



วิจารณ์และสรุป

การศึกษานี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใส่ LS support หลังการผ่าตัด Decompressive Laminectomy ระยะแรก ก่อนผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โดยประเมินผลในด้านการเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวและการลดอาการปวด พบว่าการใส่ LS support ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านการเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ประเมินโดย TUGT และ FTSTS เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ใส่อุปกรณ์ นอกจากนี้ก็ไม่พบความแตกต่างในด้านการลดอาการปวดเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับก่อนหน้านี้^{4,5,7,8}

Yao และคณะ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม 90 รายที่ผ่าตัด Transforaminal lumbar interbody fusion ว่าการใส่อุปกรณ์พยุงหลังไม่ช่วยในเรื่องลดความปวดประเมินด้วย VAS และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประเมินโดย Oswestry Disability Index ที่ 6 สัปดาห์ 3, 6 และ 12 เดือนหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ยังไม่ช่วยในเรื่องการเพิ่มอัตราการเชื่อมกระดูก (fusion rate) และลดภาวะแทรกซ้อนในการติดตามผลที่ 12 เดือนหลังการผ่าตัด⁶ ในทำนองเดียวกัน Soliman และคณะ รายงานจากการศึกษาผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม 43 รายที่ผ่าตัด Posterior Spinal Instrumented Fusion ว่าการใส่อุปกรณ์พยุงหลังไม่ช่วยบรรเทาอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญที่ 6 สัปดาห์และ 3 เดือนหลังการผ่าตัด⁷ นอกจากนี้ยังมีการ

ศึกษาในรูปแบบ Systematic review โดย Nasi และคณะ เกี่ยวกับการใส่อุปกรณ์พยุงหลังภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม พบว่าการใส่อุปกรณ์พยุงหลังผ่าตัดไม่ได้ช่วยลดอาการปวดและความพิการอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใส่อุปกรณ์และไม่มี ความแตกต่างในอัตราการเชื่อมติดของกระดูกอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงอัตราการผ่าตัดซ้ำ⁴ อย่างไรก็ตามผลการ ศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสอง กลุ่มนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ใส่อุปกรณ์พยุงหลังครบตามเวลาตามที่แพทย์ได้กำหนด (poor compliance) ซึ่ง การติดตามการใส่อุปกรณ์พยุงหลังของผู้เข้าร่วมวิจัยนั้น หลายงานวิจัยวัดผลโดยการโทรศัพท์ถามผู้ป่วยว่าได้ใส่ อุปกรณ์พยุงหลังหรือไม่⁸ การบันทึกจำนวนชั่วโมงที่สวมใส่ ในแต่ละวันด้วยตัวผู้ป่วยเองเป็นเวลา 3 เดือน⁷ และบางงาน วิจัยไม่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการใส่อุปกรณ์พยุงหลัง ภายหลังกลับจากโรงพยาบาลเลย⁵

การศึกษาของผู้วิจัยนี้ถือเป็นการศึกษาแรกๆ ที่ดู ผลลัพธ์ของการใส่อุปกรณ์พยุงหลังส่วนเอว ในช่วงระยะแรก หลังการผ่าตัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลเพราะการเคลื่อนไหวในช่วงนี้มีความสำคัญ อย่างมากต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย เนื่องจากช่วยเพิ่มการ ไหลเวียนโลหิต ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะปัสสาวะคั่ง การติดเชื้อในปอดและแผล ผ่าตัด⁹ Shuai-Kang Wang และคณะ ได้ทำการศึกษา พบว่า การเริ่มเคลื่อนไหวช้าหลังผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง ในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

แทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น⁹ นอกจากนี้การประเมินในช่วงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้ไม่มีปัญหาในเรื่องของการที่ผู้ป่วยไม่ใส่อุปกรณ์ตามที่แพทย์กำหนดได้อีกด้วย ซึ่งพบว่าความสามารถในการเคลื่อนไหว และการลดอาการปวดก็ไม่มีแตกต่างระหว่างการใส่และไม่ใส่อุปกรณ์ เช่นเดียวกับระยะหลังการผ่าตัดที่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป

งานวิจัยที่ผ่านมามีการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้ใส่อุปกรณ์พยุงหลังและไม่ใส่อุปกรณ์พยุงหลังซึ่งส่วนใหญ่พบว่าไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม^{4,7,8,9} ในงานวิจัยนี้เนื่องจากการเป็นการทดสอบในระยะเวลาที่สั้นและจำกัดจึงไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้สอบถามถึงความพึงพอใจในด้านความสะดวกสบายขณะสวมใส่ การลดอาการปวด ความรู้สึกปลอดภัยและความต้องการในการใส่อุปกรณ์ต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาลพบว่าระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมากและเมื่อสอบถามเรื่องการใช้อุปกรณ์ต่อผู้ป่วยทุกรายต้องการใส่อุปกรณ์ต่อซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับผลการวัดความสามารถการเคลื่อนไหวและคะแนนความปวดอาจเป็นเพราะอุปกรณ์พยุงหลังระดับเอวส่วนล่างสามารถลดแรงโดยรวมที่กระทำต่อกระดูกสันหลังส่วนล่างได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยมั่นคงแต่ไม่มีผลต่อการเพิ่มความมั่นคงในการเคลื่อนไหวระหว่างข้อกระดูกสันหลังส่วนล่าง¹⁰

การศึกษานี้เลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วย TUGT ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดโดยผู้ทำการทดลอง (objective measurement) มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ประเมินได้รวดเร็ว ง่ายในทางปฏิบัติ^{11,12,13} เหมาะสำหรับการประเมินผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เนื่องจากบ่งชี้ความสามารถทางกายภาพ (Physical Capacity) ได้อย่างชัดเจน¹⁴ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับ Oswestry Disability Index ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง^{11,12} นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับระดับความปวด¹³ โดยอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มระยะเวลาในการทำ TUGT¹⁵ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือที่วัดโดยผู้ทำการทดลอง (objective measurement) เนื่องจากเห็นถึงข้อจำกัดของ

การวัดแบบอัตนัย (subjective measurement) ว่ามีปัญหาในการใช้งานทางคลินิกโดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งรายงานถึงภาวะทุพพลภาพและความเจ็บปวดอย่างรุนแรงแต่กลับสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระมากกว่าที่คะแนนความเจ็บปวดหรือระดับความทุพพลภาพที่ระบุไว้จะบ่งชี้¹¹ จากผลการศึกษาของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย TUGT ที่ 62.90 และ 62.16 วินาทีในขณะใส่และไม่ใส่ LS support ตามลำดับซึ่งจัดอยู่ในระดับที่รุนแรง (severe impairment) ตามเกณฑ์ของ Gautschi และคณะ¹¹ อาจเกิดจากความเจ็บปวดที่ยังคงมีอยู่หลังผ่าตัด การอักเสบเฉพาะที่ และอาการบวมบริเวณที่ผ่าตัด ซึ่งทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของข้อและการทำงานของกล้ามเนื้อได้

งานวิจัยนี้มีจุดแข็งหลายประการ ประการแรก คือ การศึกษาในรูปแบบ cross-over randomized controlled trial ช่วยลดความเอนเอียงในกระบวนการเลือกผู้ป่วย และลดปัจจัยกวนต่าง ๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ได้ เช่น อายุ เพศ อาการปวดที่เริ่มต้นก่อนการผ่าตัด และความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนการผ่าตัด ทำให้สามารถสรุปผลได้อย่างแม่นยำและน่าเชื่อถือมากขึ้น ประการที่สอง การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรก ๆ ที่มีการติดตามผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด ประการสุดท้าย การศึกษานี้ยังมีเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่เป็นทั้งข้อมูลที่วัดโดยผู้ทำการทดลอง (objective measurement) การวัดแบบอัตนัย (subjective measurement) และการประเมิน patient satisfactory

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรก คือ ขนาดตัวอย่างน้อย ถึงแม้จะมีการคำนวณจากการศึกษานำร่องมาแล้วก็ตาม ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความแม่นยำไม่เพียงพอในการสะท้อนผลที่แท้จริง ประการที่สอง มีระยะเวลาในการติดตามผลเพียงช่วงเวลาเดียว คือ ระยะแรกหลังผ่าตัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรมีการติดตามผลในระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านเพื่อดูผลลัพธ์ของการใส่ LS support ในระยะยาว

สรุปผล

การใส่ LS support ช่วงแรกหลังผ่าตัด Decompressive Laminectomy ไม่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวและบรรเทาความปวด แต่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในระดับปานกลางถึงดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย สำหรับคำแนะนำอันทรงคุณค่าและการสนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย

ขอขอบพระคุณทีมแพทย์ศัลยกรรมกระดูก ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู และนักกายภาพบำบัดทุกท่าน สำหรับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงอย่างมีคุณภาพ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและไว้วางใจเข้าร่วมการศึกษา

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สำหรับคำแนะนำและการพิจารณารับรองโครงการวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. เทียนบุญ ประกิต. Degenerative disease of the spine [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2023 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.academia.edu/99412263/Degenerative_Disease_of_the_Spine
2. Markman JD, Gewandter JS, Frazer ME, Pittman C, Cai X, Patel KV, et al. Evaluation of outcome measures for neurogenic claudication: A patient-centered approach. *Neurology*. 2015 ; 85(14):1250–6.
3. Bible JE, Biswas D, Whang PG, Simpson AK, Rechtine GR, Grauer JN. Postoperative bracing after spine surgery for degenerative conditions: a questionnaire study. *Spine J* 2009;9(4):309–16.
4. Yao YC, Lin HH, Chang MC. Bracing Following Transforaminal Lumbar Interbody Fusion is not Necessary for Patients With Degenerative Lumbar Spine Disease: A Prospective, Randomized Trial. *Clin Spine Surg* Spine Publ 2018;31(9):E441–5.
5. Nasi D, Dobran M, Pavesi G. The efficacy of postoperative bracing after spine surgery for lumbar degenerative diseases: a systematic review. *Eur Spine J* 2020;29(2):321–31.
7. Soliman HAG, Barchi S, Parent S, Maurais G, Jodoin A, Mac-Thiong JM. Early Impact of Postoperative Bracing on Pain and Quality of Life After Posterior Instrumented Fusion for Lumbar Degenerative Conditions: A Randomized Trial. *Spine* 2018;43(3):155–60.
8. Yee A, Yoo J, Marsolais E, Carlson G, Poe-Kochert C, Bohlman H, et al. Use of a Postoperative Lumbar Corset After Lumbar Spinal Arthrodesis for Degenerative Conditions of the Spine: A Prospective Randomized Trial. *J Bone Jt Surg–Am* 2008;90(10):2062–8.
9. Wang SK, Chai XY, Wang P, Kong C, Lu SB. Association between delayed ambulation and increased risk of adverse events after lumbar fusion surgery in elderly patients. *BMC Musculoskelet Disord* 2024;25(1):501.
10. Axelsson P, Johnsson R, Strömqvist B. Effect of Lumbar Orthosis on Intervertebral Mobility:

- A Roentgen Stereophotogrammetric Analysis. *Spine* 1992;17(6):678–681
11. Gautschi OP, Smoll NR, Corniola MV, Joswig H, Chau I, Hildebrandt G, et al. Validity and Reliability of a Measurement of Objective Functional Impairment in Lumbar Degenerative Disc Disease: The Timed Up and Go (TUG) Test. *Neurosurgery* 2016;79(2):270–8.
 12. Stienen MN, Maldaner N, Joswig H, Corniola MV, Bellut D, Prömmel P, et al. Objective functional assessment using the “Timed Up and Go” test in patients with lumbar spinal stenosis. *Neurosurg Focus* 2019;46(5):E4.
 13. Maldaner N, Stienen MN. Subjective and Objective Measures of Symptoms, Function, and Outcome in Patients With Degenerative Spine Disease. *Arthritis Care Res* 2020;72(S10):183–99.
 14. Jakobsson M, Brisby H, Gutke A, Lundberg M, Smeets R. One-minute stair climbing, 50-foot walk, and timed up-and-go were responsive measures for patients with chronic low back pain undergoing lumbar fusion surgery. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20(1):137.
 15. Gautschi OP, Smoll NR, Corniola MV, Joswig H, Chau I, Hildebrandt G, et al. Validity and Reliability of a Measurement of Objective Functional Impairment in Lumbar Degenerative Disc Disease: The Timed Up and Go (TUG) Test. *Neurosurgery* 2016;79(2):270–8.
 16. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://sgh.go.th/uploads/CPG-book.pdf>
 17. สายวิหากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์, กลุ่มวิจัยการพัฒนาความสามารถทางกายและคุณภาพชีวิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น, ศูนย์โสมสุสุขและเครื่อง่ายกายภาพบำบัด จังหวัดกาฬสินธุ์, เครื่อง่ายกายภาพบำบัด เขต 10. แนวทางปฏิบัติด้านกายภาพบำบัด [อินเทอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566 [19 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pt.or.th/PTCouncil/file_attach/24Nov201516-AttachFile1448367076.pdf

การแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด STAT-10 ฉบับภาษาไทยสำหรับการประเมินอาการเจ็บคอในผู้ป่วยโรคคอหอยอักเสบเฉียบพลัน

พิพัฒพงศ์ ป้อมไชยา ภ.บ.*
ศรัณุย์ ศรีไชยเจริญ พง ปร.ด.**

บทคัดย่อ

ภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและสร้างภาระต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แต่ยังขาดเครื่องมือมาตรฐานฉบับภาษาไทยสำหรับประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บคอจากมุมมองผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการเจ็บคอ (STAT-10) ฉบับภาษาไทย โดยดำเนินการตามกระบวนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย การขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ การแปลไปข้างหน้า การแปลย้อนกลับ การตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมือ และการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคคออักเสบ จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษา พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.67 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.873 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับสูง ซึ่งใกล้เคียงกับเครื่องมือต้นฉบับ (0.87–0.91) สรุปได้ว่า STAT-10 ฉบับภาษาไทยมีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นในระดับดี สามารถใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บคอในผู้ป่วยไทยได้

คำสำคัญ: แบบประเมินอาการเจ็บคอ การแปลเครื่องมือ ความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น คอหอยอักเสบเฉียบพลัน

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร : ผู้รับผิดชอบบทความ

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
รับบทความ: 11 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 13 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Translation and Validation of the Sore Throat Assessment Tool–10 (STAT–10) into Thai Language for Patients with Acute Pharyngitis

Pipatpong Pomchaiya Pharm.D.*

Sribud Srichaijaroonpong Ph.D.**

Abstract

Acute pharyngitis is a common health problem that imposes a significant burden on Thailand's healthcare system; however, there is currently no standardized Thai-language instrument for assessing sore throat severity from the patient's perspective. This study aimed to translate and validate the Thai version of the Sore Throat Assessment Tool–10 (STAT–10). The study followed the cross-cultural instrument translation process, including obtaining permission from the original developer, forward translation, backward translation, review by the original developer, and content validity assessment by three experts. Reliability was tested in 30 patients with pharyngitis at Phra Ajarn Fan Ajaro Hospital, Sakon Nakhon Province. The results showed that the Index of Item–Objective Congruence (IOC) values for all items exceeded 0.67, indicating good content validity. The overall Cronbach's alpha coefficient was 0.873, demonstrating high internal consistency comparable to the original instrument (0.87–0.91). In conclusion, the Thai version of STAT–10 demonstrates good content validity and high reliability, serving as a standardized tool for assessing sore throat severity in Thai patients.

Keywords: Sore Throat Assessment, Instrument Translation, Validity, Reliability, Acute Pharyngitis

* Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus : Corresponding Author.

** Associate Professor, Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

บทนำ

การติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Acute upper respiratory infection) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปจะมีการติดเชื้อประมาณ 2–5 ครั้งต่อปี จากรายงาน Global Burden of Disease Study 2021 พบว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเป็นสาเหตุสำคัญของภาระโรคทั่วโลก โดยก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการสูญเสียผลิตภาพอย่างมหาศาล¹ อาการหลักที่พบได้บ่อยคืออาการเจ็บคอ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลัน (acute pharyngitis)

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลัน ที่แผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินของโรงพยาบาลจำนวน 7.1 ล้านครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 1–2 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจำนวน 21 ล้านคน ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลันเกือบ 12 ล้านคน² และเป็นหนึ่งในสาเหตุการมารับบริการผู้ป่วยนอกที่สำคัญของประเทศไทย โดยจากฐานข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่าโรคกลุ่มนี้ติดอยู่ใน 10 อันดับแรกของการมารับบริการผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนครั้งที่มารับบริการมากกว่า 9–11 ล้านครั้งต่อปี สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ยังคงอยู่ในระดับสูงของประเทศ³ นอกจากภาระทางระบบสาธารณสุขแล้ว อาการเจ็บคอยังส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจและการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างนัยสำคัญ ซึ่งการมีเครื่องมือประเมินความรุนแรงที่แม่นยำจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและลดการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น กลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียได้⁴

นอกจากนี้ แนวทางการจัดการรักษาอาการเจ็บคอยังคงเป็นประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันในทางคลินิก (the management of sore throat is controversial)⁵ โดยยาพาราเซตามอลและยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs) ยังคงเป็นยาหลักในการบรรเทาอาการเจ็บคอ⁶ ขณะที่การศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มหลายการศึกษาพบว่าสเตียรอยด์สามารถช่วยลดอาการปวดได้⁷ อย่างไรก็ตามงานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่มุ่งประเมินเพียง “ความเจ็บ” เป็น

อาการหลัก และสเตียรอยด์ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ ในทางตรงกันข้าม ยาปฏิชีวนะยังคงถูกสั่งใช้ในผู้ป่วยเจ็บคอเป็นจำนวนมาก^{8,9}

การศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับแนวทางการรักษาภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลันจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือวัดผลลัพธ์ (outcome measure) ที่มีความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือสูง เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของอาการจากมุมมองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยในการศึกษาก่อนหน้านี้มีการใช้เครื่องมือประเมินอาการเจ็บคอหลายรูปแบบ เช่น Sore Throat Scale (STS) ซึ่งเป็นมาตรวัดความรุนแรงของอาการแบบตัวเลข และ Sore Throat Pain Intensity Scale (STPIS) ซึ่งใช้มาตรวัดแบบ visual analogue scale (VAS) เพื่อประเมินระดับความเจ็บคอของผู้ป่วย¹² อย่างไรก็ตาม เครื่องมืวดังกล่าวมักมุ่งวัดเพียงความรุนแรงของอาการเจ็บ หรือวิเคราะห์อาการในลักษณะเป็นตัวแปรแบบทวิภาค (dichotomous) จึงอาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของอาการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน⁵ เพื่อแก้ข้อจำกัดของเครื่องมือที่ประเมินเพียงความเจ็บ Klug ได้พัฒนาแบบสอบถาม Sore Throat Assessment Tool-10 (STAT-10) ในปี ค.ศ. 2019⁵ เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงและระยะเวลาของอาการเจ็บคอในผู้ป่วยที่มีภาวะ pharyngo-tonsillitis เฉียบพลัน โดยเป็นเครื่องมือที่รายงานผลลัพธ์โดยผู้ป่วย (patient-reported outcome measure) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุม 3 มิติหลัก ได้แก่ อาการเฉพาะที่คอ อาการร่วมอื่น ๆ และผลกระทบต่อสภาวะโดยรวม ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–50 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น

STAT-10 ผ่านการทดสอบคุณสมบัติด้านการวัดที่ดี โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87–0.91 และค่าความเชื่อมั่นซ้ำ (test-retest reliability; Spearman correlation) เท่ากับ 0.87 แสดงถึงความน่าเชื่อถือในระดับสูง และสามารถใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการศึกษาทางคลินิกเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาแบบต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม⁵ ถึงแม้ว่า STAT-10 จะเป็นเครื่องมือที่มีคุณสมบัติด้านการวัดที่ดีและได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่ในปัจจุบันการ

ศึกษาทางคลินิกในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเจ็บคอ ส่วนใหญ่ยังคงอาศัยการประเมินอาการจากดุลยพินิจของแพทย์ หรือใช้ตัวชี้วัดที่ไม่ได้เป็นเครื่องมือรายงานผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการศึกษากลายเป็นไปได้อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่มีมีการแปล Sore Throat Assessment Tool-10; STAT-10 ของ Tejs Ehlers Klug ฉบับภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทย ซึ่งอาจไม่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การมีเครื่องมือมาตรฐานฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นแล้ว จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การติดตามผลการรักษา และการประเมินคุณภาพบริการในระบบสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติด้านการวัดสำหรับประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บคอโดยเฉพาะ ดังนั้นการแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของ STAT-10 ฉบับภาษาไทยจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพสำหรับการใช้ในการวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิก อันจะช่วยยกระดับมาตรฐานการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา และเพิ่มความสามารถในการเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยระดับนานาชาติ ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการเจ็บคอ 10 ข้อ (Sore Throat Assessment Tool-10; STAT-10) ฉบับภาษาไทย เพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานสำหรับใช้ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บคอในผู้ป่วยไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการเจ็บคอ 10 ข้อ ฉบับภาษาอังกฤษ ชื่อ Sore Throat Assessment Tool-10; STAT-10 ของ Tejs Ehlers Klug เป็นฉบับภาษาไทย 10 ข้อ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อแปล และตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการเจ็บคอ 10 ข้อ (ฉบับภาษาอังกฤษแปลเป็นภาษาไทย)

แบบประเมินอาการเจ็บคอ 10 ข้อ (Sore Throat Assessment Tool-10; STAT-10) พัฒนาโดย Klug⁵ เพื่อ

ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บคอในผู้ป่วยโรคคอหอยและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน เครื่องมือต้นฉบับได้รับการตรวจสอบคุณภาพแล้ว โดยพบว่ามีความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.87–0.91) และมีความเที่ยงของการวัดซ้ำอยู่ในระดับสูง (Spearman test-retest reliability = 0.87) รวมทั้งมีค่า intraclass correlation coefficient เท่ากับ 0.92⁵ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงที่ดี ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทภาษาไทย ก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษแปลเป็นภาษาไทยต่อไป โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนด้วยหลักการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม¹⁰ ดังนี้ **ขั้นที่ 1** ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อเจ้าของเครื่องมือคือ Tejs Ehlers Klug เพื่อขออนุญาตแปล Sore Throat Assessment Tool-10; STAT-10 เป็นฉบับภาษาไทย เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัยของคนไทย **ขั้นที่ 2** หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแปล Sore Throat Assessment Tool-10; STAT-10 ฉบับภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทย โดยลักษณะการแปลเป็นแบบสมมาตร ซึ่งคำนึงถึงความถูกต้อง ความสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และวัฒนธรรม **ขั้นที่ 3** แบบประเมินที่ได้แปลเป็นภาษาไทยแล้วจะถูกตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมโดยอาจารย์ที่ปรึกษา **ขั้นที่ 4** การแปลย้อนกลับ (Backward translation) นำแบบประเมินฉบับภาษาไทยซึ่งผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปดำเนินการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้แปลไม่ได้ดูเนื้อหาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ เพื่อป้องกันอคติในการแปล โดยได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์ประจำสาขาวิชาภาษาต่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร **ขั้นที่ 5** การเปรียบเทียบความสอดคล้องระหว่างแบบประเมินต้นฉบับกับแบบประเมินฉบับแปลย้อนกลับโดยจัดส่งแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับกลับไปยังเจ้าของเครื่องมือเพื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา **ขั้นที่ 6** นำแบบประเมินฉบับแปลเป็นภาษาไทยไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดย

การพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence;
IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม
เป็น 3 ระดับ ได้แก่ +1 หมายถึง แนใจว่าข้อคำถามมีความ
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 0 หมายถึง ไม่แนใจว่าข้อคำถาม
มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ -1 หมายถึง แนใจ
ว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ใช้สูตร
 $IOC = \Sigma R/n$ โดยค่า R หมายถึง ผลคูณของคะแนน กับ
จำนวนผู้เชี่ยวชาญ n หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ กำหนด
เกณฑ์การพิจารณาค่า IOC มากกว่า 0.5 จึงจะถือว่าข้อ
คำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไป

ใช้ได้ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ สาขาอายุรศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ สาขาโสต ศอ นาสิก จำนวน 1 ท่าน **ขั้นที่ 7**
ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการเจ็บคอ 10 ข้อ
ฉบับภาษาไทย โดยนำไปทดลองใช้ ในกลุ่มตัวอย่าง คือ
ผู้ป่วยโรคคออักเสบ จำนวน 30 คน ที่ได้รับการตรวจรักษา
ในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอดงเจริญ นคร
จังหวัดสกลนคร จากนั้นทำการนำข้อมูลที่ได้ออกมาคำนวณค่า
ความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีเกณฑ์การ
ตีความ¹³ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การตีความค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	ระดับคุณภาพ
> 0.9	ยอดเยี่ยม (Excellent)
> 0.8	ดี (Good)
> 0.7	พอใช้ (Acceptable)
> 0.6	ต้องพิจารณา (Questionable)
> 0.5	ต่ำ (Poor)
< 0.5	ไม่ยอมรับ (Unacceptable)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมในมนุษย์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
รหัสโครงการ HEC-04-68-044 รับรองเมื่อวันที่ 17
ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ
อาสาสมัคร ดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย
และสิทธิของอาสาสมัครก่อนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย 2) อาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ
และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ
การรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ 3) ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสา
สมัครได้รับการปกปิดเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และ
นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วย
โรคคออักเสบ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอดงเจริญ นคร
จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบ
สะดวก (convenience sampling) เก็บข้อมูลในช่วง
ระหว่าง วันที่ 3 พฤศจิกายน ถึง 5 ธันวาคม 2568 ระยะ

เวลารวม 1 เดือน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 20–60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วย
ด้วยโรคคออักเสบ

