



SANPATONG HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

ISSN : 3056-9699 (Online)



ฉบับปฐมฤกษ์

นายแพทย์ทวิช แก้วประเสริฐ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง



วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วยรวมทั้งปฏิกิริยาสาระความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุข
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศกำหนดออก : เผยแพร่ราย6เดือน ปีละ2ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวิช แก้วประเสริฐ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง

บรรณาธิการ

นายแพทย์ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

ดร.ธัญญกรณ์ ใจมั่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

1.ดร.นพ.ชาญณรงค์ พรหมพิงค์

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

2.ดร.ทพญ.ทัศนีย์ สลัดยะนันท์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

3.พว.ดอกรัก พิศาคำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

4.พว.พรวเดือน เนตรวิชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

5.พว.กรรณิการ์ จันตระ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6.ภก.วุฒิประกร หล้าอี่

เภสัชกรชำนาญการ

7.นพ.ปฎิญา สุริยงค์

นายแพทย์ปฏิบัติการ

8.พญ.ศศิวิมล มุลกะเยาว์

นายแพทย์

9.ร.ศ.ดร.เดชา ทำดี

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

10.ดร.วชิระ สุริยวงศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

11.ดร.วรรณภา พิพัฒน์ธนวงศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้



ผู้จัดการวารสาร

1.นายวัชร กันทะโย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานสุขศึกษา

คณะผู้จัดทำวารสาร

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1.นายพงศกร ชันแก้วมิ่ง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 2.นางสาวสวรินทร์ มูลดี | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 3.นายนันทรรัตน์ ปัญญามูล | ผู้ช่วยนักวิชาการสุขศึกษา |
| 4.น.ส.เกศกนก ฉัตรทอง | เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา |
| 5.น.ส.กรรณิการ์ กัณฑ์รินทร์ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 6.นายอรรถพงษ์ นระ | นักวิชาการสาธารณสุข |



สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

1. การสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร Traffic accident investigation ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์.....	1
2. หมวกกันน็อค Helmet ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์.....	7
3. ภาวะอ้วนลงพุง Abdominal obesity ธัญญกรณ์ ใจมั่ง.....	12
4. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ตำบลช้างเคือง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ Effects of a self-care program for preventing falls among elderly people at risk for falls. Chang Kheng Subdistrict, Mae Cheam District, Chiang Mai Province ประพันธ์ กันทจันทร์.....	18
5. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก The effect of mental health promotion program in elderly people with non - communicable disease: Base on positive psychology perspective วงศ์อัมพร ภิญญวงค์	36
6. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage Dyspnea among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease วรวิทย์ วงศ์อินทร์.....	46
7. การสอบสวนอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกำแพง ถนนทางหลวงชนบท ชม 3035 อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เดือน ตุลาคม 2565 Motorcycle accident crashed into the wall traffic accident investigation. Rural road CM 305 Sanpatong, Chiangmai on October 2022. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์.....	60



สารบัญ(ต่อ)

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

8.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม ตำบลยุหว่า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่	
Effects of Promoting a Self-Breast Examination Program on Self-Breast Examination Practice in Woman Breast Cancer Risk Group, Yuwa Sub-district, San Pa Tong District, Chiang Mai Province	
ธัญทิพย์ อินต๊ะสมบูรณ์.....	66
9.ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้	
Effects of nursing care based on theory of goal attainment on blood sugar controlling behaviors among persons with uncontrolled type 2 diabetes	
กรวิกา ผิวขาว.....	82



การสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

Traffic accident investigation

ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (Tanasit Wijitraphan)*

บทคัดย่อ

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ประกอบด้วย 4 ประการ ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ พลังงาน พาทะ และสิ่งแวดล้อม โมเดลที่นิยมใช้ในการสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจร คือ โมเดลความเสี่ยงของฮาดอน โดยโมเดลนี้ประกอบด้วย 4 คอลัมน์ ซึ่งประกอบด้วย ผู้บาดเจ็บ พลังงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ 3 แถว ซึ่งประกอบด้วยระยะเหตุการณ์ ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ โมเดลความเสี่ยงของฮาดอน ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในวิเคราะห์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร ซึ่งเรียกว่ากลยุทธ์ของฮาดอน

คำสำคัญ : การสอบสวนการบาดเจ็บ, อุบัติเหตุการจราจร, ความเสี่ยงของฮาดอน

*นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสันป่าตอง อีเมล: Tanasit.bird@gmail.com

Medical doctor, expert level. Sanpatong Hospital. Email: Tanasit.bird@gmail.com



Abstract

Factors that affect traffic injury are host, agent, vector, and environment. The most of models used for a traffic accident is Haddon's matrix model. This model contains 4 columns (host, vector, physical environment, and social environment) and 3 rows (pre-accident period, intra-accident period, and post-accident period). Haddon's matrix model analyzes to prevent traffic accidents. They called Haddon strategies

Keywords: injury investigation, traffic accident, Haddon's matrix

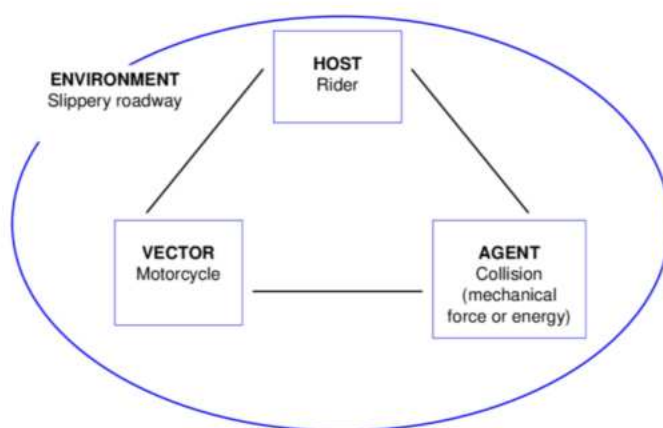
บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บด้วยกัน 4 ประการตามหลักของระบาดวิทยา ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ(Host) พลังงาน (Agent) พาหะหรือตัวนำพลังงาน(Vector) และสิ่งแวดล้อม(Environment) (Division of injury prevention, 2020)

William Haddon เป็นผู้เสนอแนวการวิเคราะห์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2513 (Waiyanet, 2017) โดยนำระยะเวลาเหตุการณ์ในการเกิดอุบัติเหตุและ

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บมาวิเคราะห์ร่วมกัน ซึ่งเรียกการวิเคราะห์แบบนี้ว่า Haddon's Matrix Model (Phonboon, 2021)

Haddon matrix เป็นโมเดลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการป้องกันอุบัติเหตุของงานสาธารณสุข (Kulliab, 2021)และหน่