3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ขณะสอบถามมีปัญหาหรือความไม่สะดวก ที่ไม่
สามารถให้ข้อมูลได้ครบทุกข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในแผนกผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เมื่อผู้ป่วยที่มี
อาการเจ็บคอมารับบริการ พยาบาลหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการ
คัดกรองเบื้องต้นตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จากนั้น
แพทย์จะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และยืนยันการ
วินิจฉัยโรคคออักเสบ จากนั้นผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้
ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะคอยให้คำแนะนำเกี่ยว

กับวิธีการตอบแบบสอบถามในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัย
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถาม
ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ
ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการเจ็บคอที่แปลเป็นภาษาไทย จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดัง
ต่อไปนี้ มากที่สุด ได้ 5 คะแนน, มาก ได้ 4 คะแนน,
ปานกลาง ได้ 3 คะแนน, น้อย ได้ 2 คะแนน, ไม่เลย ได้ 1
คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินจะอยู่ในช่วง 10–50
คะแนน โดยการแบ่งระดับความรุนแรงของคะแนน ดำเนิน
การโดยอ้างอิงข้อมูล normative จาก Klug⁵ ซึ่งไม่มีการ
แบ่งระดับไวซ์ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์ดังนี้ :
ระดับเบา (<20 คะแนน), ระดับปานกลาง (20–35 คะแนน),
และระดับรุนแรง (>35 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วย
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนอาการเจ็บคอจากแบบประเมินอาการ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการแปลข้อคำถามจากภาษาดั้งเดิม (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย) และค่าดัชนี
ความสอดคล้องของแบบประเมินกับวัตถุประสงค์

ภาษาดั้งเดิม (ภาษาอังกฤษ)	ภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย)	ค่า IOC
1. I have a sore throat	ฉันมีอาการเจ็บคอ	1
2. I feel pain when swallowing	ฉันรู้สึกเจ็บเวลากลืนน้ำลาย	1
3. I feel uncomfortable	ฉันรู้สึกไม่สบายตัว	0.67
4. I have difficulty attending class or going to work	ฉันมีความยากลำบากในการไปเรียนหรือไปทำงาน	0.67
5. I have to reduce my level of various daily routines	ฉันทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง	0.67
6. I have difficulty swallowing	ฉันกลืนลำบาก	1
7. My appetite has decreased (loss of appetite)	ฉันมีความอยากอาหารลดลง (เบื่ออาหาร)	1
8. I have a headache	ฉันมีอาการปวดศีรษะ	1
9. I feel like I have a fever	ฉันรู้สึกเหมือนมีไข้	1
10. I feel sick	ฉันรู้สึกป่วย	0.67

เจ็บคอฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3. การวิเคราะห์รายข้อของแบบประเมิน วิเคราะห์
โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
ในแต่ละข้อคำถาม และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดย
ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการแปลและการตรวจสอบความเที่ยง
ตรงของแบบประเมินอาการเจ็บคอ ฉบับภาษาไทยสำหรับ
การประเมินอาการเจ็บคอในผู้ป่วยโรคคอหอยอักเสบ
เฉียบพลันแบ่งการนำเสนอผลการวิจัย เป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพิจารณาจาก
ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบประเมินกับวัตถุประสงค์
(IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จะพบว่าทุกข้อคำถาม
มีค่า IOC มากกว่า 0.5 แสดงว่าทุกข้อคำถามนั้นมีความ
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังตารางที่ 2

2. ผลการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการเจ็บคอฉบับภาษาไทย โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคคออักเสบจำนวน 30 คน มีผลการศึกษาดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.70) มีอายุเฉลี่ย 39.97 (± 10.93 ปี) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.00) ระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี หรือสูงกว่า (ร้อยละ 40.00) อาชีพ เกษตรกรหรือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 43.33) ดังตารางที่ 3

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	13 (43.30)
หญิง	17 (56.70)
อายุ (ปี) $\bar{X}$ = 39.97 ปี ; S.D. = 10.93, Min = 20 , Max = 60	
20–30	8 (26.67)
31–40	9 (30.00)
41–50	7 (23.33)
51–60	6 (20.00)
สถานภาพสมรส	
โสด	14 (46.70)
สมรส	15 (50.00)
หม้าย/หย่าร้าง	1 (3.30)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2 (6.67)
ประถมศึกษา	3 (10.00)
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	6 (20.00)
ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7 (23.33)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12 (40.00)
อาชีพ	
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	13 (43.33)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4 (13.33)
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	10 (33.33)
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	3 (10.00)

2.2 ระดับอาการเจ็บคอของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการเจ็บคอเฉลี่ย 31.67 ± 4.89 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 23 คะแนน และสูงสุด 38 คะแนน เมื่อจัดระดับความรุนแรงของอาการพบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) รองลงมาอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการระดับเบา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับอาการเจ็บคอของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามคะแนนจากแบบประเมินอาการเจ็บคอ 10 ข้อ

ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเบา (<20 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (20–35 คะแนน)	18	60.00
ระดับรุนแรง (>35 คะแนน)	12	40.00
$\bar{X}$ = 31.67 คะแนน ; S.D. = 4.89, Min = 23 , Max = 38		

2.3 การทดสอบค่าความเชื่อมั่น

จากการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการเจ็บคอจำนวน 10 ข้อ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.873

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่า Corrected Item–Total Correlation มีค่าอยู่ระหว่าง 0.366–0.844 ส่วนค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted มีค่าอยู่ระหว่าง 0.840–0.875 ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 2.77–3.40 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.563–0.817 ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงค่าสหสัมพันธ์ของแบบประเมินอาการเจ็บคอ 10 ข้อ

ข้อคำถาม	Mean	S.D.	Corrected Item–Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ฉันมีอาการเจ็บคอ	3.37	0.615	.488	.868
2. ฉันรู้สึกเจ็บเวลากลืนน้ำลาย	3.40	0.621	.446	.871
3. ฉันรู้สึกไม่สบายตัว	3.17	0.747	.844	.840
4. ฉันมีความยากลำบากในการไปเรียนหรือไปทำงาน	3.00	0.788	.737	.848
5. ฉันทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง	2.77	0.817	.509	.869
6. ฉันกลืนลำบาก	3.40	0.563	.366	.875
7. ฉันมีความอยากอาหารลดลง (เบื่ออาหาร)	2.97	0.765	.437	.874
8. ฉันมีอาการปวดศีรษะ	3.00	0.695	.691	.853
9. ฉันรู้สึกเหมือนมีไข้	3.30	0.794	.614	.859
10. ฉันรู้สึกป่วย	3.30	0.702	.807	.844
ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ			0.873	

วิจารณ์และสรุป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน Sore Throat Assessment Tool-10 (STAT-10) ฉบับภาษาไทย โดยดำเนินการตามกระบวนการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรมอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ การแปลไปข้างหน้า การแปลย้อนกลับ การตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมือ และการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา

ซึ่งถือเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับหลักสากลในการพัฒนาเครื่องมือฉบับภาษาไทยเป้าหมาย

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีค่า IOC ≥ 0.67 ทุกข้อ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ (IOC > 0.50) แสดงให้เห็นว่ารายการคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการประเมินอาการเจ็บคอ และสะท้อนมิติของอาการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือต้นฉบับของ Klug⁵ ที่มุ่งเน้นการประเมินจากมุมมองของ

ผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งด้านอาการเฉพาะที่คอ (ข้อ 1, 2, 6) อาการร่วมทางระบบ (ข้อ 3, 8, 9, 10) และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (ข้อ 4, 5, 7) ซึ่งสะท้อนผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยคอหอยอักเสบเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บคอและกลืนลำบากซึ่งส่งผลกระทบต่อรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ อาการทางระบบ เช่น ไข้และปวดศีรษะซึ่งบ่งชี้ถึงระดับการอักเสบ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของภาวะโรค

ในด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.873 ซึ่งอยู่ในระดับดี ตามเกณฑ์ของ George และ Mallery¹³ แบบประเมินฉบับภาษาไทยจึงมีความสอดคล้องภายในที่ดี และมีความใกล้เคียงกับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือต้นฉบับ (Cronbach's alpha 0.87–0.91)⁵ สะท้อนให้เห็นว่าการแปลภาษาไม่ได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของเครื่องมืออย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ค่า Corrected Item–Total Correlation ของแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.366–0.844 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ที่ 0.30¹⁴ แสดงว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของแบบประเมินในระดับที่เหมาะสม โดยข้อ 3 (ฉันรู้สึกไม่สบายตัว) และข้อ 10 (ฉันรู้สึกป่วย) มีค่าสหสัมพันธ์สูงสุด (0.844 และ 0.807 ตามลำดับ) สะท้อนว่าข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทั่วไปมีความสัมพันธ์สูงกับความรุนแรงของอาการเจ็บคอโดยรวม ขณะที่ข้อ 6 (ฉันกลืนลำบาก) มีค่าต่ำที่สุด (0.366) ซึ่งอาจเป็นเพราะอาการกลืนลำบากมีลักษณะเฉพาะเจาะจงที่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้ประสบในระยะแรกของโรค อย่างไรก็ตาม ค่าดังกล่าวยังคงสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ และเมื่อพิจารณาค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted พบว่าการตัดข้อคำถามใดออกไม่ได้ทำให้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงคงข้อคำถามทั้ง 10 ข้อไว้ในแบบประเมิน

ทั้งนี้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ระดับ 0.873 ในการศึกษาครั้งนี้ ถือเป็นระดับที่ยอมรับได้และมีความน่าเชื่อถือสูงตามเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการวิจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งช่วยยืนยันว่าเครื่องมือนี้มีความคงเส้นคงวากายในระดับดีเยี่ยม^{11,13} นอกจากนี้ ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.563–0.817 ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงว่าทุกรายการคำถามมีส่วนร่วมในการวัดโครงสร้างของอาการเจ็บคออย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินอาการเจ็บคอเฉียบพลันที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางคลินิก ได้แก่ Sore Throat Pain Intensity Scale (STPIS) ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบ visual analogue scale (VAS) ความยาว 100 มิลลิเมตร พัฒนาโดย Schachtel¹² Sore Throat Scale (STS) ซึ่งเป็นมาตรวัดความรุนแรงแบบตัวเลข และ Difficulty Swallowing Scale (DSS)¹⁵ เครื่องมือเหล่านี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่ม เช่น การศึกษาประสิทธิผลของยาแก้ปวดในผู้ป่วยเจ็บคอเฉียบพลัน¹⁶ อย่างไรก็ตาม STPIS, STS และ DSS ล้วนมุ่งวัดเพียงมิติเดียวของอาการ คือ ความรุนแรงของความปวดหรือความลำบากในการกลืน โดยไม่ได้ครอบคลุมผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ในทางตรงกันข้าม STAT-10 ประเมินอาการครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ อาการเฉพาะที่คอ อาการร่วมทางระบบ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต⁵ จึงให้ข้อมูลที่ครบถ้วนกว่าสำหรับการติดตามผลการรักษาและการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการศึกษา นอกจากนี้ ยังไม่พบว่ามีรูปแบบ STPIS, STS หรือ DSS เป็นภาษาไทยอย่างเป็นทางการ ดังนั้น STAT-10 ฉบับภาษาไทยจึงถือเป็นเครื่องมือประเมินอาการเจ็บคอชิ้นแรกที่ผ่านมากระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมและตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบในบริบทของประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ($n = 30$) และเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรในบริบทอื่น นอกจากนี้ การศึกษายังประเมินเฉพาะความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นภายใน ยังไม่ได้ตรวจสอบคุณสมบัติด้านอื่น ๆ เช่น ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ความตรงเชิงเกณฑ์ (criterion validity) หรือความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test–retest reliability)

ถึงแม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า STAT-10 ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพสำหรับใช้ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บคอในผู้ป่วยไทย สามารถนำไปใช้ทั้งในงานวิจัยทางคลินิก การติดตาม

ผลการรักษา และการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาในสถานบริการสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ สำหรับการศึกษาต่อยอดในอนาคต ควรมีการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และหลากหลายมากขึ้น รวมถึงการตรวจสอบคุณสมบัติด้านการวัดเพิ่มเติม เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของเครื่องมือนี้

STAT-10 ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ผ่านกระบวนการแปลและตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี และมีความเชื่อมั่นสูง แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บคอในผู้ป่วยไทยได้อย่างเหมาะสม เครื่องมือนี้จะช่วยสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก การติดตามผลการรักษา และการเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยระดับนานาชาติ อันจะนำไปสู่การยกระดับ

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากเจ้าของเครื่องมือต้นฉบับที่กรุณาอนุญาตให้แปลและนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัย อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการแปลย้อนกลับและให้คำแนะนำด้านภาษาผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำและติดตามความก้าวหน้าของงานวิจัยอย่างใกล้ชิด รวมถึงผู้ป่วยและบุคลากรของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Upper Respiratory Infections and Otitis Media Collaborators. Global, regional, and national burden of upper respiratory infections and otitis media, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Infect Dis* 2024;24(12):1317–1332.
2. Lewnard JA, King LM, Fleming–Dutra KE, Link–Gelles R, Van Beneden CA. Incidence of Pharyngitis, Sinusitis, Acute Otitis Media, and Outpatient Antibiotic Prescribing Preventable by Vaccination Against Group A Streptococcus in the United States. *Clin Infect Dis* 2021;73(1):e47–e586
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/08/ill_2024_full_18082568.pdf
4. Krüger K, Topfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH. Clinical practice guideline: sore throat. *Dtsch Arztebl Int* 2021;118(11):188–194.
5. Klug TE. Sore Throat Assessment Tool–10 for patients with acute pharyngo–tonsillitis. *Dan Med J* 2019;66(9):A5561.
6. Azh N, Barzkar F, Motamed–Gorji N, Pourvali–Talatappeh P, Moradi Y, Vesal Azad R, et al. Nonsteroidal anti–inflammatory drugs in acute viral respiratory tract infections: an updated systematic review. *Pharmacol Res Perspect* 2022;10(2):e00925.
7. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello–Petersen R, Papola D, Lytvyn L, Vandvik PO, et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta–analysis of randomised trials. *BMJ* 2017;358:j3887.
8. Rún Sigurðardóttir N, Nielsen AB, Munck A, Bjerrum L. Appropriateness of antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in general practice: Comparison between Denmark and

- Iceland. *Scand J Prim Health Care* 2015;33(4):269–74.
9. Miller KM, Barnett TC, Cadarette D, Bloom DE, Carapetis JR, Cannon JW. Antibiotic consumption for sore throat and the potential effect of a vaccine against group A *Streptococcus*: a systematic review and modelling study. *EBioMedicine* 2023;98:104864.
10. นันทกา สวัสดิพานิช, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. ว. การพยาบาล 2554;26(1):19–28.
11. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. Boston: Cengage; 2019.
12. Schachtel B, Shephard A, Schachtel E, Lorton MB, Shea T, Aspley S. Qualities of Sore Throat Index (QuaSTI): measuring descriptors of sore throat in a randomized, placebo-controlled trial. *Pain Manag* 2018;8(2):85–94.
13. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. 11.0 update. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
14. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
15. Schachtel BP, Fillingim JM, Beiter DJ, Lane AC, Schwartz LA. Subjective and objective features of sore throat. *Arch Intern Med* 1984;144(3):497–500.
16. Schachtel BP, Shephard A, Engstrom T, Hewlett WA, Shea T. Utility of the sore throat pain model in a multiple-dose assessment of the acute analgesic flurbiprofen: a randomized controlled study. *Trials* 2014;15:263.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น

จิตุพร สุวรรณชิน พย.ม.*
วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์และพยากรณ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีมงาน และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ตลอดจนความสามารถร่วมกันอธิบายของปัจจัยทั้งสามต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป (ไม่รวมหัวหน้า) จำนวน 226 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ฉบับ ประกอบด้วย แบบสอบถามภาวะผู้นำร่วมในทีม แบบสอบถามความยืดหยุ่นของทีมงาน แบบสอบถามระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97, 0.96, 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.46) 2) ภาวะผู้นำร่วมในทีม ($r = .55$, $p < .001$) ความยืดหยุ่นของทีมงาน ($r = .45$, $p < .001$) และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ($r = .58$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและภาวะผู้นำร่วมในทีมร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้ร้อยละ 41.7 ($F = 79.782$, $p < .001$, $R^2 = .417$)

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพ ภาวะผู้นำร่วม ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลมัญจาคีรี

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 11 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 13 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Factors Influencing Clinical Risk Management Among Professional Nurses In Community Hospitals in Khon Kaen Province

Jatuporn Suwannakhin M.S.N.*

Wanchanok Juntachum Ph.D.**

Abstract

This descriptive correlational and predictive study aimed to examine the level of clinical risk management among professional nurses, the relationships between shared leadership, team resilience, and clinical decision support systems with clinical risk management, and the combined predictive ability of these factors in community hospitals in Khon Kaen Province. A purposive sample of 226 professional nurses with at least one year of experience (excluding supervisors) was selected through multi-stage sampling. Data were collected using four questionnaires: shared leadership questionnaire, team resilience questionnaire, clinical decision support systems questionnaire, and clinical risk management questionnaire. The instruments were validated for content validity by five experts and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding reliability values of 0.97, 0.96, 0.97, and 0.98, respectively. Data analysis employed descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis.

Results revealed that: 1) Clinical risk management was at a high level ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.46). 2) Shared leadership ($r = .55$, $p < .001$), team resilience ($r = .45$, $p < .001$), and clinical decision support systems ($r = .58$, $p < .001$) demonstrated moderate positive correlations with clinical risk management. 3) Clinical decision support systems and shared leadership jointly predicted 41.7% of variance in clinical risk management ($F = 79.782$, $p < .001$, $R^2 = .417$).

Keywords: Clinical risk management, Professional nurses, Shared leadership, Clinical decision support system

* Registered Nurse, Senior Professional Level in Emergency Accident and Forensic Unit, Manchakiri Hospital

** Corresponding Author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: March 11, 2026, Revised: March 13, 2026, 2025, Accepted: April 21, 2026

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ระบบบริการสุขภาพทุกประเทศกำลังเผชิญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ การศึกษาในสหรัฐอเมริการะบุว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 270,000–440,000 รายต่อปี หรือร้อยละ 10–15 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในโรงพยาบาล¹ WHO จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก “Global Patient Safety Action Plan 2021–2030” เพื่อลดความเสียหายที่ป้องกันได้จากการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญภายในปี ค.ศ. 2030 ในประเทศไทยการพัฒนาระบบสุขภาพอยู่ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560–2579 (ด้านสาธารณสุข) ที่เน้นความเป็นเลิศด้านบริการ โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ² อย่างไรก็ตาม ความผิดพลาดทางการแพทย์ยังคงส่งผลกระทบอย่างรุนแรง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากโรงพยาบาล 842 แห่ง พบอุบัติการณ์รวม 798,741 ครั้ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยมากกว่า 1,000 ครั้งต่อเดือน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รายงานการจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา 41 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 1,458 เรื่อง มูลค่ารวม 304.19 ล้านบาท สะท้อนภาระทางเศรษฐกิจและสังคม แพทย์สภารายงานคดีร้องเรียนเพิ่มขึ้นจาก 182 เรื่อง เป็น 359 เรื่องในปี พ.ศ. 2562 โดยสาเหตุสำคัญคือการวินิจฉัยที่ผิดพลาด การรักษาที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการบริหารจัดการทางการแพทย์³ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกจึงเป็นกระบวนการสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของอุบัติการณ์ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังหลักในทีมสุขภาพและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ถึงร้อยละ 70 โดยเฉพาะในด้านความปลอดภัยในการใช้ยา การวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน⁴

โรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ แต่มักเผชิญข้อจำกัด

ด้านทรัพยากร ภาระงานสูง และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่จำกัด ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบการร้องเรียนตามมาตรา 41 จำนวน 9, 6 และ 7 เรื่องตามลำดับ อุบัติการณ์ความเสี่ยงรวม 1,729, 2,547 และ 1,439 เรื่อง ตามลำดับ โดยเป็นความเสี่ยงทางคลินิก 218, 451 และ 532 เรื่อง ตามลำดับ และเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เสียชีวิตหรือเกิดอันตรายรุนแรงระดับ E-I รวม 84 เรื่อง สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพและส่งต่อโดยไม่ได้อาณัติ การวินิจฉัยผิดพลาด การรักษาและส่งต่อล่าช้า การแพ้ยา การให้น้ำเกลือผิดชนิด การระบุตัวผู้ป่วยผิด และการพลัดตกหกล้ม⁵ สาเหตุของปัญหาเกิดจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ ขาดแคลนบุคลากร ส่งผลให้ภาระงานสูง ไม่มีเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ บุคลากรยังขาดความเข้าใจและตระหนักรู้⁶ ในการรายงานความเสี่ยง เนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรที่มีความใกล้ชิดทำให้เกิดความเกรงใจไม่รายงานกลัวเกิดผลกระทบ และบุคลากรขาดภาวะผู้นำในสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อเกิดความเสี่ยงไม่มีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต้องให้หัวหน้าจัดการนโยบายในการจัดการความเสี่ยงจากองค์กรยังไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง มีการหมุนเวียนผู้บริหารบ่อย และระบบสารสนเทศยังไม่ทันสมัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การอธิบายประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยอาศัยเพียงปัจจัยระดับบุคคลยังไม่เพียงพอ ยังมีปัจจัยระดับทีมและองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำร่วมในทีม (shared leadership in teams) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สมาชิกทีมหลายคนมีบทบาทในการชี้นำ แบ่งปันอำนาจ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน⁷ ส่งเสริมความเชื่อมั่น ความรับผิดชอบ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาของทีม⁸ ที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความยืดหยุ่นของทีม (team resilience) ที่สะท้อนความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตตามทฤษฎีองค์กร มีความน่าเชื่อถือสูง⁹ โดยมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงาน และความสามารถในการจัดการกับความเครียด รวมทั้งระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision support system: CDSS) ช่วยเพิ่มความแม่นยำและลด

ความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านแพทย์เฉพาะทาง ช่วยลดข้อผิดพลาดทางคลินิก ป้องกันการใช้จ่ายเกินขนาด ปรับปรุงการตัดสินใจทางการแพทย์และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย¹⁰ แม้มีการศึกษาด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในหลายบริบท แต่ยังพบช่องว่างองค์ความรู้ในโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดการศึกษาที่บูรณาการปัจจัยระดับทีมและระดับองค์กรเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นปัจจัยระดับบุคคลและองค์กร และดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีทรัพยากรและโครงสร้างที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพตามมาตรฐาน และผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น
3. ศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ของภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และ

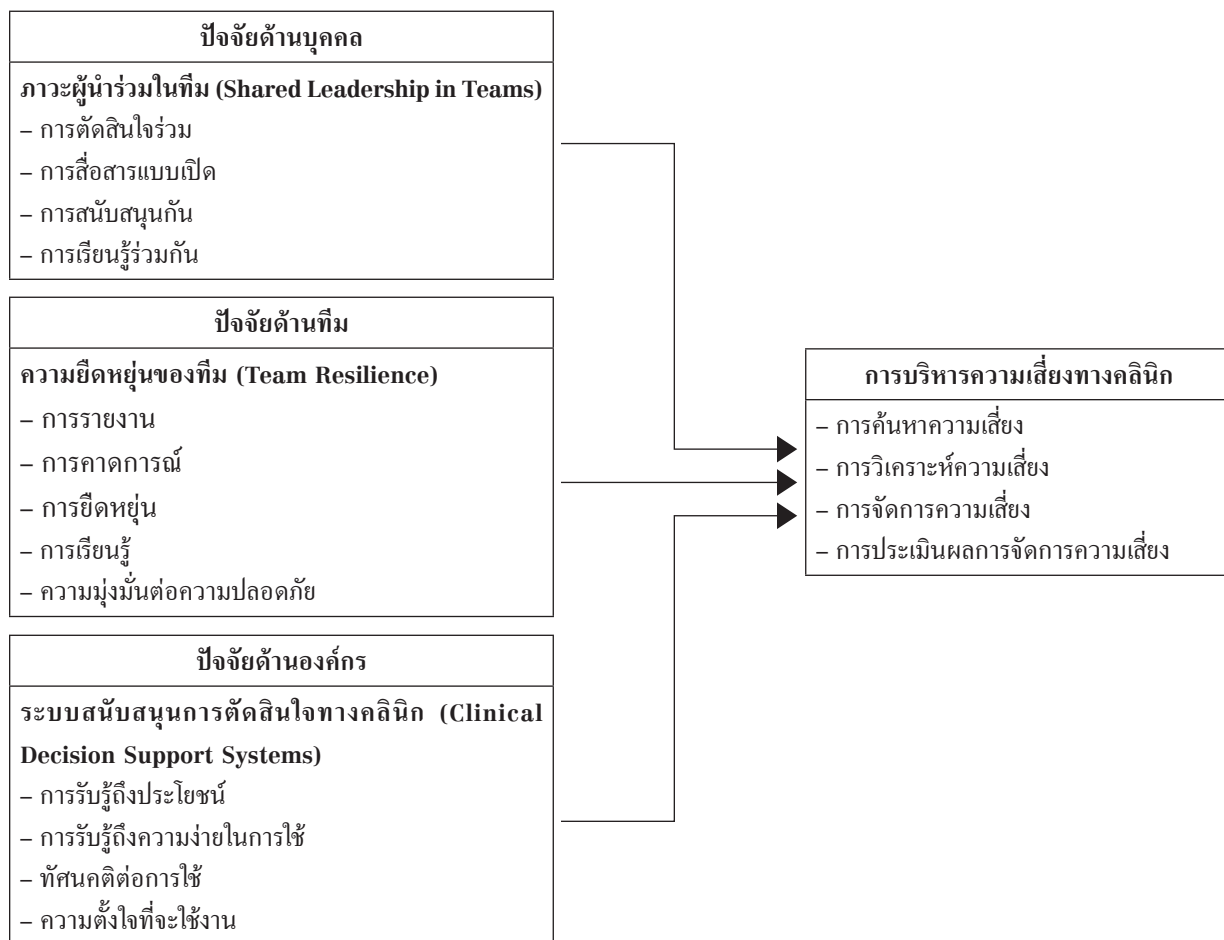
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

- 2.ภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดตัวแปรอิสระ 3 ระดับ ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล คือ ภาวะผู้นำร่วมในทีม (shared leadership) ตามแนวคิดของ Pearce และ Conger ซึ่งเน้นกระบวนการร่วมกันของสมาชิกทีมผ่านการตัดสินใจร่วม การสื่อสารแบบเปิด การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการเรียนรู้ร่วมกัน ปัจจัยระดับทีม คือ ความยืดหยุ่นของทีม (team resilience) ตามแนวคิดของ Morgan และคณะ ซึ่งเน้นการลดความผิดพลาดร้ายแรงในองค์กรที่มีความซับซ้อน ผ่านกระบวนการรายงาน การคาดการณ์ความเสี่ยง การปรับตัวต่อสถานการณ์ การเรียนรู้จากประสบการณ์ และความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัย และปัจจัยระดับองค์กร คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision support system: CDSS) ตามแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (technology acceptance model: TAM) ของ Davis¹¹ ซึ่งเน้นการรับรู้ถึงประโยชน์ ความง่ายในการใช้งาน ทักษะคิดต่อการใช้ และความตั้งใจในการใช้งาน ตัวแปรตาม คือ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดของ Wilson และ Tingle¹² ประกอบด้วยกระบวนการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง โดยแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการพิจารณาว่าเป็นโครงการที่เข้าข่ายการพิจารณาแบบยกเว้น ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 1578/2567 หมายเลขโครงการ HE682180 วันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 –F3 , M2 ในจังหวัดขอนแก่น มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่า ขึ้นทะเบียนการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ทั้งหมด 22 แห่ง จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 1,171 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง โดยไม่นับรวมหัวหน้าหน่วยงาน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha=0.05$ ขนาดอิทธิพล (effect size) 0.15 ระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 189 คน เพิ่มร้อยละ 20 เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามกรอบแนวคิดที่ศึกษา ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ปัจจุบัน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน การอบรมที่ผ่านมา ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และจำนวนสมาชิกในทีมพยาบาล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำร่วมในทีม จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การตัดสินใจร่วม (8 ข้อ) การสื่อสารแบบเปิด (8 ข้อ) การสนับสนุนกัน (8 ข้อ) และการเรียนรู้ร่วมกัน (6 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความยืดหยุ่นของทีม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การรายงาน (4 ข้อ) การคาดการณ์ (4 ข้อ) การยืดหยุ่น (4 ข้อ) การเรียนรู้ (4 ข้อ) และความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัย (4 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ (4 ข้อ) การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้ (5 ข้อ) ทศนคติต่อการใช้ (5 ข้อ) และความตั้งใจที่จะใช้งาน (6 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การค้นหาความเสี่ยง (7 ข้อ) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (7 ข้อ) การจัดการความเสี่ยง (6 ข้อ) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (5 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00, 0.98, 0.99, 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ส่วนที่ 2–5 เท่ากับ 0.97, 0.96, 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และดำเนินเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการศึกษา จัดทำรหัสแบบสอบถาม แล้วจัดส่งไปยังผู้ประสานงานพร้อมเอกสารชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดระยะเวลาสองสัปดาห์ให้ผู้ประสานงานรวบรวมแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์มายังผู้วิจัยโดยตรง ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้งหมด 226 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อคัดเลือกสมการถดถอยที่ดีที่สุด โดยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (Assumptions) ก่อนใช้ ได้แก่ การแจกแจงปกติของข้อมูล ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปร ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ความแปรปรวนคงที่ และปัญหาความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ ผลการตรวจสอบพบว่า เป็นไปตามเงื่อนไขทุกข้อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.10) อายุเฉลี่ย 36 ปี โดยมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 24.77) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 80.97) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น จำแนกรายด้าน และโดยรวม (n = 226)

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การค้นหาความเสี่ยง	4.15	0.50	สูง
การวิเคราะห์ความเสี่ยง	4.10	0.57	สูง
การจัดการความเสี่ยง	4.01	0.53	สูง
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	3.98	0.71	สูง
รวมทุกด้าน	4.07	0.46	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีมงาน และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก กับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาวะผู้นำร่วมในทีม ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

(ร้อยละ 88.93) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 57.07) มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานปัจจุบันมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 61.06) โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 9.33 ปี ปฏิบัติงานที่หน่วยผู้ป่วยใน (ร้อยละ 37.16) สังกัดโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 (ร้อยละ 39.38) ด้านการฝึกอบรม พบว่า เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (ร้อยละ 61.51) โดยเข้าร่วมอบรมอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 50.35) ส่วนการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ/การทำงานเป็นทีม พบว่า ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 52.22) และผู้ที่เคยรับการอบรมเข้าร่วมอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 55.55) มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีในการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 30.97) และทำงานในทีมพยาบาลขนาด 5-10 คน (ร้อยละ 38.49)

2. ระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ทางคลินิก และความยืดหยุ่นของทีมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ($r = .55$, $r = .58$, $r = .45$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น (n = 226)

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับของความสัมพันธ์
ภาวะผู้นำร่วมในทีม	0.554*	< 0.001	ปานกลาง
ความยืดหยุ่นของทีม	0.452*	< 0.001	ปานกลาง
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	0.582*	< 0.001	ปานกลาง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความสามารถในการร่วมกันทำนายนของภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวพยากรณ์ที่มีอำนาจในการพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพใน

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับ คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Beta = 0.398) และภาวะผู้นำร่วมในทีม (Beta = 0.335) โดยทั้งสองปัจจัยร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ได้ร้อยละ 41.70 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวในสมการพยากรณ์ถดถอยที่เหมาะสมที่สุด

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std.Error	Beta	t	p-value
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	0.353	0.054	0.398	6.502	< 0.001*
ภาวะผู้นำร่วมในทีม	0.293	0.054	0.335	5.462	< 0.001*

F = 79.782 (sig. = < 0.001) Constance = 1.465 (sig. = < 0.001) df = 223

R = 0.646 R² = 0.417 R²_{adj} = 0.412

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุปผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามประเด็นสำคัญที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนว่าพยาบาลมีความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติเป็นระบบสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกที่เน้นระบบวัฒนธรรมความปลอดภัย และการเรียนรู้จากความเสี่ยง ทั้งนี้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นซึ่งมีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก ทรัพยากรและกำลังคนจำกัด แต่มีระบบคุณภาพและการพัฒนางานตามมาตรฐานโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างจริงจัง ดังนั้นแม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่

หากมีระบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการสนับสนุนจากผู้บริหาร และพยาบาลมีความตระหนักด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ก็สามารถดำเนินการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามตัวแปร โดยทั้งสามปัจจัยอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยระดับบุคคล ระดับทีม และระดับองค์กร ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรง

พยาบาลชุมชน สำหรับภาวะผู้นำร่วมในทีม พบว่า การสนับสนุนกันมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การสื่อสารแบบเปิด การตัดสินใจร่วม และการเรียนรู้ร่วมกัน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการกระจายบทบาทผู้นำ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการสื่อสารในทีมส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด Shared Leadership และการศึกษา ที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมกับผลการดำเนินงานของทีมในระดับปานกลางถึงสูง¹⁴ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในระดับปานกลาง¹⁵

ความยืดหยุ่นของทีม พบว่า ความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงมาก รองลงมาคือ การเรียนรู้ การรายงาน การยืดหยุ่น และการคาดการณ์ ตามลำดับ โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้และการคาดการณ์แสดงให้เห็นว่าทีมพยาบาลที่สามารถเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจะบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด High-Reliability Organization (HRO) และ Team Resilience

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ความตั้งใจที่จะใช้งาน ทักษะคิดต่อการใช้ และการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้ ตามลำดับ โดยระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดในการพยากรณ์ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้ในระดับที่เป็นสาระสำคัญ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Technology Acceptance Model (TAM) ที่บอกว่าการใช้ระบบสนับสนุนการตัดสินใจช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจทางคลินิก รวมทั้งการศึกษาก่อนของช่อผกา สระทองพูน และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงและช่วยลดความผิดพลาดทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์

3. ปัจจัยร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหาร

ความเสี่ยงทางคลินิกในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับ คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และภาวะผู้นำร่วมในทีม สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงตัวแปรตามได้ร้อยละ 41.7 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้งสองมีบทบาทสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน การที่ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกเป็นปัจจัยที่เข้าสมการพยากรณ์เป็นลำดับแรก สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีข้อมูล แนวทางปฏิบัติ และเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทันเวลา และสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วย ระบบดังกล่าวช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการตัดสินใจ เพิ่มความแม่นยำในการดูแลรักษา และส่งเสริมให้พยาบาลสามารถบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ สำหรับปัจจัยด้านภาวะผู้นำร่วมในทีมซึ่งเป็นตัวแปรที่เข้าสมการพยากรณ์ในลำดับถัดมา แสดงให้เห็นว่าการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกไม่ใช่ภารกิจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในทีม การมีภาวะผู้นำร่วมช่วยให้พยาบาลเกิดความกล้าในการแสดงความคิดเห็น การรายงานความเสี่ยง และการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่เน้นความสำคัญของการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบในทีม ซึ่งสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพงาน การทำงานเป็นทีม และการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ⁸

สำหรับความยืดหยุ่นของทีมที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ แม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ($r = .45, p < .001$) เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความแปรปรวนที่ความยืดหยุ่นของทีมสามารถอธิบายได้นั้น ถูกอธิบายไปแล้วโดยระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและภาวะผู้นำร่วมในทีม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการที่เน้นว่าความยืดหยุ่นของทีมเป็นผลลัพธ์ของการมีภาวะผู้นำที่ดี และระบบสนับสนุนที่เหมาะสมมากกว่าจะเป็นปัจจัยอิสระที่มีอิทธิพลโดยตรง ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด การมีระบบและโครงสร้างที่ชัดเจน อาจมีความสำคัญมากกว่าความสามารถในการปรับตัวของทีมในระยะสั้น

อย่างไรก็ตาม ความยืดหยุ่นของทีมยังคงเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ไม่คาดคิด โดยสรุป การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยด้านองค์กร (ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก) และปัจจัยด้านกระบวนการทำงานของทีม (ภาวะผู้นำร่วมในทีม) ซึ่งการพัฒนาทั้งสองด้านควบคู่กันจะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวในการพัฒนาและบูรณาการระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเป็นระบบครอบคลุมการจัดหาและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาฐานข้อมูลคลินิก และการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรส่งเสริมภาวะผู้นำร่วมในทีมพยาบาลโดยเปิดโอกาสให้พยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และจัดประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนและเรียนรู้ร่วมกันจากเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมทั้งควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงที่หลากหลาย เช่น ระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดทำกระดาน Safety Dashboard โดยเน้นสร้างความมั่นใจให้พยาบาลกล้าแจ้งเหตุการณ์เสี่ยงได้อย่างเปิดเผย

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพ ควรจัดการอบรมและพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการจำลองสถานการณ์ ควรพัฒนาทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะผู้นำร่วม การสื่อสารในทีม การแก้ปัญหาและตัดสินใจร่วมกัน และการเสริมสร้างความยืดหยุ่นของทีม

3. ด้านการพัฒนาระบบและกลไก ควรนำระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกมาใช้ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการตัดสินใจ ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยและการรักษา และทำให้การปฏิบัติงานรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น ควรพัฒนากลไกการติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดย

กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความรุนแรงของเหตุการณ์ และระยะเวลาในการดำเนินการแก้ไข เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอิสระอื่นๆ เพิ่มเติม เนื่องจากตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพียงร้อยละ 41.7 เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย ภาระงาน อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากผู้บริหาร และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (Outcome measures) เช่น อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ความพึงพอใจและความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการดูแล และต้นทุนทางการแพทย์ เพื่อยืนยันว่าการบริหารความเสี่ยงที่ดีส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจริง

3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และควรศึกษาแบบยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา หรือใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อให้เข้าใจเชิงลึกและนำไปใช้ได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความเอื้อเฟื้ออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณชนก จันทชุม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. สมปรารถนา ดาผา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำ พร้อมทั้งถ่ายทอดความรู้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่สั่งสอนวิชาชีพ อันทรงคุณค่า ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย พร้อมคำแนะนำ หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงาน และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแหล่งทดลองใช้เครื่องมือ ขอบขอบคุณเพื่อนสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล ที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ ท้ายที่สุดนี้ ขออุทิศผลแห่งการศึกษา ประโยชน์ คุณค่า และความดีงามที่เกิดขึ้น

จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ แต่ครอบคลุมอันเป็นที่รักยิ่ง และ ประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณเป็นอย่าง
หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อบกพร่องหรือความผิดพลาด ยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353:i2139
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560–2579. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. อิศพร คณะเจริญ. สถิติคดีทางการแพทย์ 2561–2563 สู่แนวคิดสร้างเครือข่ายจัดระบบป้องกันปญหารวม. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: แพทยสภา; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/11/20529>
4. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):18–26.
5. โรงพยาบาลมัญจาคีรี. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง. จังหวัดขอนแก่น : โรงพยาบาลมัญจาคีรี; 2567.
6. วรัญญา เขยด้อย, วลัยพร จันทร์เอี่ยมศรีธนา, ณัฐเศรษฐสุกุล. การรับรู้ ความตระหนัก และการบริหารจัดการ ความเสี่ยงต่อการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *ว. มหิดล R2R e-Journal* 2566;10(2):68–81.
7. Pearce CL, Conger JA. Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
8. จิรภัฏ ไชยบุบผา, วาโร เฟิงส์สวัสดิ์, วลนิกา ฉลากบาง.องค์ประกอบภาวะผู้นำร่วมของผู้บริหารสถานศึกษา. *ว. Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus* 2567;11(4):193–203.
9. Morgan L, Paucar-Caceres A, Wright G. Leading effective global virtual teams: The consequences of methods of communication. *Systemic Practice and Action Research*. 2014 Dec;27(6):607–624.
10. บุญยรัตน์ ศิลปวิทยาท, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2563;38(2):6–14.
11. Davis FD. A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: theory and results [Doctoral dissertation]. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 1986.
12. Wilson J, Tingle J. Clinical risk modification: a route to clinical governance. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Carson JB, Tesluk PE, Marrone JA. Shared leadership in teams: an investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of Management Journal* 2007;50(5):1217–1234.
15. นุชศรีนทร์ แพงมา, พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข. *ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562;37(2):16–24.

16. ช่อผกา สระทองพูน, วรางคณา จันทร์คง, เอกพล กาละดี. การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพญู จังหวัดนครปฐม. ว. สารานุกรมและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2568;8(1)35-54.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ิง
สังกัดกรมการแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

อินทรา สกุลโชคบุญมา พย.ม*

วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ิง สังกัดกรมการแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 236 คน จากโรงพยาบาลมะเร็ิงอุดรธานีและโรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล การสร้างผลงานวิจัย ทักษะคิดต่อการวิจัย ความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยในการสร้างผลงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพการทำงาน ($AOR = 1.13$; 95% CI: 1.08–1.17; $p < .001$) และทัศนคติต่อการทำวิจัย ($AOR = 2.34$; 95% CI: 1.10–4.99; $p = .028$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสสร้างผลงานวิจัยเพิ่มขึ้น 1.13 เท่า และพยาบาลที่มีทัศนคติเชิงบวกมีโอกาสสร้างผลงานวิจัยมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ 2.34 เท่า แบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติ (Model $\chi^2 = 69.709$, $p < .001$) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 34.2 (Nagelkerke $R^2 = .342$) และมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2 = 8.373$, $p = .398$) ขณะที่ชั่วโมงการทำงาน ความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนจากองค์กร ไม่พบอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมประสิทธิภาพและการพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อการวิจัย เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ การสร้างผลงานวิจัย ทักษะคิดต่อการวิจัย ความเชื่อมั่นในตนเอง โรงพยาบาลมะเร็ิง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลมะเร็ิงอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 11 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 3 เมษายน 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Factors Influencing Research Productivity Among Professional Nurses in Cancer Hospitals Under the Department of Medical Services in Northeastern Thailand

Intra Sakulchocboonma M.N.S.*

Wanchanok Juntachum Ph.D.**

Abstract

This descriptive study aimed to examine factors influencing research productivity among professional nurses in cancer hospitals under the Department of Medical Services in Northeastern Thailand. The sample consisted of 236 professional nurses from Udon Thani Cancer Hospital and Ubon Ratchathani Cancer Hospital, selected using stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire comprising personal factors, research productivity, attitudes toward research, self-efficacy, and perceived organizational support for research. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis.

The findings revealed that work experience (AOR = 1.13; 95% CI: 1.08–1.17; $p < .001$) and attitudes toward research (AOR = 2.34; 95% CI: 1.10–4.99; $p = .028$) were significant predictors of research productivity. For each additional year of work experience, the likelihood of conducting research increased by 1.13 times. Nurses with positive attitudes toward research were 2.34 times more likely to engage in research activities than those with negative attitudes. The logistic regression model was statistically significant (Model $\chi^2 = 69.709$, $p < .001$), explained 34.2% of the variance (Nagelkerke $R^2 = .342$), and demonstrated adequate model fit (Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2 = 8.373$, $p = .398$). Weekly working hours, self-efficacy, and organizational support were not found to have statistically significant effects.

These findings highlight the importance of enhancing professional experience and fostering positive attitudes toward research to promote nurses' participation in research activities, which may contribute to improved nursing quality and sustainable development of healthcare systems.

Keywords: Professional nurses, Research productivity, Attitude toward research, self-efficacy, Cancer hospitals

* Registered Nurse Specialist, Anesthesia Nursing Unit, Udon Thani Cancer Hospital, Udon Thani, Thailand

** Corresponding Author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: March 11, 2026, Revised: April 3, 2026, 2025, Accepted: April 21, 2026

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย และการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเฉพาะทาง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งในด้านคุณภาพการบริการ ความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร และความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการอย่างครอบคลุม องค์การอนามัยโลกจึงได้เน้นย้ำบทบาทสำคัญของการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในฐานะกลไกหลักในการพัฒนาองค์ความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความปลอดภัย และเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน¹

ในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาระบบสุขภาพได้ถูกกำหนดให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ การสร้างองค์ความรู้ใหม่ และการส่งเสริมนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในระบบบริการสุขภาพ แนวนโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นการใช้ผลงาน วิจัยเป็นฐานในการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการระบบสุขภาพในระยะยาว²

การวิจัยทางการแพทย์พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงนโยบายระดับประเทศกับการปฏิบัติงานในระดับหน่วยบริการ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีโอกาสรับรู้ปัญหา ความต้องการ และบริบทการดูแลอย่างรอบด้าน การส่งเสริมให้พยาบาลสามารถผลิตและใช้ผลงานวิจัยได้อย่างเป็นระบบ จะช่วยสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย และตอบสนองต่อความท้าทายของระบบสุขภาพในยุคปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน³

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การทำวิจัยเป็นหนึ่งในสมรรถนะสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นกลไกในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

อย่างเป็นระบบ สนับสนุนการพัฒนางานประจำฐานวิจัย (Routine to Research: R2R) และส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ภายในหน่วยบริการสุขภาพ แนวนโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นให้พยาบาลสามารถใช้กระบวนการวิจัยในการวิเคราะห์ปัญหา พัฒนานวัตกรรม และปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ซึ่งมีลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคอง การตัดสินใจทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะทางและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย การส่งเสริมสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมะเร็งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย ลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ และยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

แม้โรงพยาบาลมะเร็งในสังกัดกรมการแพทย์ จะมีนโยบายและการดำเนินงานส่งเสริมการทำวิจัยทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเสริมสร้างสมรรถนะด้านวิชาชีพของพยาบาล อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และรายงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวนไม่น้อยยังไม่เคยมีผลงานวิจัย หรือไม่สามารถสร้างผลงานวิจัยได้อย่างสม่ำเสมอ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง และเชิงกระบวนการในการดำเนินงานวิจัยในบริบทการปฏิบัติงานจริง สาเหตุสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ภาระงานประจำที่สูงและความรับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ซึ่งส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำวิจัย ความแตกต่างของความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านระเบียบวิธีวิจัย รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในด้านทรัพยากร บุคลากรที่ปรึกษา และระบบพี่เลี้ยงทางวิชาการที่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการดำเนินงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ^{5,6}

การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลากหลายทั้ง

ในระดับบุคคลและระดับองค์กร ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ทักษะต่อการวิจัย ความเชื่อมั่นในตนเอง และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ซึ่งมีบทบาทต่อความพร้อมและความต่อเนื่องในการดำเนินงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านองค์กร เช่น การรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยด้านการวิจัย ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ระบบพี่เลี้ยงทางวิชาการ และบรรยากาศทางวิชาการภายในหน่วยงาน ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้พยาบาลสามารถสร้างผลงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{6,7} ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและการรู้คิด (Social Cognitive Theory) ของ Bandura ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์แบบสามทาง (Triadic Reciprocal Determinism) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการเรียนรู้โดยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลโดยตรงต่อการตัดสินใจเริ่มต้น การคงอยู่ และความสำเร็จของการทำวิจัยในบริบทการพยาบาล⁸

การคัดเลือกตัวแปรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาตัวแปรที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โดยครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์การทำงาน จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ทักษะต่อการสร้างผลงานวิจัย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยในการสร้างผลงานวิจัย ซึ่งมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลมะเร็ง ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะทางและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง⁹

แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะและการมีส่วนร่วมในการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปอย่างแพร่หลาย แต่ยังพบช่องว่างขององค์ความรู้ในบริบทของโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความซับซ้อน ครอบคลุมทั้งระยะการวินิจฉัย การรักษา (เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา) และการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้พยาบาลต้องใช้ความรู้เชิงลึกและทักษะเฉพาะทาง

มากกว่าบริบทโรงพยาบาลทั่วไป งานวิจัยที่ผ่านมาในโรงพยาบาลทั่วไปมักมุ่งเน้นปัจจัยเชิงบุคคลและองค์กรในภาพรวม โดยยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกถึงกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างบริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซับซ้อน กับความสามารถในการพัฒนางานวิจัยของพยาบาล เช่น การะงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตและระยะท้าย การเปลี่ยนแปลงของแนวทางการรักษาอย่างรวดเร็ว และข้อจำกัดด้านเวลาที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

นอกจากนี้ ยังขาดงานวิจัยที่บูรณาการปัจจัยหลายมิติร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์) ปัจจัยด้านองค์กร (เช่น วัฒนธรรมการวิจัย ระบบพี่เลี้ยง การสนับสนุนจากผู้บริหาร) และปัจจัยเชิงระบบ (เช่น การเข้าถึงแหล่งทุน ที่ปรึกษาทางสถิติ และโครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัย) ในบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งโดยเฉพาะ อีกทั้ง ยังมีข้อจำกัดขององค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบหรือโมเดลการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยที่เหมาะสมกับพยาบาลในสถานพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งต้องตอบสนองต่อปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไปที่มีลักษณะผู้ป่วยหลากหลาย แต่ความซับซ้อนเฉพาะทางอาจน้อยกว่า

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการวิจัย การเสริมสร้างสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะทางของโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการพยาบาล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์ทำงาน ชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ทักษะต่อการสร้างผลงานวิจัย ความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมองค์กร ได้แก่ การรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยในการสร้างผลงานวิจัย ที่มีต่อการสร้างผลงานวิจัย ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

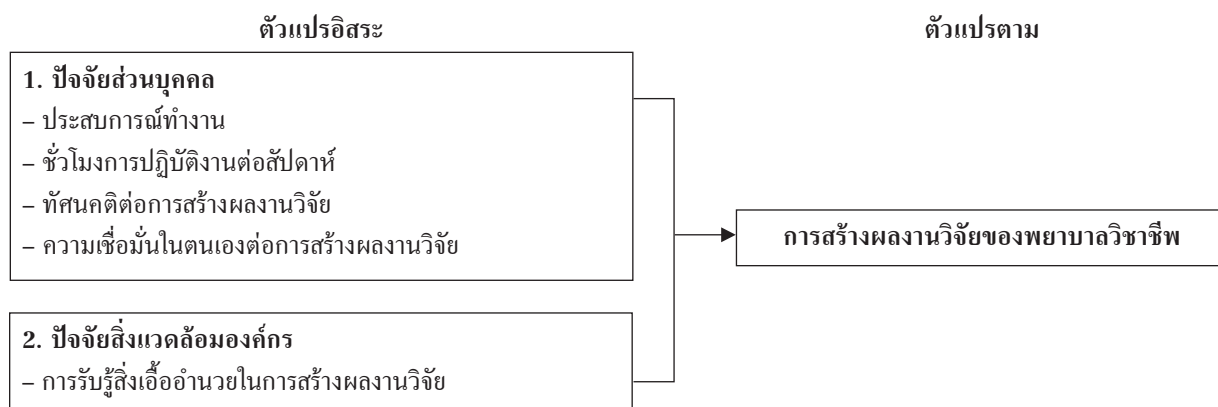
สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ทำงาน ชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ทักษะคิดต่อการสร้างผลงานวิจัย และความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมองค์กร ได้แก่ การรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยในการสร้างผลงานวิจัยสามารถร่วมกันอธิบายการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลมะเร็ิง สังกัดกรมการแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้ Behavioral Determinism Model ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ทฤษฎีปัญญาสังคม ของ Bandura (1986) โดยเชื่อว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของบุคคล จำเป็นต้องพิจารณาทั้งปัจจัยภายในบุคคลและบริบทของสิ่งแวดล้อมร่วมกัน ตัวแปรอิสระ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ิง สังกัดกรมการแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น เข้าข่ายการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยลงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 หมายเลขสำคัญโครงการ HE682156 ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 1578/2567 และได้

ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมองค์กร โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) ระดับการศึกษา 2) จำนวนปีในการทำงาน 3) ชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ 4) ทักษะคิดต่อการสร้างผลงานวิจัย และ 5) ความเชื่อมั่นในตนเองต่อการสร้างผลงานวิจัย ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมองค์กร ได้แก่ การรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยในการสร้างผลงานวิจัย ตัวแปรตามคือ การสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพฤติกรรมการสร้างผลงานวิจัยนี้ถูกกำหนดและมีอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมองค์กรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมตามหลัก Behavioral Determinism Model กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิด โดยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1

รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของทุกโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใดๆ ข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผล ในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามพ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รวมประชากรทั้งสิ้น 294 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.20 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับต่ำ และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ตามแนวทางของ Polit และ Beck¹⁰ พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 197 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ตามข้อเสนอของ Israel¹¹ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 236 คน ทำการสุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งชั้นตามโรงพยาบาลมะเร็ง จำนวน 2 แห่ง แล้วนำรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีการเรียงตามตัวอักษร ในโรงพยาบาล มาทำบัญชีรายชื่อ (Sample frame) โดยให้เลขลำดับแก่หน่วยตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ทำการสุ่มพยาบาลจากแต่ละโรงพยาบาลด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อให้พยาบาลทุกคนในกลุ่มเป้าหมายมีโอกาสถูกเลือกเป็นตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งวิชาการ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน (จำนวนปีที่ทำงาน) และจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสร้างผลงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบเลือกตอบว่า ไม่เคยทำ กับ เคยทำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสร้างผลงานวิจัย จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในตนเองต่อการสร้างผลงานวิจัย จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมองค์กร แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบายและกฎระเบียบ 2) บรรยากาศ

3) วัสดุอุปกรณ์ 4) แหล่งเงินทุนอุดหนุน 5) เวลาและการบริหารเวลา 6) **เครือข่ายวิจัยด้านโรคมะเร็ง** จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาส่วนที่ 3, 4 และ 5 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลมี 5 ระดับ โดยช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับต่ำมาก ถึง 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ดำเนินการโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำสาขาวิชาการศึกษาวิจัยและการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2 ท่าน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี หัวหน้างานวิชาการพยาบาลโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสุ่ม จำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) หาความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม internal consistency ในแบบประเมินส่วนที่ 3-5 ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.81, 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดีถึงดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งเอกสารทั้งหมดซึ่งประกอบด้วยเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม โดยจัดส่งทางไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงาน โดยให้เป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถาม รวมถึงรวบรวมแบบสอบถามและส่งคืนให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 236 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัย (เคยทำผลงานวิจัย, ไม่เคยทำผลงานวิจัย) ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ตัวแปรตามเป็นข้อมูลสองกลุ่ม ความเป็นอิสระของข้อมูล ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระเชิงปริมาณกับโลจิสติกของตัวแปรตาม การไม่เกิดปัญหา multicollinearity ซึ่งตรวจสอบด้วยค่า Variance Inflation Factor โดยกำหนดเกณฑ์ $VIF < 10$ และขนาดตัวอย่างมีความเพียงพอ โดยมีอย่างน้อย 10–20 เหตุการณ์ต่อหนึ่งตัวแปรอิสระในแบบจำลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็่ง สังกัดกรมการแพทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 236 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.5) มีอายุเฉลี่ย 41.75 ปี (S.D. = 8.77) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี (ร้อยละ 41.5) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 53.0) มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 90.7) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 17.96 ปี (S.D. = 9.35) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 37.7) และมีชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 55.44 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (S.D. = 14.53) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 40–50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 52.5)

2. ระดับของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

2.1 ตัวแปรตาม: การสร้างผลงานวิจัยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เคยทำผลงานวิจัย (ร้อยละ 55.5) ขณะที่เคยทำผลงานวิจัย (ร้อยละ 44.5) โดยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยด้านการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาล (ร้อยละ 28.8) รองลงมาคือการวิจัยด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 16.5)

2.2 ตัวแปรอิสระ

ทัศนคติต่อการสร้างผลงานวิจัย อยู่ในระดับสูง

($M = 4.28$, $S.D. = 0.56$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความเชื่อและการรับรู้ทางวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.39$, $S.D. = 0.54$) รองลงมาคือด้านแนวโน้มพฤติกรรมในการทำวิจัย ($M = 4.28$, $S.D. = 0.60$) และด้านความรู้สึกต่อการทำวิจัย ($M = 4.17$, $S.D. = 0.54$)

ความเชื่อมั่นในตนเองต่อการสร้างผลงานวิจัย อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.84$, $S.D. = 0.75$) โดยความเชื่อมั่นในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($M = 3.92$, $S.D. = 0.68$) ขณะที่ความเชื่อมั่นในการออกแบบวิจัย ($M = 3.83$, $S.D. = 0.72$) และความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์และเขียนรายงาน ($M = 3.77$, $S.D. = 0.79$) อยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยในการสร้างผลงานวิจัย อยู่ในระดับสูง ($M = 4.09$, $S.D. = 0.82$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและกฎระเบียบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.32$, $S.D. = 0.58$) รองลงมาคือด้านบรรยากาศ ($M = 4.17$, $S.D. = 0.63$) และด้านเครือข่ายวิจัย ($M = 4.12$, $S.D. = 0.65$) ขณะที่ด้านเวลาและการบริหารเวลามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 3.85$, $S.D. = 0.79$)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์พหุคูณ พบว่า ประสพการณ์ ($AOR = 1.13$, 95% CI: 1.08–1.17, $p < .001$) และทัศนคติต่อการทำงานวิจัย ($AOR = 2.34$, 95% CI: 1.10–4.99, $p = .028$) เป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การทำงานวิจัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อประสพการณ์เพิ่มขึ้น 1 ปี โอกาสในการทำงานวิจัยจะเพิ่มขึ้น 1.13 เท่า (ร้อยละ 12.6) และพยาบาลที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำวิจัยมีโอกาสสร้างผลงานวิจัยมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ 2.34 เท่า (ร้อยละ 134.0) อย่างไรก็ตาม ชั่วโมงการทำงาน ($p = .195$) ความเชื่อมั่นในตนเอง ($p = .105$) และการสนับสนุนจากองค์กร ($p = .084$) ไม่พบความสัมพันธ์กับการทำงานวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโมเดลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์มีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 69.71$, $df = 5$, $p < .001$) แสดงว่าโมเดลที่มีตัวแปรพยากรณ์มีประสิทธิภาพดีกว่าโมเดลที่ไม่มีตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญ โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของการทำงานวิจัยได้ร้อยละ 34.2 (Nagelkerke $R^2 = .34$) และ

มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hosmer-Lemeshow test: $\chi^2 = 8.37$, $df = 8$, $p = .398$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็ิง สังกัดกรมการแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	ค่า p	AOR	95% CI
ประสบการณ์การทำงาน	.119	.020	34.119	< .001*	1.13	1.082 – 1.172
ชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์	-.015	.012	1.679	.195	.98	.963 – 1.008
ทัศนคติต่อการทำวิจัย (รวม)	.851	.386	4.852	.028*	2.34	1.098 – 4.993
ความเชื่อมั่นในตนเอง (รวม)	.498	.307	2.631	.105	1.65	.902 – 3.000
การสนับสนุนจากองค์กร	-.651	.377	2.979	.084	.52	.249 – 1.092

หมายเหตุ: $p^* < .05$ Model $\chi^2 = 69.71$, $df = 5$, $p < .001$ Nagelkerke $R^2 = .34$ Hosmer-Lemeshow test: $\chi^2 = 8.37$, $df = 8$, $p = .398$

วิจารณ์และสรุป

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบรูปแบบจำลองมีความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าไคสแควร์ของแบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติ (Model $\chi^2 = 69.71$, $df = 5$, $p < .001$) และผลการทดสอบ Hosmer-Lemeshow ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 8.37$, $df = 8$, $p = .398$) แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูล นอกจากนี้ ค่า Nagelkerke R^2 เท่ากับ .34 สะท้อนว่าแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 34 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและเป็นที่ยอมรับได้สำหรับการวิจัยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ยังมีความแปรปรวนอีกร้อยละ 65.8 ที่ยังไม่ได้รับการอธิบายจากแบบจำลองนี้ สะท้อนให้เห็นว่ายังมีปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัย เช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ภาวะผู้นำทางวิชาการของหัวหน้างาน วัฒนธรรมองค์กรด้านการเรียนรู้ ระบบให้รางวัลและการยอมรับทางวิชาการทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงวิจัย รวมถึงการเข้าถึงแหล่งวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งควรได้รับการศึกษาในอนาคต

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การทำงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.13, 95% CI = 1.082–1.172, $p < .001$) หมายความว่าเมื่อประสบการณ์การทำงานเพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี โอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยจะเพิ่มขึ้นประมาณ 1.13 เท่า หรือร้อยละ 12.6 ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลที่มี

ประสบการณ์มากมีความเข้าใจบริบทการทำงาน มีทักษะในการแก้ปัญหาเชิงระบบ และมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยมากขึ้น การส่งเสริมประสบการณ์ช่วยให้พยาบาลสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง เข้าใจความซับซ้อนของปัญหา และเห็นความจำเป็นในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Kajermo และคณะ และ Retsas ซึ่งรายงานว่าประสบการณ์และความชำนาญในงานพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์^{12,13} นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิรา ชัชวาลย์ และคณะ ที่พบว่าประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ของไทย⁵ ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญเป็นพิเศษในบริบทของโรงพยาบาลมะเร็ิง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ิงมีลักษณะเฉพาะทางที่ซับซ้อนสูง ครอบคลุมการรักษาหลากหลายรูปแบบทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งต้องการองค์ความรู้เฉพาะทางและการปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การที่พยาบาลผู้มีประสบการณ์มีแนวโน้มทำวิจัยมากขึ้นสะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ิง ซึ่งช่วยให้สามารถระบุช่องว่างทางความรู้และพัฒนานวัตกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยไทยได้

ทัศนคติต่อการทำวิจัยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 2.34, 95% CI = 1.098–4.993, $p = .028$) โดยพยาบาล

ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำวิจัยมีโอกาสมิ่ส่วนร่วมในการทำวิจัยมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบถึง 2.34 เท่า หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.2 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของทัศนคติในฐานะตัวกำหนดพฤติกรรมการทำวิจัยโดยพยาบาลที่มองเห็นคุณค่าของงานวิจัย เชื่อมั่นในประโยชน์ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีแนวโน้มที่จะลงมือทำวิจัย ย่อมมีความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องในการดำเนินงานวิจัยมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ ผลการศึกษานี้ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทัศนคติและการรับรู้คุณค่าของงานวิจัยเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในงานวิจัยของพยาบาล ทัศนคติเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาได้ผ่านการเสริมสร้างความเชื่อมั่น การปรับเปลี่ยนมุมมอง และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากองค์กร^{14,15} ในบริบทของโรงพยาบาลมหาระวัง ทัศนคติเชิงบวกต่อการวิจัยมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลที่มีคุณภาพต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและเหมาะสมกับประชากรไทย การที่พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการวิจัยจะช่วยสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์กร นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย

ในขณะที่ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ไม่พบความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = .98, $p = .195$) ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าภาระงานเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่อุปสรรคหลักต่อการทำวิจัย หากพยาบาลได้รับการสนับสนุนเชิงระบบและมีแรงจูงใจที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่ระบุว่าปัจจัยด้านโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรมักมีอิทธิพลต่อการใช้และการดำเนินงานวิจัยมากกว่าภาระงานโดยตรง¹⁶

สำหรับความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนจากองค์กร แม้จะไม่พบอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลองนี้ ($p = .105$ และ $.084$ ตามลำดับ) แต่ค่าความน่าจะเป็นที่เข้าใกล้ระดับนัยสำคัญสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของความสัมพันธ์ที่ควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติม โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกลไกสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมเชิงวิชาชีพของบุคลากรทางสุขภาพ⁷ อย่างไรก็ตาม การไม่พบความ

สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย กล่าวคือ อาจเกิดจากความแปรปรวนของข้อมูลที่จำกัด โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อมั่นในตนเองใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถแสดงความแตกต่างเชิงสถิติได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังสะท้อนช่องว่างระหว่างการรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติจริง (intention-behavior gap) ซึ่งบ่งชี้ว่าระบบสนับสนุนในองค์กรยังไม่สามารถแปลงศักยภาพภายในของพยาบาลไปสู่พฤติกรรมการทำวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของการสนับสนุนจากองค์กร ผลการศึกษานี้ อาจสะท้อนความแตกต่างระหว่างการรับรู้และประสบการณ์จริง โดยพยาบาลที่ยังไม่เคยทำวิจัยอาจมีการรับรู้เชิงบวกต่อการสนับสนุนจากองค์กรตามนโยบายหรือการสื่อสารภายใน ขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำวิจัยอาจรับรู้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจริง เช่น ภาระงาน เวลา และทรัพยากรที่จำกัด ส่งผลให้ตัวแปรดังกล่าวไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในแบบจำลอง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลบางส่วนสามารถสร้างผลงานวิจัยได้แม้ในสภาพแวดล้อมที่มีข้อจำกัดด้านการสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นผลจากแรงจูงใจภายในและทัศนคติเชิงบวกต่อการทำวิจัยเป็นสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นทั้งการเสริมสร้างปัจจัยภายในและการออกแบบระบบสนับสนุนที่สามารถเชื่อมโยงศักยภาพไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพการทำงาน และทัศนคติต่อการทำวิจัย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่จำนวนชั่วโมงการทำงาน ความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนจากองค์กรยังไม่แสดงอิทธิพลอย่างชัดเจนในแบบจำลองการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายด้านการบริหารการพยาบาลที่มุ่งเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการทำวิจัย ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพและประสบการณ์ด้านการวิจัยของพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการสร้างผลงานวิจัยและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืนในองค์กรบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำวิจัย แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน

และทักษะ องค์การจึงควรพัฒนาระบบสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งมี ความซับซ้อนสูง โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การจัดสรรเวลาและภาระงาน

ผู้บริหารควรกำหนดนโยบาย “เวลาเพื่อการวิจัย” เป็นส่วนหนึ่งของเวลาปฏิบัติงาน เช่น 4–8 ชั่วโมงต่อเดือน หรือปรับลดภาระงาน 20–30% ในช่วงดำเนินโครงการวิจัย โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีภาระดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะวิกฤต หรือระยะท้าย รวมถึงส่งเสริมการทำวิจัยเป็นทีม (3–5 คน) เพื่อลดภาระรายบุคคลและเพิ่มโอกาสสำเร็จ

2. การพัฒนาทักษะการวิจัยแบบเป็นขั้นตอน

ควรจัดโปรแกรมฝึกอบรมระยะสั้น (8–16 ชั่วโมง) ที่เน้นการเรียนรู้จากปัญหาทางคลินิกจริง เช่น การตั้งคำถาม วิจัย การเลือกวิธีวิจัยที่เหมาะสม การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการเขียนโครงร่างวิจัย ควบคู่กับการจัด Journal Club อย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างทักษะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทผู้ป่วยมะเร็ง

3. ระบบที่เอื้อต่อการวิจัย

ควรพัฒนาระบบที่เอื้อที่มีโครงสร้างชัดเจน โดยเน้น กลุ่มพยาบาลที่มีทัศนคติเชิงบวกแต่ประสบการณ์ยังน้อย ให้ได้รับการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่การพัฒนาโจทย์วิจัย จนถึงการเผยแพร่ผลงาน พร้อมแต่งตั้งผู้ประสานงานวิจัย เพื่อเชื่อมโยงกับผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพงานวิจัย

4. การสร้างแรงจูงใจและวัฒนธรรมการวิจัย

ควรบูรณาการผลงานวิจัยเข้ากับระบบประเมินผลและความก้าวหน้าในวิชาชีพ พร้อมทั้งยกย่องเชิดชูผลงานอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัด Nursing Research Day การนำเสนอผลงาน และการสนับสนุนการเผยแพร่ในเวทีวิชาการ ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจและวัฒนธรรมการวิจัยที่ยั่งยืน

การดำเนินการควรเริ่มจากมาตรการที่ใช้ทรัพยากรต่ำ แต่มีผลกระทบสูง เช่น การจัดสรรเวลาและระบบที่เอื้อ ก่อนขยายไปสู่การพัฒนาโครงสร้างสนับสนุนที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการแปลงทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลให้เป็น พฤติกรรมการทำวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการสร้างผลงานวิจัย การวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจอธิบายความแปรปรวนที่เหลืออีกร้อยละ 65.8 เช่น แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาเชิงวิจัย ภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากหัวหน้างาน คุณภาพของระบบที่เอื้อทางวิชาการ วัฒนธรรมองค์กรด้านการเรียนรู้ ระบบให้รางวัลและการยอมรับ และโอกาสในการเข้าร่วมเครือข่ายวิจัย

2. ควรศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพจากหลายระดับ บริการหรือหลายสังกัด เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย รวมถึงเปรียบเทียบบริบทองค์กรที่แตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลต่อการสร้างผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสานมาใช้ เพื่ออธิบายเหตุผลเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้สิ่งเอื้ออำนวยในการทำวิจัย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจกลไกและบริบทของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำวิจัยของพยาบาลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการออกแบบและประเมินผลโปรแกรมหรือรูปแบบการส่งเสริมการทำวิจัย เช่น โปรแกรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองด้านการวิจัย หรือระบบที่เอื้อทางการวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซงในการเพิ่มการสร้างผลงานวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งตลอดกระบวนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่กรุณาอนุมัติและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้คำปรึกษาและส่งเสริมการดำเนินงานด้านการวิจัยด้วยความเมตตา

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็ิง อำนาจความสะดวก และสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล สังกัดกรมการแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. Geneva: WHO; 2023.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการพยาบาล. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2567.
4. นพวรรณ รื่นแสง, วรวรรณ สโมสรสุข. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการส่งเสริมการดำเนินโครงการวิจัยของผู้รับทุนสนับสนุนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ว. วิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2559;11(3):207–218.
5. เยาวเรศ ก้านมะลิ, นิตยา ดาวเจริญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผลิตผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ว. โรงพยาบาลมหาสารคาม 2563;17(1):149–160.
6. Yoo JY, Kim JH, Lee SH. Organizational support and research productivity among clinical nurses. Journal of Nursing Management 2021;29(5):1234–1242.
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
8. อภิษฎา อารีเอื้อ. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. ว. สิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567;9(4):431–436.
9. สมใจ ศิริกมล, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล. กลไกการวิจัยและนวัตกรรม: กรณีศึกษาการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ. ว. วิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565;38(1):24–33.
10. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
11. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 11th ed. New York: Wiley; 2018.
12. Tuppal CP, Vega PD, Gallardo Ninobla MMG, Reñosa MD, Al-Battashi A, Arquiza G, et al. Revisiting the barriers to and facilitators of research utilization in nursing: A systematic review. Nurse Media J Nurs 2019;9(1):90–102.
13. Wenke R, Mickan S, Bisset L. What influences allied health research capacity. BMC Health Serv Res 2017; 17:1–15.
14. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. Nurses' evidence-based practice beliefs and implementation: a systematic review. Worldviews Evid Based Nurs 2016;13(5):321–330.
15. Mathieson K, Grande G, Luker K. Implementation of evidence-based practice in nursing: a systematic review. Int J Nurs Stud 2019; 91:64–76.
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมกายบริหารต่อการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม

โยธกา ภาคิ พย.ม.*,
ศุภธากรณ์ มะหุวรรณ พย.บ*,
ปัญญาลี ศิริพงษ์พันธ์ พย.บ*,
ปิยาณี นักบุญ ส.ด.**
อภิชาติ สกลชาติรุ่งโรจน์ พท.บ.***,
ศศิธร ทรัพย์มูล พท.บ.***
ณัฐยานี โคตรปัญญา วท.บ.***

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวัน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกายบริหารต่อการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ วิธีการวิจัย โดยวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง สถานที่ศึกษาแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ จำนวน 45 ราย อายุ 18 ปีขึ้นไป ตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2-3 ที่มีอาการปวดหลัง โดยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติท่าบริหารกาย การปรับอิริยาบถ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ดำเนินกิจกรรมรวม 4 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยพยาบาลและแพทย์แผนไทย การวัดผล ข้อมูลทั่วไป ความแปรปรวนรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านแรงจูงใจ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการตัดสินใจด้านสุขภาพ และระดับอาการ ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยสถิติ paired t-test เปรียบเทียบค่าคะแนน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการตัดสินใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับอาการปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สรุปโปรแกรมกายบริหารที่บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรนำไปประยุกต์ใช้ในงานบริการฝากครรภ์ขอเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้นำผลโปรแกรมกายบริหาร ไปใช้ในการให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และลดอาการปวดหลังในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ ปวดหลังส่วนล่าง โปรแกรมกายบริหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ผู้รับผิดชอบบทความ

*** แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

Effect of an exercise program on Low Back Pain Among Pregnant Women at Nakhon Phanom Hospital

Yothaga Phakee M.N.S.*,

Supathaporn Mahuwan B.N.S.*

Panchalee Siripongpan B.N.S.*,

Piyanee Nukbun Dr.P.H.**

Apichat Sakulchatrunroj B.TM. ***,

Sasithon Sapmool B.TM. ***

Nattayanee Kotepanya B.Sc.***

Abstract

Low back pain is a common problem among pregnant women, adversely affecting their quality of life and daily functioning. This study aimed to examine the effects of an exercise program on low back pain among pregnant women. A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was employed. The research was executed at the antenatal care clinic of Nakhon Phanom Hospital. The sample consisted of 45 pregnant women aged 18 years and older, in their second to third trimesters, who experienced low back pain. The intervention included health education, exercise training, posture adjustment, and avoidance of risk factors. The program was delivered in four sessions, each lasting 45 minutes, by nurses and Thai traditional medicine practitioners. Data collection included general information, health literacy, and motivational literacy. Descriptive statistics (mean and standard deviation) were used, and paired t-tests were conducted to compare mean scores of knowledges, health decision-making behaviors, and pain levels before and after the intervention.

The results showed that after the intervention, participants had significantly higher mean scores in knowledge and health decision-making behaviors ($p < .001$) and significantly reduced levels of low back pain. In conclusion, an exercise program integrated with health literacy effectively enhances self-care behaviors and reduces low back pain in pregnant women. It is recommended for implementation in antenatal care services to promote health behaviors and alleviate low back pain.

Keywords: Pregnant women, Low back pain, Exercise program, Health literacy

* Professional nurse, at Nakhon Phanom Hospital

** Lecturer, Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

*** Professional Thai Traditional Medicine, at Nakhon Phanom Hospital

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการทางชีววิทยาที่มีความสำคัญต่อการดำรงเผ่าพันธุ์และการพัฒนาสังคม องค์การอนามัยโลกกำหนดให้สุขภาพมารดาและทารกเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมุ่งลดอัตราการตายของมารดาให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ภายในปี ค.ศ. 2030 สะท้อนถึงความสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระดับสากล¹ ในประเทศไทย การดูแลหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญมากขึ้นจากสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุและอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้มีการคลอดที่ปลอดภัยและทารกมีคุณภาพจึงเป็นวาระสำคัญของประเทศ² หญิงตั้งครรภ์จัดเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดประการหนึ่งคืออาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งมักเกิดในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว การเปลี่ยนจุดศูนย์ถ่วง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่ลดลง^{3,4} การศึกษาทั้งในและต่างประเทศรายงานว่า ความชุกของอาการปวดหลังในหญิงตั้งครรภ์อยู่ระหว่างร้อยละ 40–70 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลัง ได้แก่ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และประวัติการปวดหลังในอดีต^{5,6,7} หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาการปวดหลังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด⁸ ข้อมูลจากโรงพยาบาลนครพนมพบว่า อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในหญิงตั้งครรภ์ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา⁹ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลและป้องกันอาการดังกล่าวในบริบทพื้นที่ แม้จะมีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับอาการปวดหลังในหญิงตั้งครรภ์ แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นปัจจัยด้านชีวภาพหรือพฤติกรรมเพียงบางส่วน ยังขาดการศึกษาเชิงองค์รวมที่บูรณาการปัจจัยด้านชีวภาพ พฤติกรรม และสังคมร่วมกัน โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดนครพนม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จะช่วยให้บุคคลเกิดทักษะทางปัญญาและสังคม ที่ช่วยให้บุคคลสามารถ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ได้อย่าง

เหมาะสม และใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวมุ่งพัฒนาความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดการอาการปวดหลังได้¹⁰

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำกรอบแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้อย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองในการบรรเทาอาการปวดหลังของหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับการดำเนินการระหว่างสถานศึกษาและโรงพยาบาลนครพนม มีความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดอาการปวดหลังและเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนครพนมมีบทบาทสำคัญทั้งในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระดับภูมิภาค และเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยร่วมกันระหว่างสถานศึกษาและสถานฝึกจึงช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ยกกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะวิชาชีพของนักศึกษาและบุคลากรทางการพยาบาล อย่างไรก็ตาม แผนกฝากครรภ์ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ อัตราค่าลงทะเบียนที่ไม่เพียงพอ ภาระงานสูง และข้อจำกัดด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ ส่งผลให้การเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการฝึกทักษะการบริหารกายเพื่อลดอาการปวดหลัง โปรแกรมสุขภาพที่บูรณาการให้ความรู้ควบคู่กับการปฏิบัติจริง ร่วมกับการดูแลตามแนวทางแพทย์แผนไทย โดยมีเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมกับแผนกฝากครรภ์ การให้สุขภาพในรูปแบบที่ผสมผสานการเรียนรู้และการปฏิบัติจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด

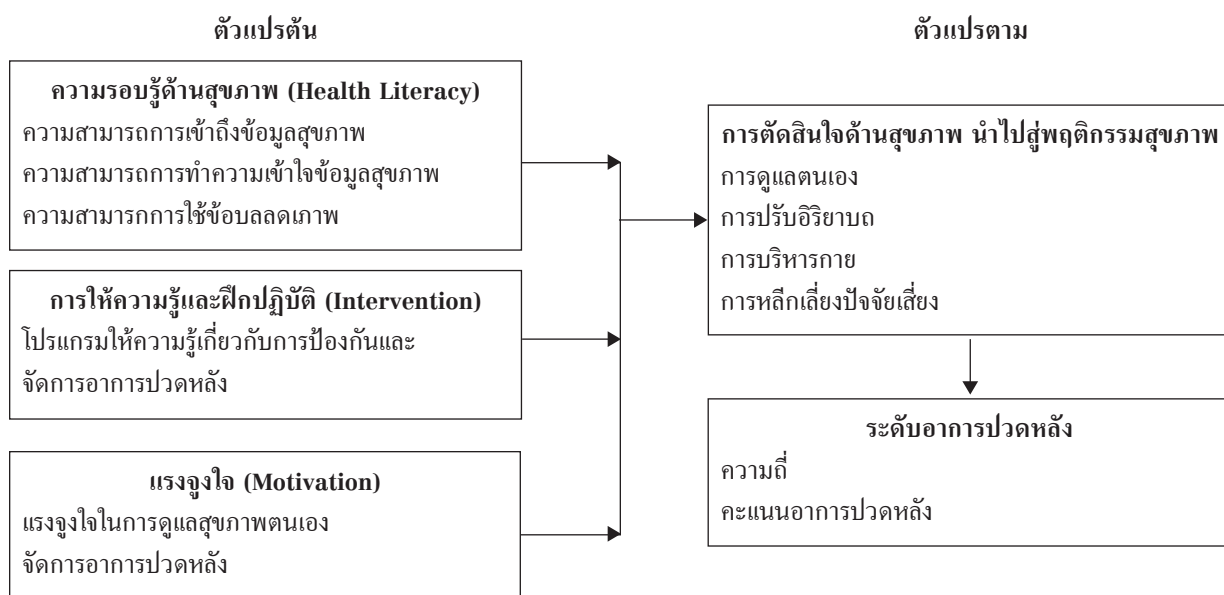
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหาร
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับโปรแกรมการบริหาร
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการตัดสินใจด้านการดูแลตนเอง การปรับอิริยาบถ การบริหารกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดย Nutbeam¹⁰ “ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี” อธิบายว่า การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคม ที่ช่วยให้บุคคลสามารถ เข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม และใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวมุ่งพัฒนาความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดการอาการปวดหลัง โดยเน้นการ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (quasi-Experimental research) ศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารต่อการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 โปรแกรมการบริหารที่บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ร่วมกับพยาบาลและแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบ เอกสารแผ่น

สร้างแรงจูงใจและการตัดสินใจที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน จึงนำไปสู่การพัฒนา โปรแกรมป้องกันอาการปวดหลังสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการบูรณาการทั้งการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง ลดอาการปวดหลัง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อพัฒนาความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดการปวดหลัง นำไปสู่พฤติกรรมที่ยั่งยืน จากกระบวนการตัดสินใจที่เพิ่มแรงจูงใจจาก Health Literacy ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดได้ดังนี้

พับ และการบรรยายแบบมีส่วนร่วม เรื่องสาเหตุและการป้องกันอาการปวดหลัง หลักการปรับอิริยาบถ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

2. การฝึกปฏิบัติ รูปแบบ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มย่อย 5-10 คน ความถี่ 4 ครั้ง ในเวลาอันมาฝากครรภ์ตามช่วงอายุครรภ์ ในระหว่างที่เข้ามารับการฝากครรภ์ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ระหว่าง 12 สัปดาห์ หรือการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 45 นาที

ลักษณะท่าบริหาร ประกอบด้วย ท่าที่ 1 ท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง หายใจล้างปอด 1-2 ครั้ง กระดกเท้าทั้งสอง

ขึ้นลงสลับกันทำ 4–5 ครั้ง ทำที่ 2 โกงโค้งลำตัว แ่นหลัง ยกตัวสลับขึ้นลงซ้ำ พร้อม หายใจเข้า–ออกลึกๆ ทำ 4–5 ครั้ง ทำที่ 3 ยืนแอ่นหลังยกไหล่ บิดไหล่ ลงซ้ำ ๆ พร้อม หายใจเข้า–ออกลึก ๆ ทำ 4–5 ครั้ง ทำที่ 4 นั่งโน้มตัวไปข้างหน้า เขยิบขาไปข้างหน้า และถอยแขนกลับ พร้อมกลับ ยกตัวขึ้น ทำ 2–3 ครั้ง ทำที่ 5 ท่าฟอนคลายกล้ามเนื้อ หายใจล่างปอด 1–2 ครั้ง หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ซ้ำ ๆ แล้วผ่อนลมออกทางปาก 2 ครั้ง

การให้ความรู้พยาบาลแผนกฝากครรภ์ พยาบาลห้องคลอด แพทย์แผนไทย และ การฝึกปฏิบัติทำบริหารโดย แพทย์แผนไทย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ โดยการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิด้านอื่น การรักษาความลับข้อมูลผู้เข้าร่วมโดยจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยและไม่เปิดเผยข้อมูลไม่ได้รับอนุญาต รวมทั้งต้องคำนึงถึงประโยชน์ ผู้เข้าร่วม รวมครบถ้วนของข้อมูล และได้รับความยินยอมอย่างเต็มที่ อย่างเป็นธรรมและเคารพในสิทธิของผู้เข้าร่วม โดยไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของผู้เข้าร่วม โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เอกสารรับรองเลขที่ NP-EC-No 2/2567 ลงวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก G*Power 3.1.9.7 Test family = t tests Mean: Difference from constant (one sample case) Effect size d 0.5 ระดับความเชื่อมั่น $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ $(1 - \beta)$ เท่ากับ 95% คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 45 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. อายุครรภ์ ≥ 13 สัปดาห์ไม่เกิน 35 สัปดาห์
3. ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดด้วยการสอนสุศึกษาที่แผนกฝากครรภ์ สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน

และสื่อสาร ภาษาไทยได้

4. มีคะแนนอาการปวดหลังตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนหญิงตั้งครรภ์ มีอาการหรือปัจจัยเสี่ยงดังนี้ มีเลือดออกจากช่องคลอด มีภาวะเหนื่อยอย่างเต็มที่ มีนั้ศีรษะ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เป็นลม หน้ามืด ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนล้า ปวดท้อง / น่อง บวม มีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มีประวัติเคยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกคินน้อยลง น้ำคร่ำแตก ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหัวใจ มากกว่าระยะที่ 1 ความดันโลหิตสูง มากกว่า 130/90 mmHg ร่วมกับมีอาการผิดปกติของภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผลข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สรุปประเมินผลการวิจัย

เกณฑ์อาสาสมัครวิจัยเลิกจากการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจถอนตัวได้ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย และไม่มีผลต่อการดูแลรักษา

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามความคิดเห็น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนา ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Likert scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดที่ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบตามระดับความเห็นหรือพฤติกรรม โดยมีระดับให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ “ใช่แน่นอน”, “ใช่”, “ไม่แน่ใจ”, “ไม่ใช่”, และ “ไม่ใช่แน่นอน” เป็นแบบปลายปิดมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

2. การประเมินอาการปวดหลัง ใช้ Visual Analog Scale (VAS) ลักษณะ: เส้นตรง 10 เซนติเมตร คะแนน 0 = ไม่ปวด คะแนน 10 = ปวดมากที่สุดทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง

นอกจากนั้นประกอบด้วยโปรแกรมการบริหารต่อการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติสำหรับหญิงตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เป็นเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ
2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ
3. การให้ความรู้ จำนวน 5 ข้อ และการฝึกปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ
4. แบบสอบถามแรงจูงใจ ประกอบด้วยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ การจัดการอาการปวดหลัง จำนวน 5 ข้อ
5. แบบสอบถามการตัดสินใจด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลตนเอง จำนวน 5 ข้อ การปรับอิริยาบถ จำนวน 5 ข้อ การบริหารกาย จำนวน 5 ข้อ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถาม แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการตัดสินใจด้านสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนเต็ม 5 ดังนั้น คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด จำนวนระดับ¹¹ การแปลผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลระดับ
4.21 – 5.00	หมายถึง ระดับการรับรู้ มากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง ระดับการรับรู้ มาก
2.61 – 3.40	หมายถึง ระดับการรับรู้ ปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง ระดับการรับรู้ น้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง ระดับการรับรู้ น้อยที่สุด

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านฟื้นฟูกายภาพบำบัด และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีแพทย์ โดยตรวจสอบ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามดังนี้ นำมาทดสอบค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา IOC = 0.75 – 0.86 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ที่ผ่าน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วโดยนำไป

ทดลอง ใช้กับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 1. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 0.75 2. การรับรู้ความรุนแรงเมื่อมีอาการปวดหลัง 0.73 3. การให้ความรู้ จำนวน 5 ข้อ และการฝึกปฏิบัติ 0.77 4. แบบสอบถามแรงจูงใจ 0.80

การวัดผล

1. สถิติเชิงพรรณนา ในข้อมูลทั่วไป ความแปรปรวนรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านแรงจูงใจ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test เปรียบเทียบก่อน-หลัง การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนใช้ paired t-test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = 0.06$) จึงใช้สถิติ paired t-test ส่วนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการตัดสินใจด้านสุขภาพ และระดับอาการของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยสถิติ paired t test เปรียบเทียบค่าคะแนน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 ราย อายุเฉลี่ย 27.55 ปี อายุครรภ์โดยเฉลี่ย 27.33 สัปดาห์ ประวัติการตั้งครรภ์อายุครรภ์ส่วนใหญ่ ไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 66.67 และ ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 33.33 ประวัติการแท้ง ส่วนใหญ่เคยแท้งและขูดมดลูกร้อยละ 51.11 เคยมีประสบการณ์คลอดปกติ ร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมสร้อยละ 97.78 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ อาชีพแม่บ้านร้อยละ 53.33 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 17.78 การกังวลเรื่องรายจ่ายค่าครองชีพในครอบครัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.33 รองลงมาร้อยละ 37.78 กังวลเรื่องค่าครองชีพในครอบครัว สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 64.44 รองลงมาคือ ประกันสังคมร้อยละ 31.11 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.33 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15.56 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 97.78

ค่าเฉลี่ยความรู้แต่ละด้านดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ความแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ความสามารถการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	3.251	0.349	ปานกลาง
ความสามารถการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.059	0.808	ปานกลาง
ความสามารถการใช้ข้อมูลสุขภาพ	3.451	0.498	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.253		ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านแรงจูงใจ			
แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง	3.262	0.977	ปานกลาง
จัดการอาการปวดหลัง	3.382	0.408	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยรวมแรงจูงใจ	3.222		ปานกลาง

ผลการศึกษาจากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.253$) โดยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเดียวกัน และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและจัดการอาการปวดหลังอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 3.222$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองและจัดการอาการปวดหลังในระดับที่เหมาะสมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกายบริหาร

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการตัดสินใจด้านสุขภาพ และระดับอาการ ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	(n = 45)		(n = 45)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การตัดสินใจด้านสุขภาพ						
การดูแลตนเอง	3.124	0.405	3.693	0.405	6.118	< .001*
การปรับอิริยาบถ	3.146	0.299	3.906	0.573	10.887	< .001*
การบริหารกาย	1.502	0.300	2.964	0.273	-25.587	< .001*
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	2.986	0.492	3.773	0.492	11.096	< .001*
ความรู้	0.613	0.145	0.840	0.126	10.739	< .001*
การปวดหลัง						
ระดับอาการปวดหลัง	4.622	1.369	4.00	1.066	3.972	< .001*
ความถี่ของการปวดหลัง	2.533	0.726	2.444	0.724	1.430	0.159

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการตัดสินใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) ขณะที่ระดับอาการปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความถี่ของ

การปวดหลังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์และสรุป

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกายบริหารสามารถลดระดับอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลจากการปฏิบัติตามโปรแกรมกายบริหาร จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบริเวณตะโพกและพื้นเชิงกราน และระบบโครงสร้างของร่างกายเกิดความสมดุล ไม่เกิดภาวะหลังแอ่น รวมทั้งลดแรงกดตามแนวแกนของกระดูกสันหลังที่ทำให้เกิดการบีบอัดของหมอนรองกระดูกสันหลัง และลดแรงกดต่อกระดูกเชิงกราน ซึ่งสามารถช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการจัดการอาการปวดหลังอย่างมีประสิทธิภาพ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ meta-analysis พบว่าการผสมผสานการออกกำลังกายกับการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวในการลดความปวดและความพิการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลัง ปวดเชิงกราน¹² อย่างไรก็ตาม หลังได้รับโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติ พบว่าความรู้และพฤติกรรมการตัดสินใจด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง การปรับอิริยาบถ การบริหารกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบโปรแกรมโดยอาศัยกรอบแนวคิด Health Literacy สามารถเสริมสร้างทักษะทางปัญญาและสังคมของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 วันต่อสัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ 17 จนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ พบลดอาการปวดหลังและปวดต้นขา ดีกว่ากลุ่มควบคุม¹³ งานวิจัยแบบ randomized controlled trial ศึกษาผลของ Pilates exercise ในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 ที่มีอาการปวดหลังและเชิงกราน จำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 17 ราย โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม

Pilates 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที นาน 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า Pilates exercise ช่วยลดความปวด ทำให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และปรับปรุงคุณภาพการนอนได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ นอกจากนั้น การศึกษาโปรแกรมการบริหารลดเกร็งกล้ามเนื้อ ลดความปวดหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาแบบทดลองและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในประเทศฝรั่งเศส ระหว่างมกราคม 2019 ถึงสิงหาคม 2020 มีผู้เข้าร่วม 60 ราย ศึกษาผลของโปรแกรม Stretching Postural นาน 8 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่ำที่มีอาการปวดหลัง พบว่าระดับความปวดเฉลี่ยที่ 8 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และคุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยไม่พบผลข้างเคียง¹⁵ ระดับอาการของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นตามอายุครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis พบว่าความชุกของอาการปวดหลังในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 40.5 (95% CI: 33–48.4) โดยแยกตามไตรมาสพบว่า ไตรมาสแรกมีความชุกร้อยละ 28.3 ไตรมาสที่สองร้อยละ 36.8 และไตรมาสที่สามร้อยละ 47.8 PubMed การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจาก 28 การศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 12,908 คน³ นอกจากนั้นการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวโปแลนด์ 1,510 คน พบว่าร้อยละ 54.4 มีอาการปวดหลังระหว่างตั้งครรภ์ โดยปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวดได้แก่ ท่านอน/นอนหลับร้อยละ 49.6 การนั่งร้อยละ 38.7 และการเดินร้อยละ 37.2 ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยวัดโดย VAS อยู่ที่ 5.59 ± 1.72 โดยอาการเริ่มปรากฏเฉลี่ยที่อายุครรภ์ 26.8 ± 7.6 สัปดาห์¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาในตุรกีกับหญิงตั้งครรภ์ 400 คน พบความชุกของการปวดหลังร้อยละ 75.3 โดยระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยจาก VAS อยู่ที่ 4.91 ± 1.88 และพบว่าอาการมักเกิดในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 85.5 บริเวณเอว ร้อยละ 45.5⁵ นอกจากนั้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานว่า การผสมผสานระหว่างการออกกำลังกายและการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวในการลดอาการปวดและความพิการในหญิงตั้งครรภ์¹⁷ แม้ว่าการวิจัยนี้ไม่ได้ประเมินความพิการหรือความกลัวการเคลื่อนไหวโดยตรง แต่การเพิ่มขึ้นของความรู้และพฤติกรรมการตัดสินใจด้านสุขภาพ อาจเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การลดอาการปวดและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้

ด้วยกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และนำไปสู่การลดอาการปวดหลังในที่สุด การเสริมแรงจิตใจในการดูแลสุขภาพและการจัดการอาการปวดหลัง ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่เน้นการพัฒนาความสามารถเชิงหน้าที่ เชิงปฏิสัมพันธ์ และเชิงวิพากษ์ด้านสุขภาพในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า ระดับอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มความรู้ แรงใจ และการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลโดยตรงต่อการลดอาการปวดหลัง ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Targets of Sustainable Development Goal 3. Geneva: World Health Organization; [Internet]. 2023 [cited 2023 March 8]. Available from: <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals/targets-of-sustainable-development-goal-3>
2. The Nation Thailand. Thailand to encourage families to have more children [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: The Nation Thailand; 2024 Feb 27 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationthailand.com/thailand/policies/40035928>
3. Salari N, Mohammadi A, Hemmati M, Hasheminezhad R, Kani S, Shohaimi S, et al. The global prevalence of low back pain in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2023;23(1):830.
4. Yurdakul OV, Beydoan E, & Yilmaz Yalçinkaya E. (2019). Effects of physical therapy agents on pain, disability, quality of life, and lumbar paravertebral muscle stiffness via elastography in patients with chronic low back pain. Turkish journal of physical medicine and rehabilitation 2019;65(1):30–39.
5. Berber MA, Satilmis IG. Characteristics of low back pain in pregnancy and effects on quality of life. Pain Manag Nurs. 2020;21(6):579–86.
6. Firtina S, Tuncer HA. Risk factors of low back pain during pregnancy. Ginekol Pol 2021;92(10): 714–719.
7. Boonpradit R, Sudsaneha W, Khuancharee K, Raungrongmorakot K. Association of low back pain beyond mid-pregnancy with maternal physical activity prior to pregnancy. J Health Sci Med Res 2024;42(5):e20241047.

ประโยชน์ของการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง ซึ่งไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากลดความแตกต่างด้านการบริการทางการแพทย์ และต้องการให้การดูแลอย่างเท่าเทียมกัน จึงอาจมีข้อจำกัดในการอธิบายผลที่ได้ผลลัพธ์ความแตกต่างของกลุ่มจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

1. ผลการวิจัยนี้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับการป้องกันและจัดการอาการปวดหลังในหญิงตั้งครรภ์
2. การวิจัยร่วมระหว่างแหล่งฝึกและสถาบันการศึกษาช่วยส่งเสริมความร่วมมือ พัฒนาคุณภาพการพยาบาล และเพิ่มศักยภาพวิจัยพยาบาลวิชาชีพ ควรจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อบูรณาการผลวิจัยสู่การปฏิบัติ สร้างมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Back pain during pregnancy [Internet]. 2023 [cited 2023 March 8]; Available from: <https://www.acog.org>
9. แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครพนม . บันทึกเวชระเบียนหญิงฝากครรภ์. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2565.
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3): 259–67.
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice–Hall; 1977.
12. Díez–Buil Á, Marcos–Antón S, Leirós–Rodríguez R, Hernandez–Lucas P, & Echeverría–García O. Effects of the combination of exercise and education in the treatment of low back and/or pelvic pain in pregnant women: Systematic review and meta–analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2024;164(1):56–68.
13. Aparicio VA, Jiménez NM, Alemany MF, Aranda P. Effects of a concurrent exercise training program on low back and sciatic pain and pain disability in late pregnancy. *Scand J Med Sci Sports* 2023;33(7):1201–10.
14. Yıldırım P, Basol G, Karahan AY. Pilates–based therapeutic exercise for pregnancy–related low back and pelvic pain: a prospective, randomized, controlled trial. *Turk J Phys Med Rehabil* 2023;69(2):207.
15. Clouqueur E, Ramanah R, Meunier M, Clavel T, Eboué C, Vidal C, et al. Standardized Stretching Postural postures to treat low–back pain in pregnancy: The GEMALODO randomized clinicaltrial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 2023;5(9):101052.
16. Bryndal A, Majchrzycki M, Grochulska A, Glowinski S, Seremak–Mrozikiewicz A. Risk factors associated with low back pain among a group of 1510 pregnant women. *J Pers Med* 2020; 10(2):51.
17. Díez–Buil H, Hernandez–Lucas P, Leirós–Rodríguez R, Echeverría–García O. Effects of the combination of exercise and education in the treatment of low back and/or pelvic pain in pregnant women: systematic review and meta–analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2024;164(3):811–822.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์
โรงพยาบาลขอนแก่น

ธมนวรรณ ธาราสมบัติ พย.ม*

สมปรารถนา ดาผา ปร.ด**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์เพียร์สันและแบบพหุการณ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่นทุกระดับ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00, 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.73 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.60) 2) ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ ต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ($p > 0.05$) 3) ปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.83$, $r = 0.78$ ตามลำดับ, $p < 0.001$) ด้านคุณภาพของสารสนเทศ และด้านคุณภาพของระบบ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.61$, $r = 0.56$ ตามลำดับ, $p < 0.001$) ต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น และ 4) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านองค์กร สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้ร้อยละ 78 ($R^2 = 0.78$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้บริหารทางการแพทย์ การตัดสินใจ

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
E-mail: tthamonwan@kkumail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

E-mail: Somdapa@kku.ac.th

รับบทความ: 13 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 17 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Factors Influencing Decision-making Using Information Technology Among Nursing Administrators at Khon Kaen Hospital

Thamonwan Tharasombat M.S.N.*

Somprattana Dapha, Ph.D.*

Abstract

This study employed a descriptive correlational and predictive research design to examine factors that jointly predict information technology-based decision-making among nursing administrators at Khon Kaen Hospital. The study sample consisted of 110 nursing administrators at all administrative levels of Khon Kaen Hospital. The research instrument was a structured questionnaire comprising three parts: 1) personal factors, 2) information technology system management factors, and 3) information technology-based decision-making. Content validity was evaluated by five experts, yielding content validity indices of 1.00, 0.96, and 0.97, respectively. The reliability of the instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficients, which were 0.73 and 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The findings indicated that: 1) the overall level of information technology-based decision-making among nursing administrators at Khon Kaen Hospital was high ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.60); 2) personal factors were not significantly associated with information technology-based decision-making ($p > 0.05$); 3) information technology system management factors, including perceived usefulness of information technology and organizational factors, demonstrated strong positive correlations with information technology-based decision-making ($r = 0.83$ and $r = 0.78$, respectively; $p < 0.001$), while information quality and system quality showed moderate positive correlations ($r = 0.61$ and $r = 0.56$, respectively; $p < 0.001$); and 4) perceived usefulness of information technology and organizational factors jointly predicted information technology-based decision-making, accounting for 78% of the variance ($R^2 = 0.78$, $p < 0.001$).

Keywords: Decision-making using information technology, Nursing administrators, Decision-making

* Master of Nursing Science Student, Nursing Administration Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. E-mail: tthamonwan@kkumail.com

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. E-mail: Somdapa@kku.ac.th

บทนำ

ในยุคที่สังคมโลกก้าวเข้าสู่การพึ่งพาเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญยิ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำสู่การวางแผนการดำเนินงาน การควบคุมกระบวนการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจที่มีความถูกต้องแม่นยำอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์¹ ในทำนองเดียวกัน องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงผ่านการบริหารจัดการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ (eHealth)² สำหรับบริบทของประเทศไทย ได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อการบริหารจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ การยกระดับคุณภาพการให้บริการ การลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความปลอดภัยและรวดเร็ว³ สำหรับวิชาชีพพยาบาล กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ส่งเสริมให้มีการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในทุกมิติของงานการพยาบาล ทั้งด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา หรือการวิจัยทางการพยาบาล⁴ นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูลบุคลากร และตัวชี้วัดทางการพยาบาล รวมถึงโปรแกรมวางแผนอัตราากำลัง เพื่อสนับสนุนข้อมูลในการควบคุมการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์⁵ เมื่อพิจารณาในมิติของการบริหารทางการพยาบาลจะพบว่า ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลได้ถูกบูรณาการเข้ามาใช้งานเพื่อสนับสนุนทั้งการปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการและการบริหารจัดการในระดับยุทธศาสตร์ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการตัดสินใจและการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง⁶

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ ด้วยเหตุผลที่ว่าข้อมูลที่มีความแม่นยำทันต่อเหตุการณ์ และสอดคล้องกับบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จะเป็นปัจจัย

สำคัญที่ช่วยยกระดับการบริหารจัดการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจนับเป็นทักษะสำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่จะขับเคลื่อนให้องค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และวิสัยทัศน์ที่วางไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้บริหารจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสามารถกำหนดทิศทางการตัดสินใจอย่างเหมาะสมและชาญฉลาดเพื่อนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จ⁷ สำหรับกรอบแนวคิดการตัดสินใจโดยอาศัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้บริหารในทุกระดับขององค์กร โดยได้จำแนกกระบวนการตัดสินใจออกเป็น 6 ขั้นตอนที่มีสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1) การตั้งวัตถุประสงค์ 2) การระบุข้อจำกัด 3) การระบุทางเลือก 4) การรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม 5) การประเมินทางเลือก และ 6) การเลือกทางเลือกที่ยอมรับได้มากที่สุด ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดของ Larry E. Long⁸ ที่สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้บริหารทางการพยาบาลในยุคปัจจุบัน

โรงพยาบาลขอนแก่น มีเข็มมุ่งขององค์กรในการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลดิจิทัล มีการพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (iHospital) เพื่อใช้ในการจัดการฐานข้อมูลขนาดใหญ่ ทั้งเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ระบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งต่อผู้ป่วย และระบบการบริหารจัดการภายใน เพื่อสนับสนุนให้ผู้บริหารทุกระดับมีการใช้สารสนเทศในการตัดสินใจ และการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพวิถีใหม่ที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว⁹ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น มีความมุ่งมั่นในการยกระดับมุ่งสู่การเป็นองค์กรพยาบาลดิจิทัล มีการปฏิรูประบบสารสนเทศทางการพยาบาลให้ทันสมัย พัฒนาระบบ NSO Digital ที่เชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศภายในองค์กร และรองรับการบริหารจัดการในหลายมิติ ทั้งระบบบริหารทรัพยากรบุคคล ระบบการทำงานของพยาบาล ระบบประเมินสมรรถนะบุคลากร และระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล พร้อมทั้งระบบรายงานตัวชี้วัด ผ่าน Dashboard ที่ทันสมัย เพื่อช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ระบบในการตัดสินใจ และการบริหารจัดการองค์กรให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งในปัจจุบันผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น มีความหลากหลายกลุ่มช่วงวัย เมื่อจำแนกตามกลุ่ม Generation พบว่าอยู่ในกลุ่ม Gen Baby Boomer (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ

2.6 กลุ่ม Gen X (อายุ 45–59 ปี) ร้อยละ 84.6 และกลุ่ม Gen Y (อายุ 27–44 ปี) ร้อยละ 12.8 ซึ่งกลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม GenX¹⁰ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในแต่ละกลุ่ม พบว่า การตัดสินใจของผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มเจนเนอเรชัน โดยผู้บริหารกลุ่ม Gen X ซึ่งเป็นกลุ่มหลักขององค์กร มีประสบการณ์การทำงานที่สะสมมาอย่างยาวนาน การตัดสินใจยังคงยึดการใช้ประสบการณ์ส่วนตัว และการอ้างอิงจากเอกสารมากกว่าการใช้ข้อมูลจากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้บริหารกลุ่ม Gen Y มีความคล่องตัวในการใช้งานเทคโนโลยีในการสนับสนุนการตัดสินใจ แต่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่ไม่คุ้นเคย ยังคงต้องการคำแนะนำ และปรึกษาหารือจากผู้ที่ประสบการณ์มากกว่า

เมื่อพิจารณากระบวนการตัดสินใจ พบว่าผู้บริหารบางรายยังตัดสินใจโดยอาศัยสัญชาตญาณจากประสบการณ์เดิม รวมทั้งการหาข้อมูลจากการสอบถามบุคลากร หรือเปิดดูบันทึกจากเอกสารแบบกระดาษที่มีข้อมูลไม่ครอบคลุม อีกทั้งมักตัดสินใจเลือกแนวทางที่คุ้นเคย โดยขาดการพิจารณาจากทางเลือกใหม่ ๆ ส่งผลให้ ผู้บริหารทางการแพทย์ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์ของการตัดสินใจได้อย่างชัดเจน ขณะที่การระบุข้อจำกัดของการตัดสินใจยังไม่สะท้อนความเป็นจริงอย่างรอบด้าน ในการระบุทางเลือกในการตัดสินใจที่ไม่ตอบสนองต่อปัญหา เกิดจากการรวบรวมข้อมูลที่ไมครอบคลุม ขณะที่การประเมินทางเลือกมักอ้างอิงจากความรู้สึกหรือประสบการณ์เดิม ทำให้ขาดเครื่องมือในการคาดการณ์ผลกระทบอย่างรอบด้านในการบริหารจัดการ และสุดท้ายในการตัดสินใจอาจทำให้พลาดโอกาสในการเลือกทางเลือกที่มีศักยภาพสูงกว่าในการจัดการ จากปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการแพทย์มีการตัดสินใจหลายรูปแบบ แต่ยังคงพึ่งพาการตัดสินใจแบบดั้งเดิมเป็นส่วนมาก ทำให้การตัดสินใจขาดข้อมูลสนับสนุนที่มีคุณภาพ อาจส่งผลให้ผู้บริหารประสบกับการตัดสินใจที่ผิดพลาด นำไปสู่คุณภาพในการบริหารจัดการองค์กรไม่ทันกับการแข่งขัน ซึ่งการใช้ข้อมูลสารสนเทศจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพการตัดสินใจของผู้บริหารทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของ

ผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาให้เกิดการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อยกระดับการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ นำสู่การบริหารที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ อาจมีความแตกต่างกันโดยเกิดจาก ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ และการได้รับความรู้/ การอบรมด้านการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถกำหนดการตัดสินใจของบุคคลได้¹¹ สำหรับปัจจัยด้านคุณภาพของระบบ พบว่า ด้านคุณภาพของระบบมีผลต่อความสนใจ และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน¹² โดยจะช่วยให้ผู้บริหารทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย ครอบคลุมทันต่อสถานการณ์ และแม่นยำยิ่งขึ้น ส่งผลให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพ¹³ ด้านคุณภาพของสารสนเทศ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้ และทำให้เกิดการใช้ระบบสารสนเทศ¹² ซึ่งข้อมูลที่แม่นยำ และสะท้อนสถานการณ์จริง จะช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม¹³ ในทางตรงกันข้ามหากข้อมูลไม่มีคุณภาพ ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ย่อมนำไปสู่ความผิดพลาดในการตัดสินใจ¹⁴ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และเป็นแรงจูงใจหลักในการใช้งานระบบที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการใช้อินเทอร์เน็ต¹⁵ ในด้านองค์กร ส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลโดยตรงต่อการยอมรับและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีของผู้ใช้ในองค์กร¹⁶ และองค์กรพยาบาลที่มีการสนับสนุนการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จะส่งผลให้การใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ¹⁷ และความพร้อมด้านทรัพยากรและนโยบายช่วยขับเคลื่อนการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการตัดสินใจ และบทบาทของผู้นำองค์กรมีอิทธิพลในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี¹⁴ ซึ่งการขาดการสนับสนุนจากองค์กร และไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ทำให้การนำเทคโนโลยีสารสนเทศภายใน

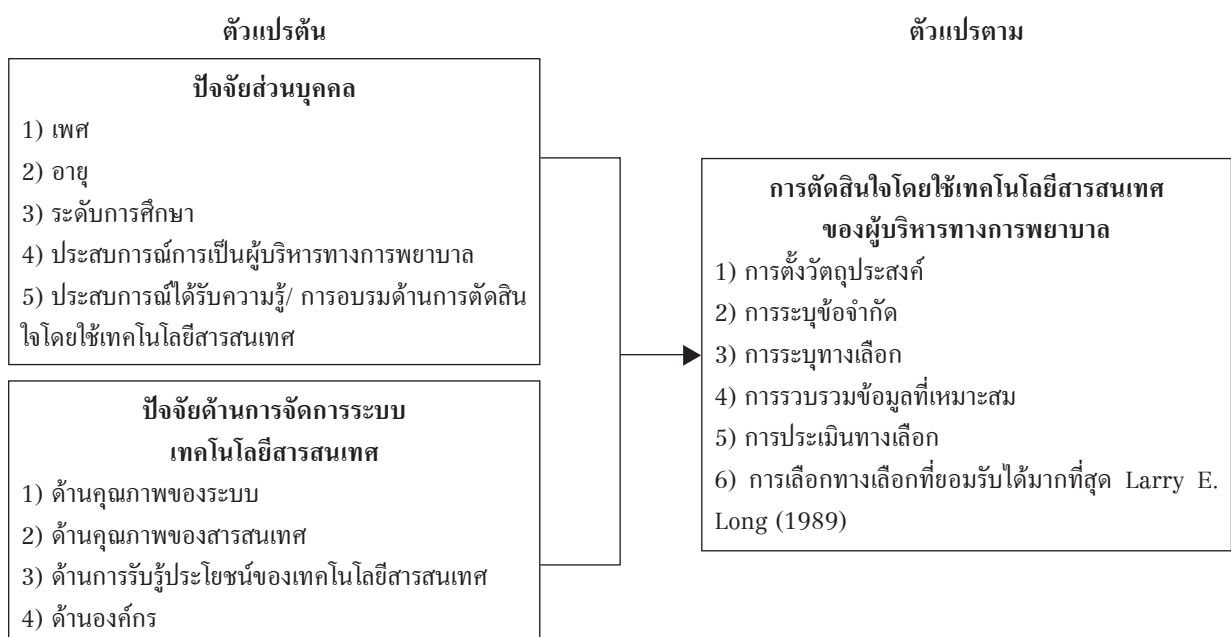
องค์กรนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ¹⁸ จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทวิชาชีพอื่น ในบริบทของผู้บริหารทางการแพทย์ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และไม่ได้ศึกษาเฉพาะด้านการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผลการการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุง การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเพิ่มมุ่งขององค์กรในการขับเคลื่อนสู่การเป็นโรงพยาบาลดิจิทัลต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีการศึกษาตัวแปรต้นได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Schermerhorn et al.¹¹ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ และประสบการณ์ได้รับการ

ความรู้/ การอบรมด้านการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยได้บูรณาการแนวคิดของ Davis¹⁵, Delone & Mclean¹² และ Tornatzky & Fleisher¹⁶ ได้แก่ ด้านคุณภาพของระบบ ด้านคุณภาพของสารสนเทศ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านองค์กร และในการศึกษาตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Larry E. Long⁸ แบ่งกระบวนการตัดสินใจออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งวัตถุประสงค์ 2) การระบุข้อจำกัด 3) การระบุทางเลือก 4) การรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม 5) การประเมินทางเลือก และ 6) การเลือกทางเลือกที่ยอมรับได้มากที่สุด สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) และแบบพยากรณ์

(Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2568 รหัสโครงการ HE682130 และผ่านการ

รับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ลงวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2568 รหัสโครงการ KEMOU68010 และได้รับการตอบรับอนุญาต ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ลงวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2569 (เลขที่ ขก 0033.1/186) ผู้วิจัย ให้ความสำคัญกับสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ยึดหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม และได้แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตน และจะนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 116 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of thumb) ของ Schumacker & Lomax¹⁹ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10–20 คน ต่อตัวแปร ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 คนต่อ 1 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 90 คน และได้ศึกษาในผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่นทุกคน จำนวน 116 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนค่อนข้างน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล¹¹ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ และประสบการณ์ได้รับความรู้/ การอบรมด้านการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งหมด 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ด้านคุณภาพของระบบ¹² ด้านคุณภาพของสารสนเทศ¹² ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ¹⁵ และด้านองค์กร^{16,17} รวมข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์

ของ บุญชม ศรีสะอาด²⁰ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีผลต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อยู่ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดของ Larry E. Long⁸ ประกอบด้วยกระบวนการตัดสินใจ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งวัตถุประสงค์ 2) การระบุข้อจำกัด 3) การระบุทางเลือก 4) การรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม 5) การประเมินทางเลือก และ 6) การเลือกทางเลือกที่ยอมรับได้มากที่สุด รวมข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด²⁰ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ผู้บริหารทางการแพทย์มีการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ผู้บริหารทางการแพทย์มีการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ผู้บริหารทางการแพทย์มีการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ผู้บริหารทางการแพทย์มีการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ผู้บริหารทางการแพทย์มีการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ทั้ง 3 ส่วน เท่ากับ 1.00, 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.73 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงข้อมูลการวิจัยต่อกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น และให้ผู้ประสานงานดำเนินการแจกแบบสอบถาม ภายใน 2 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 110 ฉบับ (ร้อยละ 94.82)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 3) วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยมีการทดสอบข้อตั้งกลเบื้องต้น (assumption) พบว่า ตรงตามเงื่อนไขทุกประการ

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 110 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.10) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.56 ปี (S.D. = 5.09) อายุต่ำสุด 39 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี ช่วงอายุ 49–54 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 47.30) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทมากที่สุด (ร้อยละ 71.80) มีประสบการณ์การเป็นผู้บริหารทางการแพทย์เฉลี่ย 7.11 ปี (S.D. = 5.56) โดยมีประสบการณ์ในช่วง 1–5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.70) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การได้รับความรู้/ การอบรมด้านการตัดสินใจ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (ร้อยละ 95.50)

2) ผลของระดับการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณาเป็นรายขั้นตอนของการตัดสินใจ พบว่า ขั้นตอนที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การระบุข้อจำกัด และการเลือกทางเลือกที่ยอมรับได้มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.61 และ $= 4.31$, S.D. = 0.67) และการรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.65) ตามลำดับ และขั้นตอนที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือการตั้งวัตถุประสงค์ แต่ยังคงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.61) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ในการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จำแนกตามขั้นตอนของการตัดสินใจ ($n = 110$)

ขั้นตอนของการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1) การตั้งวัตถุประสงค์	4.13	0.69	มาก
2) การระบุข้อจำกัด	4.31	0.61	มากที่สุด
3) การระบุทางเลือก	4.17	0.58	มาก
4) การรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม	4.18	0.65	มาก
5) การประเมินทางเลือก	4.18	0.69	มาก
6) การเลือกทางเลือกที่ยอมรับได้มากที่สุด	4.31	0.67	มากที่สุด
รวม	4.12	0.60	มาก

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ($n = 110$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1) เพศ (ชาย/ หญิง)	-0.024	0.802	ไม่มีความสัมพันธ์
2) อายุ (ปี)	0.001	0.988	ไม่มีความสัมพันธ์
3) ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี)	-0.072	0.455	ไม่มีความสัมพันธ์
4) ประสบการณ์การเป็น ผู้บริหารทางการแพทย์ (ปี)	0.017	0.858	ไม่มีความสัมพันธ์
5) ประสบการณ์การได้รับความรู้/ การอบรมด้านการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (เคย/ ไม่เคย)	0.183	0.055	ไม่มีความสัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ กับการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.83$) ด้านองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.79$) ด้านคุณภาพของสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.61$) และ ด้านคุณภาพของระบบ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศกับการตัดสินใจ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น (n = 110)

ปัจจัยด้านการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1) ด้านคุณภาพของระบบ	0.56	< 0.001***	ปานกลาง
2) ด้านคุณภาพของสารสนเทศ	0.61	< 0.001***	ปานกลาง
3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.83	< 0.001***	สูง
4) ด้านองค์กร	0.78	< 0.001***	สูง

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5) ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ร้อยละ 78 ($R^2 = 0.78$) โดยปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศมีอิทธิพลมากที่สุด ($\beta = 0.55$) รองลงมาคือ ด้านองค์กร ($\beta = 0.42$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น (n = 110)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std. error	beta (B)	t	p-value
1) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.48	0.05	0.55	9.14	< 0.001***
2) ด้านองค์กร	0.44	0.06	0.42	6.93	< 0.001***

Constant= 0.512, R= 0.88, $R^2 = 0.78$, F-change = 47.98 (Sig.< 0.001)

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์และสรุปผล

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น มีการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของการตัดสินใจ โดยเรียงตามระดับค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุด สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1) ขั้นตอนการระบุข้อจำกัด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.61) อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ได้มีการวิเคราะห์ข้อจำกัดที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจ อาทิเช่น ข้อจำกัดด้านอัตราการกำลังของบุคลากร ทรัพยากรต่าง ๆ งบประมาณ และข้อจำกัดเพิ่มเติม อาทิเช่น ด้านนโยบาย กฎระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ และแนวปฏิบัติขององค์กรเพื่อประกอบการตัดสินใจ แสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการวิเคราะห์เงื่อนไข และข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้มีการตัดสินใจอย่างรอบคอบ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะพงษ์ ตรีสินธิโชติ²¹ ที่พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยให้ผู้บริหารสามารถควบคุม ติดตาม และตัดสินใจได้อย่างรอบคอบภายใต้ข้อจำกัดขององค์กร

2) การเลือกทางเลือกที่ยอมรับได้มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.67) อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ได้นำข้อมูลที่มาจากเทคโนโลยีสารสนเทศ อาทิเช่น ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์ การจัดการความเสี่ยง Productivity ทางทางการแพทย์ การบริหารอัตราค่าจ้าง และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล มาใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการตัดสินใจ และหาข้อยุติในการตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือในการเลือกแนวทางในการบริหารจัดการ อีกทั้งยังสามารถช่วยสนับสนุนหาทางเลือกใหม่ ๆ เพื่อให้การตัดสินใจมีความเหมาะสมกับข้อจำกัด และสถานการณ์ และนำไปเพื่อทบทวนความเหมาะสม

สมของทางเลือกทั้งหมดอีกครั้งก่อนตัดสินใจครั้งสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nibbelink et al.²² และ Andrea Knox²³ ที่พบว่า การใช้ระบบสารสนเทศช่วยให้การตัดสินใจของผู้บริหารทางการแพทย์มีความแม่นยำ ทันเวลา และเหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ในขณะนั้น

3) การรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.65) อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้นำข้อมูลมาจากเทคโนโลยีสารสนเทศ อาทิเช่น การจ่ายค่าล่วงเวลาของพยาบาล (OT) และระยะเวลาการรอคอยใน OPD ของผู้ป่วย มานำเสนอในรูปแบบกราฟ แผนภูมิ ตาราง ข้อมูลสถิติย้อนหลัง หรือผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ที่สามารถช่วยให้มองเห็นภาพรวมของสถานการณ์ เพื่อประกอบการตัดสินใจได้อย่างชัดเจน และมีการรวบรวมข้อมูลที่มาจากหลายแหล่งใช้ประกอบการตัดสินใจที่หลากหลายครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติมา มุ่งหมาย และคณะ²⁴ ที่พบว่า การนำเสนอข้อมูลผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบตารางและกราฟ ช่วยให้ผู้บริหารสามารถทำความเข้าใจข้อมูลได้ง่ายขึ้น มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้สามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและทันต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุนีย์ จับโจรและคณะ²⁵ ที่พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ และการตัดสินใจของผู้บริหาร

4) การประเมินทางเลือก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.69) อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้นำข้อมูลมาจากเทคโนโลยีสารสนเทศ มาตรวจสอบ เปรียบเทียบทางเลือกในการตัดสินใจที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ข้อจำกัด ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ความเสี่ยง และผลกระทบ ทั้งด้านบวกและลบในการดำเนินงานขององค์กร และใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการองค์กร ในการติดตามตัวชี้วัดทางการแพทย์ เพื่อประเมินหาทางเลือกในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการบริการที่มีคุณภาพ การบริหารอัตราค่าจ้าง และการบริหารงบประมาณขององค์กรเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิมส์พิกา เถาฐ และจิตาภรณ์ สันจรรณศักดิ์²⁶ ที่พบว่า คุณภาพของสารสนเทศมีอิทธิพลต่อกระบวนการประเมินทางเลือก และช่วยลดความเสี่ยงในการตัดสินใจของ

ผู้บริหาร

5) การระบุทางเลือก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.58) อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้นำข้อมูลมาจากเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการระบุทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ อาทิเช่น การจัดการกับปัญหาการขาดแคลนอัตราค่าจ้างทางการแพทย์ การจัดการงบประมาณค่าใช้จ่ายในองค์กร และการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในองค์กร เป็นต้น กล่าวได้ว่าเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถช่วยคัดกรองทางเลือกที่ไม่เหมาะสมออกไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพันธ์โชค เสนาชูและคณะ¹⁴ ที่พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยให้ผู้บริหารระบุและคัดเลือกทางเลือกในการตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว ลดความซับซ้อนของสถานการณ์ และเพิ่มความเป็นไปได้ของทางเลือกที่เลือกใช้ในการปฏิบัติ และลดการตัดสินใจที่อาศัยเพียงประสบการณ์ หรือความรู้สึกส่วนบุคคล

6) การตั้งวัตถุประสงค์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.61) อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้นำข้อมูลจากเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ประกอบการกำหนดวัตถุประสงค์ในการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจปัญหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้บริหารจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้กรอบภารกิจและนโยบายขององค์กรเป็นสำคัญ ดังนั้น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตั้งวัตถุประสงค์ เพื่อให้การตัดสินใจมีความสอดคล้องกับนโยบาย และภารกิจด้านการบริหารทางการแพทย์ขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrea Knox²³ ที่พบว่า การตัดสินใจของผู้นำทางการแพทย์จำเป็นต้องบูรณาการข้อมูลจากระบบสารสนเทศร่วมกับประสบการณ์ทางการบริหารและบริบทขององค์กร เพื่อช่วยวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ แนวโน้มการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ความต้องการบริการทางการแพทย์ และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการ

2. ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านองค์กร โดยตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันพยากรณ์การ

ตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้ร้อยละ 78 ($R^2 = 0.78$) สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ($\beta = 0.55$) เนื่องจากผู้บริหารทางการแพทย์รับรู้ว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยสนับสนุนการบริหารจัดการทางการแพทย์ และการตัดสินใจในหลายมิติ ได้แก่ (1) ช่วยในการเข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็วและถูกต้อง แบบ Real time ช่วยให้การตัดสินใจมีความรวดเร็วและแม่นยำ (2) ช่วยในการลดข้อผิดพลาดในการให้บริการผู้ป่วย อาทิเช่น การลด medical error การเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบ และบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ (3) มีข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ อาทิเช่น การเข้าถึง evidence-based และ clinical practice guidelines จากข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ทันที (4) การประหยัดเวลาและทรัพยากรต่าง ๆ อาทิเช่น ลดเวลาในการติดต่อประสานงาน การค้นหาข้อมูลต่าง ๆ และลดเวลาในการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะพงษ์ ตรีสิรินิติไชติ²¹ ที่พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศที่ผู้บริหารรับรู้ว่ามีค่าถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้บริหารรับรู้ถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีและนำมาใช้สนับสนุนการตัดสินใจ และผลการศึกษาของ สุดถนอม กมลเลิศและคณะ²⁷ ที่พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศที่ให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและครอบคลุม ช่วยให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและก่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสูง ดังนั้น เมื่อผู้บริหารทางการแพทย์รับรู้ถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพิ่มมากขึ้น

2) ด้านองค์กร สามารถร่วมกันพยากรณ์ และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ($\beta = 0.42$) เนื่องจาก โรงพยาบาลขอนแก่นมีนโยบายและทิศทางการพัฒนาองค์กรสู่โรงพยาบาลดิจิทัล โดยมีการพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (iHospital) เพื่อรองรับการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ ครอบคลุมระบบ

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ระบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในระบบการส่งต่อผู้ป่วย และระบบบริหารจัดการภายในองค์กร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ได้พัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (NSO Digital) ที่เชื่อมโยงข้อมูลภายในองค์กร รองรับการบริหารทรัพยากรบุคคล การปฏิบัติงานของพยาบาล การประเมินสมรรถนะบุคลากร การบริหารความเสี่ยง และระบบรายงานตัวชี้วัดผ่าน Dashboard เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเป็นระบบขององค์กร ทั้งในด้านวัฒนธรรมองค์กรที่มีการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ และแนวทางการใช้งานที่ชัดเจน ในด้านทรัพยากร องค์กรมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และระบบเครือข่ายที่เพียงพอ ตลอดจนมีพยาบาลสารสนเทศคอยสนับสนุนและแก้ไขปัญหาการใช้งานระบบ นอกจากนี้ผู้บริหารทางการแพทย์ยังทำหน้าที่เป็นต้นแบบในการใช้ข้อมูลจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของการใช้งาน ส่งผลให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการประกอบการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น^{16,17} สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพันธ์โชค เสนาชู¹⁴ ที่พบว่า องค์กรที่มีนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน มีการวางแผนจัดสรรทรัพยากร และมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสารสนเทศจะส่งผลต่อการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารและการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nibbelink et al.²² ที่พบว่า องค์กรที่ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีการจัดหาอุปกรณ์และพัฒนาแนวทางการใช้ระบบที่ชัดเจน จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการใช้งาน และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ สายวริน ลาภไพบูลย์พงศ์²⁸ ที่พบว่า การมีวิสัยทัศน์ด้านเทคโนโลยีของผู้บริหาร กระบวนการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการมีทีมงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศขององค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ ดังนั้น การที่องค์กรมีการสนับสนุนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ร่วมกันสนับสนุน ได้แก่ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านทรัพยากร และ ด้านการ

สนับสนุนจากผู้บริหาร จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ และแนวทางการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ชัดเจน พร้อมทั้งผลักดันให้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงานในองค์กร รวมถึงการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งด้านอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้มีความเพียงพอและพร้อมใช้งาน ตลอดจนจัดให้มีระบบสนับสนุนการใช้งาน และช่องทางรับแจ้งปัญหา เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถสนับสนุนการตัดสินใจเชิงบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2. องค์กรพยาบาล ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาลในลักษณะบูรณาการ โดยพัฒนาคุณภาพของระบบควบคู่กับคุณภาพของสารสนเทศ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับการปฏิบัติงานการบริหารทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร และค่านิยมที่สนับสนุนการเรียนรู้ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะด้านการตัดสินใจ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการใช้สารสนเทศในการบริหารจัดการทางการแพทย์อย่างยั่งยืน

3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรแสดงบทบาทผู้นำในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นแบบอย่าง แก่บุคลากรสร้างความตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน และการตัดสินใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Berros JM, de Lucas Ancillo A, del Val Núñez MT. Digital transformation and decision-making processes in healthcare: a systematic review. J Innov Knowl 2023;8(1):100287.
2. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2025 Jan 7]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

พร้อมทั้งส่งเสริมบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีการสื่อสารนโยบายอย่างทั่วถึง รวมถึงการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้ระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ และปัจจัยด้านองค์ความรู้สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ ได้ถึง ร้อยละ 78 ดังนั้นควรนำผลการศึกษากลับไปใช้พัฒนาออกแบบการวิจัยเชิงพัฒนา หรือการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์อย่างเป็นรูปธรรมอันจะนำมาซึ่งการสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

2. ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อีกร้อยละ 23 ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ภาวะผู้นำ สมรรถนะหรือทักษะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการอธิบายกระบวนการตัดสินใจโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย และขอขอบคุณผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยอีกทั้งขอขอบคุณผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ให้ความร่วมมือจนการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566: การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานระบบสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดและรวบรวมข้อมูลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ฉบับปรับปรุง 5 ธันวาคม 2567). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สุทธิพงษ์ ประทุม, สรัญญ์ อูเสินยาง. การยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศในยุควิถีชีวิตใหม่. วารสารละศรี มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี. 2565;6(1):1-18.
7. จิตรกร จันท์สุข, เสาวนี สิริสุขศิลป์, ปารย์พิชชา ก้านจักร. การบริหารองค์การและการตัดสินใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
8. Long LE. Management information systems. New Jersey: Prentice-Hall; 1989.
9. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลขอนแก่น. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลขอนแก่นระยะ 10 ปี (2566-2575). ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2566.
10. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น. แบบรายงานการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2567.
11. Schermerhorn JR, Hunt JG, Osborn RN. Organizational behavior. 8th ed. New York: John Wiley & Sons; 2003.
12. DeLone WH, McLean ER. The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update. J Manage Inf Syst 2003;19(4):9-30.
13. รัฐพงษ์ ไพบ่ณ. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการน้ำ เขตสำนักงานชลประทานที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. ว. วิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2567;14(4):343-362.
14. ประพันธ์โชค เสนาสุข, ปัญญาวิดี ยอดสวัสดิ์, สมหญิง อินทร์คำ. การใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริการและการบริการ และวิชาการของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้. ว. สุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2558;2(2):15-28.
15. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Q. 1989;13(3):319-340.
16. Tornatzky LG, Fleischer M. The processes of technological innovation. Lexington: Lexington Books; 1990.
17. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล. นนทบุรี: เทพเพ็ญวานิชย์; 2556.
18. พรทิพย์ ประศิริกุล. แนวทางการเลือกใช้เทคโนโลยีด้านการสรรหาและคัดเลือกบุคลากร [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
19. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 3rd ed. New York: Routledge; 2010.
20. บุญชม ศรีสะอาด. วิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2566.
21. ปิยะพงษ์ ตีรสินธิ์โชติ. ประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนการตัดสินใจที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบริหารงานโครงการของผู้บริหารในองค์กร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558.

22. Nibbelink CW, Young JR, Carrington JM, Brewer BB. Informatics solutions for application of decision-making skills. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2018;30(2):237–246.
23. Knox A. Informatics in nursing leadership: leading in the age of technology. *Can J Nurs Inform* 2019;14(2):1–17.
24. กฤติมา มุ่งหมาย, วรณัฐ กุอุทา, กฤตยกุล ชานิสพงศ์. การพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 2. ว.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี 2566;12(1):60–71.
25. สายสุนีย์ จัปโจร, อาภาพร บัวแย้ม, สุนันทา เสาร์ทอง. การพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะสำหรับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. ว. วิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏราชบุรี: มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2565;13(2):178–196.
26. ทิมศักดิ์ เถาจุ, จิตาภรณ์ สันจรรย์ศักดิ์. คุณภาพของสารสนเทศทางการบัญชีที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการตัดสินใจบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. ว. ร้อยแก่นสารสนเทศ 2566;8(12): 459–471.
27. สุดอนอม กมลเลิศ, ภาสกร เงามาม, บุญบา บุญกระโทก, จงกล พลตรี, นิภาพรณ ฤทธิรอด. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรายงานและติดตามตัวชี้วัดทางการพยาบาล. ว. พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2566;47(2):30–44.
28. สายวริน ลาภไพบูลย์พงศ์, พรพรรณ รัตนศิริบุญ, สุนทรี ศรีสุข. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการตัวชี้วัดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ 2565;42(2):184–194.

บทฟื้นฟูวิชาการ

Review Article

การศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

ทัศนีย์ แดขุนทด พย.ม.*

ชฎานนท์ คันทมาตย์ ศศ.ม.**

อรอนงค์ เทียบอุดม คม.***

วาโร เฟิงสวัสดิ์ ปร.ด.****

วันเพ็ญ นันทะศรี ปร.ด.****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้วิธีศึกษาแบบผสานวิธี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัย 8 แหล่ง 2) การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และ 3) ประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสังเกตเอกสาร แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า 1) องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล ประกอบด้วย 14 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (2) ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม (3) ด้านการสร้างนวัตกรรม (4) ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (5) ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน (6) ด้านการสร้างทีม (7) ด้านบุคลิกภาพ (8) ด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร (9) ด้านความเป็นผู้นำ (10) ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร (11) ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (12) ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (13) ด้านความฉลาดทางอารมณ์ และ 14) ด้านการสนับสนุน 2) ด้านความเหมาะสมขององค์ประกอบ พบว่า ในภาพรวม มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด และ 3) ด้านความเป็นไปได้ขององค์ประกอบ พบว่า ในภาพรวม มีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ ภาวะผู้นำนวัตกรรม นวัตกรรมโรงพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร

** ศึกษานิเทศน์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาภาคอีสาน

*** รองผู้อำนวยการสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครพนม

**** อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการบริหารและพัฒนการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

รับบทความ: 12 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 17 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

A study of Innovative Leadership Components of Nursing Administrators in Regional and General Hospitals

Tasanee Daekhunthod M.S.N.*

Chayanon Khantamat M.Ed.**

Ornanong Thiabudom M.Ed.***

Waro Pengsawas Ph.D****

Wanpen Nantasri Ph.D****

Abstract

This study aimed to investigate the components of innovative leadership among nursing administrators in regional and general hospitals. A mixed-methods research design was employed, comprising three phases: 1) a synthesis of eight documentary and research sources; 2) in-depth interviews with five experts; and 3) an assessment of appropriateness and feasibility conducted by seven experts. The research instruments consisted of a document synthesis form, an interview guide, and an appropriateness and feasibility assessment form. Data were analyzed using mean scores, standard deviations, and percentages

The findings were as follows:

1) The components of innovative leadership for nursing administrators comprises 14 dimensions: (1) innovative vision and strategy (2) innovative creativity (3) innovation creation (4) learning organization management (5) rewards and recognition (6) team building (7) personality traits (8) organizational climate creation (9) innovative leadership (10) organizational culture building (11) specialized expertise development (12) communication and interpersonal skills (13) emotional intelligence and (14) supportiveness.

2) Regarding appropriateness, the components were rated at the highest level overall.

3) Regarding feasibility, the components were also rated at the highest level overall.

Keywords: Leadership, Innovative Leadership, Nursing Innovation, Nursing Administrators

* Registered Nurse, Senior professional level, Cardiac intensive Case Unit, Sakon Nakhon Hospital

** Supervisor The Secondary Educational Service Area Office Kalasin

*** Deputy Director of Educational Institution, Nakhon Phanom Secondary Educational Service Area Office

**** Faculty Member of Education Administration and Development, Faculty of Education, Sakon Nakhon Rajabhat University

บทนำ

ในยุคกระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อสภาพการแข่งขันสูง และความคาดหวังของผู้รับบริการทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนจากเดิมมากขึ้น จากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ ภัยพิบัติต่างๆ การประกอบอาชีพ สิ่งแวดล้อม มลพิษ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่ก้าวสู่วัยสูงอายุ ประกอบกับนโยบาย Thailand 4.0 ที่มีจุดเน้นในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาพ จึงเป็นความท้าทายขององค์กรพยาบาลที่ต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ด้วยการขับเคลื่อนนวัตกรรมทางการแพทย์ (nursing innovation) เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ และสามารถเทียบเคียงคุณภาพได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้นำเชิงนวัตกรรม (innovative leadership) ที่มีความสามารถในการรับรู้ เข้าถึง และวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีความซับซ้อนขององค์กร สามารถแนะนำสิ่งใหม่ ๆ เช่น ความคิด วิธีการ เทคนิค กระบวนการ ผลิตภัณฑ์บริการ หรือการค้นพบวิธีการในการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ขับเคลื่อนให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ส่งเสริมบรรยากาศ และอำนวยความสะดวกให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน รวมถึงการกระตุ้นจินตนาการของบุคลากรในองค์กรให้เป็นผู้นำทางความคิดเชิงนวัตกรรมในทุกระดับ¹

ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารพยาบาล (innovative leadership of nursing administrators) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้องค์กรพยาบาลสามารถพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ที่เกิดผลผลิต และประสิทธิภาพการทำงาน รวมทั้งเพิ่มคุณค่าและมูลค่า ผ่านบทบาทของผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการแพทย์ ได้แก่ การสร้างแรงบันดาลใจให้กับทีมงานด้วยสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ด้านนวัตกรรม การพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำเชิงนวัตกรรม โดยการเสนอแนวทางการพัฒนาทักษะและความรู้ใหม่ๆ การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง การสร้างวัฒนธรรมนวัตกรรมในสถานพยาบาล การใช้เทคโนโลยีใหม่กับการพยาบาลในยุคดิจิทัล การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานของผู้นำเชิงนวัตกรรม¹

ผู้บริหารพยาบาล (nursing administrators) มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรพยาบาลสู่ความสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองในด้านภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม เพื่อสร้างการเป็นองค์กรนวัตกรรมการพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดสิ่งใหม่จากการใช้ความรู้ และความคิดสร้างสรรค์ที่แตกต่าง ที่เป็นประโยชน์ด้านบริหารการพยาบาล ผลกระทบทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารพยาบาล อาทิ คุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล² ประสบการณ์ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย³ และ สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหน้าหอผู้ป่วย⁴ สำหรับการศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำ พบว่า มีการศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย⁵ แต่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่พบการศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของผู้บริหารพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของผู้บริหารพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

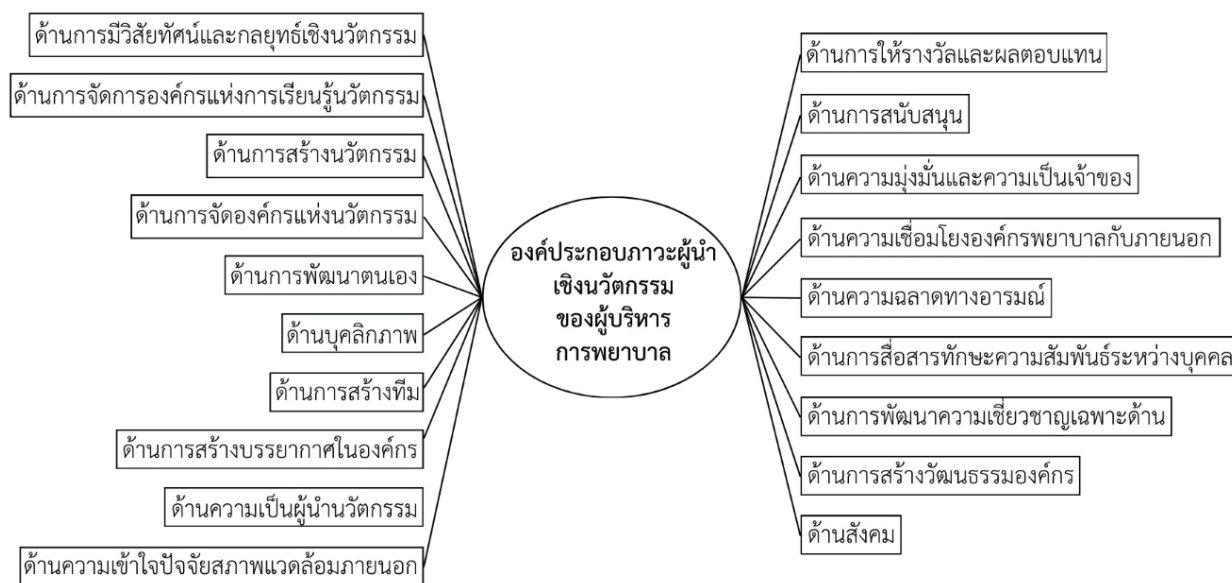
วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

กรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ศึกษา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล จากแหล่งข้อมูลทางวิชาการจำนวน 8 แหล่ง ได้แก่ แพร้ว พานทอง และ สุชาดา รัชกุล² ทินกร บุญชู และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช⁶ ลำพูน สนั่นเอื้อ สุคนธ์ ไช้แก้ว และ สมพันธ์ หิณชิระนันท์⁷ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย⁸ บุญผา กิจสหวงศ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และเนตรชนก ศรีทุมมา⁹ กรุณา ลิ้มเจริญ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย¹⁰ รัชนิกร ไช้หิน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และเนตรมด ปทุมรักษ์¹¹ วราพงษ์ ทาตุ้ย, จีรรัตน์ หรือตระกูล และจรรยา สันตยากร¹² และความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำมากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารโรงพยาบาล



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบการศึกษแบบผสมผสานวิธี โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารโรงพยาบาล

1.1 การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม โดยศึกษาทฤษฎี แนวคิด และองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม จากแหล่งข้อมูลทางวิชาการ ได้แก่ เอกสารทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีของนักวิชาการ บทความวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งสิ้น 8 แหล่ง เพื่อรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารโรงพยาบาล

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสาร พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการศึกษา โดยมีรายการสำหรับบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity :CVI) เท่ากับ 1

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรวบรวมจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการ ที่ผ่านการพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์คุณภาพ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ ความเกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษา และการเผยแพร่ในวารสารทางวิชาการหรือสถาบันที่เชื่อถือได้ ข้อมูลจากแต่ละแหล่งจะถูกบันทึกอย่างเป็น

ระบบลงในแบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสาร

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา จัดระเบียบข้อมูล แยกหมวดหมู่ สังเคราะห์เนื้อหา และสรุปองค์ประกอบเบื้องต้น จากนั้นจึงนำองค์ประกอบที่ปรากฏจากหลายแหล่งมาเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ และจัดทำเป็นตารางสังเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อหาจุดร่วมที่สอดคล้องกัน

1.5 สถิติที่ใช้ในการศึกษา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ โดยพิจารณาคัดเลือกองค์ประกอบที่มีร้อยละของความถี่มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ของแหล่งข้อมูลทั้งหมด¹³ มาเป็นองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารโรงพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 5 คน

2.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์การบริหารโรงพยาบาล และการใช้นวัตกรรมทางพยาบาล จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

2.1.1 หัวหน้าพยาบาล มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1 คน

2.1.2 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล มีประสบการณ์ ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

2.1.3 หัวหน้าหอผู้ป่วย มีประสบการณ์ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากองค์ประกอบที่ได้จากการสังเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ด้วยตนเอง

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาจัดระเบียบข้อมูล แยกหมวดหมู่ ตามคำสำคัญในคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ และสร้างข้อสรุปองค์ประกอบ

2.5 สถิติที่ใช้ในการศึกษา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ โดยนับจำนวนครั้งที่มีการกล่าวถึงองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล จากนั้นพิจารณาคัดเลือกเฉพาะองค์ประกอบที่ร้อยละความถี่มากกว่าหรือเท่า 50 มาเป็นองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้

นำองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล ที่ได้จากการศึกษา มาประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน

3.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย

3.1.1 หัวหน้าพยาบาล มีประสบการณ์ในการบริหารการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

3.1.2 อาจารย์พยาบาล จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกด้านการบริหารการพยาบาล และมีประสบการณ์สอนการบริหารการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

3.1.3 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการบริหารการพยาบาล และมีประสบการณ์ในการบริหารการ

พยาบาล อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 3 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ขององค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 แบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามมาตรวัดของลิเคิร์ต โดยกำหนดคะแนนไว้ 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย และคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยตามช่วงคะแนน ของ บุญชม ศรีสะอาด (2560)¹⁴ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล เลือกองค์ประกอบที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ระดับมากที่สุดขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป คัดสรรเป็นองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล

3.5 สถิติที่ใช้ในการศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

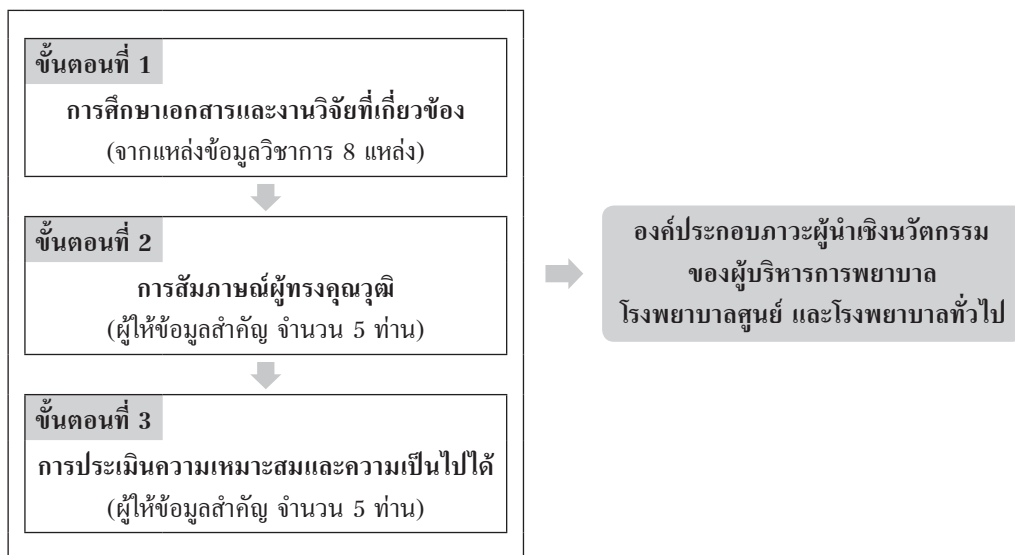
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล 3 ขั้นตอน สรุปเป็นแผนภาพ ดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการดำเนินวิจัย

ผลที่ได้รับ



ผลการศึกษา

1. ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ผลการสังเคราะห์เอกสารจากแหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ และ 2) ผลการสังเคราะห์

องค์ประกอบจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลจากแหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จากแหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ

องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ของผู้บริหารการพยาบาล	แหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ								ความถี่ (8)	ร้อยละ	องค์ประกอบที่จัดสรร
	แพรวา พานทอง และ สุชาดา รัชกุล (2559)	ทินกร บุญชู และ สุวิณี วัฒนาวณิช (2560)	ลำพู สันแอ และ คณะ (2561)	เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2562)	บุปผา กิจสหวงศ์ และ คณะ (2563)	กรุณา ลิ้มเจริญและเพรณน้อย สิงห์ช้างชัย (2564)	รัชนิกร ใจเหิน, และ คณะ (2565)	วราพงษ์ ทาตุ้ย และ คณะ (2566)			
1. ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม									3	37.5	
– วิสัยทัศน์และกลยุทธ์ด้านนวัตกรรม							✓				
– พันธกิจและวิสัยทัศน์								✓			
– กลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ในการจัดการนวัตกรรม						✓					

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จากแหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ (ต่อ)

องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ของผู้บริหารโรงพยาบาล	แหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ							ความถี่ (8)	ร้อยละ	องค์ประกอบที่จัดสรร
	แพรวา พานทอง และ สุชาติดา รัชกุล (2559)	ทินกร บุญชู และสุวิณี วัฒนาวณิช (2560)	ลำพู สนั่นแอ๊ะ และคณะ (2561)	เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2562)	บุปผา กิจสหวงศ์ และคณะ (2563)	กรุณา ลิ้มเจริญและเพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2564)	วิชกร ไชยหิน, และ คณะ (2565)	วรพงษ์ ทาดุย และคณะ (2566)		
2. ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม -								2	25	
- ความคิดสร้างสรรค์	✓							✓		
- จินตนาการ								✓		
3.ด้านการสร้างนวัตกรรม								4	50	✓
- การสร้างนวัตกรรม		✓								
- การสำรวจความคิดเห็นการสร้างนวัตกรรม					✓	✓				
- การก่อเกิดความคิดด้านนวัตกรรม						✓				
- การยอมรับความคิดเห็นด้านนวัตกรรม					✓					
- การนำความคิดลงสู่การสร้างนวัตกรรม					✓					
- การจัดการกระบวนการและทรัพยากรนวัตกรรม						✓				
- การตัดสินใจเลือกทำนวัตกรรม							✓			
- การนำนวัตกรรมและผลการวิจัยไปใช้							✓			
4. ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้								3	37.5	
- องค์กรแห่งนวัตกรรม				✓		✓				
- องค์กรแห่งการเรียนรู้				✓						
- การจัดการความรู้				✓						
- การเรียนรู้								✓		
5. ด้านการพัฒนาตนเอง								3	37.5	
- พัฒนาตนเอง	✓									
- พัฒนาทักษะ		✓	✓							
- พัฒนาความรู้และทักษะ			✓							

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จากแหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ (ต่อ)

องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ของผู้บริหารการพยาบาล	แหล่งข้อมูลทางด้านวิชาการ								ความถี่ (8)	ร้อยละ	องค์ประกอบที่จัดสรร
	แพรวา พานทอง และ สุชาดา รัชกุล (2559)	ทินกร บุญชู และสุวิณี วัฒนาวาณิช (2560)	ลำพู สนั่นแอ๊ะ และคณะ (2561)	เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2562)	บุปผา กิจสทวงศ์ และคณะ (2563)	กรุณา ลิ้มเจริญและเพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2564)	รัชนิกร ไชยหิน, และ คณะ (2565)	วรพงษ์ ทาดุย และคณะ (2566)			
6. ด้านบุคลิกภาพ									3	37.5	
– บุคลิกภาพ	✓	✓	✓								
– ลักษณะนิสัย			✓								
7. ด้านการสร้างทีม									3	37.5	
– การสร้างทีม		✓									
– การจัดการทีมสร้างสรรค์นวัตกรรม							✓				
– การนำและการทำงานเป็นทีม								✓			
– การจัดการและการมอบหมายหน้าที่								✓			
8. ด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร		✓		✓					2	25	
9. ด้านความเป็นผู้นำนวัตกรรม	✓										
10. ด้านความเข้าใจปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก								✓	1	12.5	
11. ด้านสังคม			✓						1	12.5	
12. ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร	✓			✓					2	25	
13. ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน			✓						1	12.5	
14. ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล							✓		1	12.5	
15. ด้านความฉลาดทางอารมณ์							✓		1	12.5	
16. ด้านความเชื่อมโยงขององค์กรพยาบาลกับภายนอก						✓			1	12.5	
17. ด้านความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ							✓		1	12.5	
18. ด้านการสนับสนุน		✓							1	12.5	
19. ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน		✓							1	12.5	

จากตารางที่ 1 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล จากแหล่งข้อมูล

วิชาการ จำนวน 8 แหล่ง พบว่า องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และ

โรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย 19 ด้าน โดย องค์ประกอบ ที่คัดสรรตามเกณฑ์ มี 1 ด้าน คือ ด้านการสร้างนวัตกรรม (ร้อยละ 50) สำหรับองค์ประกอบด้านอื่น พบว่ามีค่าร้อยละ ความถี่ ดังนี้ ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (ร้อยละ 37.5) ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้วัฒนธรรม (ร้อยละ 37.5) ด้านการพัฒนาตนเอง (ร้อยละ 37.5) ด้าน บุคลิกภาพ (ร้อยละ 37.5) ด้านการสร้างทีม (ร้อยละ 37.5) ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม (ร้อยละ 25) ด้านการ สร้างบรรยากาศในองค์กร (ร้อยละ 25) ด้านการสร้าง วัฒนธรรมองค์กร (ร้อยละ 25) ด้านความเป็นผู้นำ นวัตกรรม (ร้อยละ 12.5) ด้านความเข้าใจปัจจัยสภาพ แวดล้อมภายนอก (ร้อยละ 12.5) ด้านสังคม (ร้อยละ 12.5) ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (ร้อยละ 12.5) ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ร้อยละ 12.5) ด้านความฉลาดทางอารมณ์ (ร้อยละ 12.5) ด้าน

ความเชื่อมโยงองค์กรพยาบาลกับภายนอก (ร้อยละ 12.5) ด้านความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ (ร้อยละ 12.5) ด้าน การสนับสนุน (ร้อยละ 12.5) และด้านการให้รางวัลและผล ตอบแทน (ร้อยละ 12.5)

1.2 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำ เชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลจากการ สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังแสดงในตารางที่ 2

เนื่องจากข้อจำกัดของแหล่งข้อมูลทางด้าน วิชาการมีจำนวนน้อย และองค์ประกอบที่คัดสรรตามเกณฑ์ ในขั้นตอนที่ 1 มีเพียง 1 ด้าน ผู้ศึกษาจึงนำผลการ สังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหาร การพยาบาลที่ได้จากแหล่งข้อมูลวิชาการ ทั้งหมด 19 ด้าน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อขอความคิดเห็นต่อองค์ ประกอบ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาล ทั่วไป จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหาร การพยาบาล	การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ					ความถี่ (8)	ร้อยละ	องค์ประกอบที่คัดสรร
	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 4	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5			
1. ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม	✓	✓	✓	✓	✓	5	100	✓
2. ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม -	✓	✓	✓	✓	✓	5	100	✓
3. ด้านการสร้างนวัตกรรม	✓	✓	✓	✓	✓	5	100	✓
4. ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้วัฒนธรรม	✓	✓	✓	✓	✓	5	100	✓
5. ด้านการพัฒนาตนเอง				✓		1	20	
6. ด้านบุคลิกภาพ	✓	✓	✓		✓	4	80	✓
7. ด้านการสร้างทีม	✓	✓	✓	✓	✓	5	100	✓
8. ด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร		✓	✓	✓	✓	4	80	✓
9. ด้านความเป็นผู้นำนวัตกรรม	✓	✓	✓	✓	✓	5	100	✓
10. ด้านความเข้าใจปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก				✓		1	20	
11. ด้านสังคม		✓	✓			2	40	
12. ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร	✓	✓		✓	✓	4	80	✓
13. ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน		✓	✓	✓		3	60	✓

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหาร การพยาบาล	การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ					ความถี่ (8)	ร้อยละ	องค์ประกอบที่คัดสรร
	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 4	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5			
14. ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	✓	✓	✓			3	60	✓
15. ด้านความฉลาดทางอารมณ์			✓	✓	✓	3	60	✓
16. ด้านความเชื่อมโยงองค์กรพยาบาลกับภายนอก	✓	✓				2	40	
17. ด้านความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ	✓	✓				2	40	
18. ด้านการสนับสนุน			✓	✓	✓	3	60	✓
19. ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน	✓	✓	✓	✓	✓	5	100	✓
รวม	13	15	14	14	12			

จากตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่คัดสรรตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 14 ด้าน ดังนี้ ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (ร้อยละ 100) ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม (ร้อยละ 100) ด้านการสร้างนวัตกรรม (ร้อยละ 100) ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (ร้อยละ 100) ด้านการสร้างทีม (ร้อยละ 100) ด้านความเป็นผู้นำ (ร้อยละ 100) ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน

(ร้อยละ 100) ด้านบุคลิกภาพ (ร้อยละ 80) ด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร (ร้อยละ 80) ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร (ร้อยละ 80) ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (ร้อยละ 60) ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ร้อยละ 60) ด้านความฉลาดทางอารมณ์ (ร้อยละ 60) ด้านการสนับสนุน (ร้อยละ 60)

2. ผลการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ขององค์ประกอบ

ผู้ศึกษานำองค์ประกอบที่คัดสรร ทั้ง 14 ด้าน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ผลการประเมิน ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ขององค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหาร
การพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

องค์ประกอบ	ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้		
	M	S.D.	แปลผล	M	S.D.	แปลผล
1. ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม	4.86	0.38	มากที่สุด	4.57	0.53	มากที่สุด
2. ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม	4.71	0.49	มากที่สุด	4.57	0.53	มากที่สุด
3. ด้านการสร้างนวัตกรรม	4.57	0.53	มากที่สุด	4.57	0.53	มากที่สุด
4. ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้นวัตกรรม	4.57	0.53	มากที่สุด	4.57	0.53	มากที่สุด
5. ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน	4.57	0.53	มากที่สุด	4.57	0.53	มากที่สุด
6. ด้านการสร้างทีม	4.57	0.53	มากที่สุด	4.57	0.53	มากที่สุด
7. ด้านบุคลิกภาพ	4.29	0.49	มาก	4.43	0.53	มาก
8. ด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร	4.43	0.53	มาก	4.14	0.69	มาก
9. ด้านความเป็นผู้นำนวัตกรรม	4.86	0.38	มากที่สุด	4.71	0.49	มากที่สุด
10. ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร	4.57	0.53	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
11. ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	4.57	0.53	มากที่สุด	4.14	0.69	มาก
12. ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.57	0.53	มากที่สุด	4.57	0.53	มากที่สุด
13. ด้านความฉลาดทางอารมณ์	4.57	0.53	มากที่สุด	4.14	0.69	มาก
14. ด้านการสนับสนุน	4.57	0.53	มากที่สุด	4.57	0.79	มากที่สุด
ภาพรวมเฉลี่ย	4.59	0.15	มากที่สุด	4.51	0.60	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ขององค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล พบว่า

ด้านความเหมาะสมขององค์ประกอบ ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.59$, $S.D. = 0.15$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57-4.86$, $S.D. = 0.38-0.53$) ได้แก่ ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม ด้านความเป็นผู้นำนวัตกรรม ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม ด้านการสร้างนวัตกรรม ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้นวัตกรรม ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน ด้านการสร้างทีม ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความฉลาดทางอารมณ์ และด้านการสนับสนุน สำหรับด้านที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.29-4.43$, $S.D. = 0.49-0.53$) ได้แก่ ด้านบุคลิกภาพ และด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร

ด้านความเป็นไปได้ขององค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $S.D. = 0.60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ มากที่สุด ($M = 4.57-5.00$, $S.D. = 0.00-0.79$) ได้แก่ ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร ด้านความเป็นผู้นำนวัตกรรม ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม ด้านการสร้างนวัตกรรม ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้นวัตกรรม ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน ด้านการสร้างทีม ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการสนับสนุน สำหรับด้านที่มีความเป็นไปได้ในระดับมาก ($M = 4.14-4.43$, $S.D. = 0.53-0.69$) ได้แก่ ด้านบุคลิกภาพ และด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และ ด้านความฉลาดทางอารมณ์

สรุปองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

ประกอบด้วย 14 ด้าน ดังแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 องค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป



วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล พบว่า ประกอบด้วย 14 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม 2) ด้านความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม 3) ด้านการสร้างนวัตกรรม 4) ด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้นวัตกรรม 5) ด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน 6) ด้านการสร้างทีม 7) ด้านบุคลิกภาพ 8) ด้านการสร้างบรรยากาศในองค์กร 9) ด้านความเป็นผู้นำนวัตกรรม 10) ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กร 11) ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 12) ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 13) ด้านความฉลาดทางอารมณ์ และ 14) ด้านการสนับสนุน เมื่อศึกษาความเหมาะสมขององค์ประกอบ และความเป็นไปได้ขององค์ประกอบทั้ง 14 ด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด มากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบทุกด้านที่ผ่านการสังเคราะห์ และตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมีระดับคะแนนสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการบ่งบอกถึงประสิทธิภาพ และเหมาะกับการนำไปใช้ โดยสามารถนำองค์ประกอบทั้ง 14 ด้านไปกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และพฤติกรรมบ่งชี้ของภาวะ

ผู้นำเชิงนวัตกรรมแต่ละด้าน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้ ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ David G. Gliddon, & William J. Rothwell (2018)¹⁵ ที่พบว่า องค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ประกอบด้วย ด้านพันธกิจและวิสัยทัศน์ ด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ ด้านความฉลาดทางอารมณ์ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสารทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการเสริมพลังการทำงานและสร้างแรงจูงใจ ซึ่งอาจเป็นในรูปแบบของการให้รางวัลและผลตอบแทน และสอดคล้องกับ Rosina C. et al. (2016)¹⁶ ที่กล่าวถึงองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล ได้แก่ องค์ประกอบด้านภาวะผู้นำ (Leadership) มีการสนับสนุนนวัตกรรมจากระดับบนสุด และส่งต่อลงมา ผู้นำที่มีประสิทธิภาพต้องกล้าเสี่ยง ยอมรับความล้มเหลวเป็นบทเรียน และพร้อมจะปรับปรุงกฎเกณฑ์เดิม ๆ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านความเป็นผู้นำนวัตกรรม ด้านระบบรางวัล (Rewards) ซึ่งเป็นการสร้างระบบแรงจูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน จะช่วยกระตุ้นให้พนักงาน

อยากสร้างสรรค์นวัตกรรม ผู้นำต้องเข้าใจว่าสิ่งที่สร้างแรงจูงใจให้แต่ละคนนั้นแตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สอดคล้องกับองค์ประกอบด้านการให้รางวัลและผลตอบแทน ด้านการศึกษาและเรียนรู้ (education) ซึ่งบุคลากรจำเป็นต้องได้รับการสอนเกี่ยวกับกระบวนการนวัตกรรม รวมทั้งการรับฟังความคิดเห็นของพนักงาน (employee feedback) ซึ่งการเริ่มต้นสร้างนวัตกรรมควรเริ่มจากการสำรวจความคิดเห็นพนักงานอย่างสม่ำเสมอ และระบุจุดแข็งหรือข้อกังวลที่อาจเป็นอุปสรรคต่อความคิดสร้างสรรค์ ผู้นำต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (mentor) ที่แสดงพฤติกรรมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรมให้เห็นเป็นประจักษ์ การสนับสนุนนวัตกรรมอย่างเปิดเผยจะช่วยสร้างแรงบันดาลใจให้พนักงานกล้าคิดนอกกรอบ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านการจัดองค์กรแห่งการเรียนรู้นวัตกรรม และด้านการสร้างนวัตกรรม รวมทั้งด้านการสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนด้านเทคโนโลยี (technological support)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการ

พยาบาลทั้ง 14 ด้านที่ได้จากการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมในองค์กร รวมทั้งใช้เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินพฤติกรรมบ่งชี้ของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาริวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล และการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในองค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล ตลอดจนให้ความเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ขององค์ประกอบดังกล่าว จนทำให้สามารถสังเคราะห์และพัฒนาเป็นองค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- จิรารัตน์ พร้อมมูล, นิรันดร์ จุลทรัพย์, สิริจันทร์ธัญ อัมณพิสิษฐ์, อัฐกรณ์ สุทธินวน และ กุวรรณ โชเพีย. ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมทางการพยาบาล. ว. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2568;17(1):345-362.
- แพรวา พานทอง, และ สุชาดา รัชกุล. คุณลักษณะผู้นำนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป. ว. พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559;28(2):14-24.
- รัชนิกร ไชหิณ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, & นฤมล ปทุมรักษ์. ประสบการณ์ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(2): 138-149.
- รดาธร สอนเต็ม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ นฤมล ปทุมรักษ์. สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้เทคนิคเดลฟาย. ว.วารสารการพยาบาล 2563;22(2):40-57.
- รัชนิกร ไชหิณ, และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งและอันดับที่สองของภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2566; 16(2):16-27.
- ทินกร บุญชู และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(1):141-153.
- ลำพู สนั่นเอื้อ, สุคนธ์ ไชแก้ว, & สมพันธ์ หิญาธิระนันท์. องค์ประกอบเชิงภาวะผู้นำนวัตกรรมทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลเฉพาะมะเร็ง เขต 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ว. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2561;14(2):29-41.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับการบริหารการพยาบาล. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล

และการสาธารณสุขภาคใต้ 2562;6(1):260–267.

9. บุญผา กิจสหวงศ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ เนตรชนก ศรีทุมมา. การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเอกชน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2563;26(2):203–216.
10. กรุณา ลัมเจริญ และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. การพัฒนาแบบวัดการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2564; 15(1):49–59.
11. รัชนิกร ไผ่หิน, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และ นฤมล ปทุมรักษ์. องค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน. ว. แพทย์นาวิ 2565;49(1):13–27.
12. วราพงษ์ ทาด้ย, จีรรัตน์ หรือตระกูล, และ จรรยา สันตยากร. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพกับความสำเร็จด้านการบริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคเหนือตอนล่าง. ว. การพยาบาลและสุขภาพ 2566;17(1):71–84.
13. เนตรนภิส นพเกตุ, ประยูร อิ่มสวาทดี, และ ธนวิน ทองแพง. การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงระบบของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา. ว. ศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 2563;31(1):60–74.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
15. Gliddon DG, & Rothwell WJ. Innovation leadership. USA: Routledge; 2018.
16. Cianelli R, Clipper B, Freeman R, Goldstein J, & Wyatt TH. The innovation road map: A guide for nurse leaders [Internet]. 2016 [Cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.nursingworld.org/globalassets/ana/innovations-roadmap-english.pdf>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร

คำแนะนำทั่วไป

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนครยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือไม่ได้รอตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความที่รับพิจารณาตีพิมพ์มี 8 ประเภทคือ

1. **นวัตกรรม (Innovation)** เป็นรายงานผลงานสิ่งประดิษฐ์คิดค้นใหม่หรือดัดแปลงแนวความคิดหรือวิธีการผ่าตัดใหม่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางการแพทย์และทางสาธารณสุขได้
2. **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** เป็นรายงานผลการค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน
3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผลการรักษาผู้ป่วย ที่มีความน่าสนใจ เช่น ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยากหรือการบาดเจ็บหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ
4. **กรณีศึกษา (Case Study)** เป็นการศึกษาเชิงลึกของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข มีบทสรุปและเสนอข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้
5. **บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ และมีบทสรุปวิจารณ์ และไม่ควรเกิน 10 หน้า
6. **บทสัมมนา-ประชุมวิชาการ (Conference-symposium)** เป็นบทความที่รวบรวมจากผลการประชุมวิชาการ การสัมมนาทางคลินิกและการประชุมอื่นๆ ที่น่าสนใจ
7. **ย่อวารสาร (Journal abstract)** เป็นบทความสั้นที่แปลและเรียบเรียงจากวารสารต่างประเทศ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่าน
8. **จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor)** ได้แก่ จดหมายที่เขียนวิจารณ์เกี่ยวข้อง

กับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์แล้ว หรือแสดงผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อ ๆ ความยาวไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษพิมพ์ และมีเอกสารอ้างอิงประกอบด้วย

9. **บทความวิจัยอย่างสั้น (Short communication)** เป็นบทความวิจัยฉบับย่อ เป็นรูปแบบการรายงานการศึกษาแบบกระชับ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษา แต่มีความสมบูรณ์ในเนื้อหาที่น่าสนใจ รูปแบบที่เขียนเป็นลักษณะคล้ายนิพนธ์ต้นฉบับ แต่จะสั้นและกระชับกว่า

ผู้นิพนธ์ที่ประสงค์จะส่งบทความให้ติดต่อ วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร งานห้องสมุดโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทร 042-176000 ต่อ 1042 และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แนบไฟล์บทความที่พิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word มาที่ E-mail address: skhjournal@gmail.com กองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบตามคำแนะนำ

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง บทความที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ ข้อเขียนและความคิดเห็นใด ๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนครเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข และไฟล์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Word for Windows ในกระดาษสัน ขนาด 8½ นิ้ว x 11 นิ้ว (A4) ด้วยอักษร Cordia New ขนาด 15 จำนวนไม่เกิน 10-12 หน้ากระดาษ (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) พิมพ์หน้าเดียว เว้นขอบทุกด้านประมาณ 1 นิ้ว ตาม Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (URMs) ที่รวบรวมโดย International Committee of

Medical Journal Editors (ICMJE) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;336:309–15 (updated February 2006) และสามารถสืบค้นได้ที่ <http://www.icmje.org/index.html> โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract)

บทนำ (Introduction) ซึ่งระบุกรอบแนวคิด (ถ้ามี) และวัตถุประสงค์ของบทความ

วิธีการวิจัย (Methods) ต้องระบุหัวข้อ “ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม” ด้วย

ผลการวิจัย (Results)

วิจารณ์ (Discussion) และสรุป (Conclusion)

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

เอกสารอ้างอิง (References)

ตาราง (Table)

ภาพ (Illustrations)

คำบรรยายภาพ (Legends for Illustration)

ต้นฉบับภาษาไทยควรพยายามใช้ถ้อยคำและศัพท์ภาษาไทยมากที่สุด โดยใช้ตามพจนานุกรมศัพท์แพทย์ อังกฤษ-ไทยและพจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ตัวสะกดให้อิงตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547

ตัวอย่างชื่อเรื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for Medical Procedure Training, a Trial in Blood Collection Procedure Training

บทคัดย่อ

ให้เขียนบรรยายในลักษณะ Structured abstract ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาประกอบด้วย

หลักการและเหตุผล (Background)

วัตถุประสงค์ (Objective)

วิธีการวิจัย (Methods)

รูปแบบการศึกษา (Design) เช่น descriptive,

case-control, randomized controlled trial

สถานที่ศึกษา (Setting) เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

การรักษา (Intervention) ถ้ามี เช่น ยาที่ใช้ การผ่าตัด

การวัดผล (Measurements)

ผลการวิจัย (Results)

สรุป (Conclusions)

คำสำคัญ (Key words) 2 ถึง 5 คำ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์ ต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการวิจัย (Methods) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำสถาบันที่ทำการวิจัย โดยบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับบทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วย ผู้นิพนธ์ต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการฯ

ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ

ให้พิมพ์แยกไว้ท้ายบทความ มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิที่ไม่รัดกุม ชัดเจน หรือมากเกินไปจนทำให้ภาพให้บันทึก โดยใช้นามสกุล .jpg หรือ .tif

การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 [(95%confidence interval (X, Y)] ชนิดของสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t test หรือ ANOVA test เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหาให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง โดยใช้ตัวเลขอารบิกด้วยไม่ใส่วงเล็บหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงใน

เนื้อหา โดยเขียนตามแบบของ URM's หรือที่เรียกกันว่า Vancouver Style ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;336:309–15 (updated February 2006) และชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

(เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

บทความในวารสาร (Journal article)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อย่อวารสาร / ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

เนสินี ไชยเอีย, อรวรรณ บุราณรักษ์, สมเดช พินิจสุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ลีลาธนาพิพัฒน์, ชัยดา สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทยใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2548;20(1):3–10.

Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde wire-guided fiberoptic intubation for difficult airway: A case report. J Med Assoc Thai 2005;88:845–8.

ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก กั้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-,) และตามด้วย และคณะ หรือ et al. สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อหนังสือ. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

สรราชย์ ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์. วิสัญญีวิทยาในสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2548.

Vatanasapt V, Sriipa B. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000.

บทในหนังสือ (Chapter in a book)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทในหนังสือ. / ใน: / ชื่อ

บรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อหนังสือ. / พิมพ์ครั้งที่. / เมืองที่พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์. / หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

บุญเกิด คงยิ่งยศ. เกสัชจลนศาสตร์. ใน: บุญเกิด คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, ปณต ตั้งสุจริต, บรรณาธิการ. เกสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2548. หน้า 27–53.

Sriipa B, Pairojkul C. Pathology of Cholangiocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sriipa B, editors. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000. p. 65–99.

สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material) – CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

– บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตและบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article on the Internet and E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อย่อวารสาร / [อินเทอร์เน็ต]. / เดือน ปีที่ตีพิมพ์ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; / ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. / เข้าถึงได้จาก: / <http://>

Authors. / Article Title. / Journal Title / [Internet]. / Date of publication / [Date of citation];Volume number(Issue number):first page–last page. / Available from: / <http://>

ตัวอย่าง

รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, จิราพร วัฒนศรีสิน. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน-ธันวาคม 2559

[เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]; 5:133–45. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/111206/86935/>

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required

– เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / [อินเทอร์เน็ต]. / เมือง: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; / เข้าถึงได้จาก: / <http://>

– สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่างๆ

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร. / ชื่อเรื่อง. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่.

Advanced Life Support Group. Acute medical emergencies: the practical approach. London: BMJ Books; 2001.

มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. รายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ; 2552.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจวิเคราะห์เมลามีน: คู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ [National guideline for melamine testing]. นนทบุรี: กรม; 2552.

– วิทยานิพนธ์(Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์]. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อมหาวิทยาลัย; / ปีที่พิมพ์.

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

– เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ (Conference proceedings)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / ใน: / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อการประชุม; / วัน เดือน ปีที่ ประชุม;

/ สถานที่จัดประชุม. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์. / หน้า / เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182–91.

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ขอส่ง ☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) ☐ บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article) ☐ รายงานผู้ป่วย (Case study)
☐ อื่นๆ ระบุ

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

คำสำคัญ (ภาษาไทย)

คำสำคัญ (ภาษาอังกฤษ)

ผู้เขียนหลัก (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนหลัก (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

หมายเหตุ: กรณีมีผู้เขียนร่วมมากกว่า 1 คน ให้ระบุเฉพาะคนที่ 1 คนอื่นๆ ระบุในบทคัดย่อ

ผู้รับผิดชอบบทความ ชื่อ.....สกุล.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

โดยบทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร

ลงนาม

(.....)

Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนครพิจารณา**1. เอกสารที่ต้องส่ง**

- ☐ หนังสือขอตีพิมพ์ตามแบบฟอร์มของวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร
- ☐ กรณีเป็นนักศึกษา ให้แนบหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าบทความได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว
- ☐ สำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (นิพนธ์ ดันฉับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา)

2. บทคัดย่อ (Abstract)

- ☐ ชื่อผู้เขียนแต่ละคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์คนละบรรทัด ชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษให้เขียนเต็ม ตามด้วยอักษรย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวา
- ☐ ใช้ *, **, *** แสดงลำดับของผู้เขียน
- ☐ ส่วนท้ายของหน้าให้ ขยายความของ * ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ ขณะทำวิจัย และสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา และระบุชื่อของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ต่อท้ายสถานที่ทำงาน
- ☐ ชื่อเรื่องจัดกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 17
- ☐ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษสอดคล้องกันและเขียนอย่างกระชับ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 15
- ☐ แยกบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้อยู่คนละหน้า
- ☐ บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างย่อ
- ☐ อธิบายการดำเนินงานวิจัยพอสังเขป
- ☐ มีข้อสรุปสำคัญ (important conclusions) ที่ได้จากการศึกษา
- ☐ ระบุคำสำคัญไม่เกิน 2- 5 คำ (เรียงลำดับตามความสำคัญ) ต่อท้ายบทคัดย่อแต่ละภาษาคำสำคัญไทยและอังกฤษมีความสอดคล้องกัน

3. กรณีการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์ให้มีหัวข้อ “พิจารณาทางด้านจริยธรรม” โดย

- ☐ ระบุในส่วนของวิธีการวิจัย (Method) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยประจำสถาบันที่ทำวิจัย
- ☐ เขียนอธิบายว่าผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างไร
- ☐ นิพนธ์ดันฉับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา ได้แนบสำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำสถาบันที่ทำการวิจัย

4. เนื้อหา (Text)

- ☐ ไม่ต้องจัดแบ่งคอลัมน์
- ☐ แต่ละส่วนของเนื้อหาไม่ต้องใส่หมายเลข แต่หัวข้อใช้ตัวหนา จัดชิดซ้ายและเรียงลำดับดังนี้ บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการวิจัย ผลการวิจัย วิเคราะห์และสรุปผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ตาราง และหรือ ภาพ บทความภาษาอังกฤษมีหัวข้อดังนี้ Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions, Acknowledgements, References, Table or Illustrations)

- ☐ หัวข้อเรื่องขอให้ใช้ตัวหนา ย่อหน้า 1 แท้ไป
- ☐ ใช้คำย่อเมื่อมีการใช้คำนั้นบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องใช้คำเต็มอีก
- ☐ คำว่า “et al.” ไม่ต้องทำตัวเอน เว้นช่องว่างระหว่างคำว่า “และ” ในการอ้างอิงผู้เขียนสองคน คำว่า “และคณะ” เขียนติดกัน
- ☐ การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใช้ตัวเลขอารบิกด้วยไม้ส่วงเล็บหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง เรียงตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา
- ☐ วิธีการศึกษาควรเขียนในรูปบรรยาย แยกเนื้อหาด้วยย่อหน้า
- ☐ ระบุช่วงเวลาดำเนินการศึกษาและสถานที่ทำการศึกษาย่างชัดเจน
- ☐ ระบุมารวิเคราะห์ทางสถิติหรือที่มาของค่าทางสถิติที่จะใช้ประกอบการแสดงผลการศึกษาย่างชัดเจน

5. เอกสารอ้างอิง References (เขียนอ้างอิงตามคำแนะนำของวารสาร)

- ☐ เรียงตามลำดับหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อหาบทความ โดยเขียนตามแบบของ Vancouver style
- ☐ ทุกอ้างอิงต้องมีการอ้างในเนื้อหา
- ☐ มีการให้ URLs ที่เข้าถึงได้ สำหรับเอกสารที่อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต

6. ตาราง (Tables)

- ☐ ตารางสร้างโดยใช้คำสั่งแทรกตารางใน Microsoft Word ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12-14
- ☐ ชื่อตารางอยู่เหนือตาราง จัดชิดซ้าย
- ☐ ตัวย่อในตาราง ให้มีคำอธิบายอยู่ด้านล่างของตาราง ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12
- ☐ การแสดงนัยสำคัญให้ ใช้ สัญลักษณ์ * หรือ ** สำหรับ $p < 0.05$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ
- ☐ การแสดงค่าเฉลี่ยต้องมีค่าการกระจายอย่างใดอย่างหนึ่งประกอบ เช่น %CV, SD, SE, ค่าต่ำสุด-สูงสุด, พิสัย เป็นต้น
- ☐ หากมีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่า p-value ต้องแสดงค่า standard error of mean (SEM) ประกอบ

7. ภาพ (Figures)

- ☐ ชื่อภาพอยู่เหนือภาพ จัดชิดซ้าย
- ☐ ภาพหรือกราฟที่แสดงไม่ซับซ้อนจนทำความเข้าใจได้ยาก
- ☐ ระบุชื่อแกนและหน่วยที่ชื่อแกนของกราฟ (ถ้ามี)



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
“วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร”

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานภาพของผู้พิมพ์ ☐ นิสิต / นักศึกษา ☐ อาจารย์ ☐ บุคคลทั่วไป

หมายเลขโทรศัพท์ E-mail address :

มีความประสงค์ที่จะตีพิมพ์บทความวารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร

หมายเหตุ

- 1) ค่าตีพิมพ์บทความ จำนวนเงิน 3,000 บาท/เรื่อง หากบทความของท่านเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้
กรุณาโอนเงินค่าตีพิมพ์บทความไปที่
ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาสกลนคร (ประเภทออมทรัพย์)
ชื่อบัญชี : มูลนิธิโรงพยาบาลสกลนคร
เลขที่บัญชี : 412-3-00875-5

- 2) กรุณาโอนเมื่อได้รับแจ้งจากฝ่ายจัดการของวารสารแล้วเท่านั้น

ข้าพเจ้าโอนเงินจำนวน บาท (.....) ดังได้แนบเอกสารการโอนเงินมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้พิมพ์
(.....)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบการชำระเงินเป็นอันถูกต้อง และได้ลงทะเบียนคุมรายชื่อสมาชิกไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ฝ่ายจัดการวารสาร
(.....)

วันที่





โรงพยาบาลสกลนคร

SAKONNAKHON HOSPITAL

วิสัยทัศน์



“โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำและศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน”

พันธกิจ



1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
3. พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย
5. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

ค่านิยม



“TEAMS”



Teamwork

มุ่งเน้น
การทำงาน
เป็นทีม



Excellent service

การบริหาร
สู่
ความเป็นเลิศ



Achievement

มุ่งมั่น
สู่
ความสำเร็จ



Moral

ดำรงไว้
ซึ่งคุณธรรม



Service mind

บริการ
ด้วยหัวใจ

อัตลักษณ์



“รับผิดชอบ มีวินัย ใส่ใจบริการ”

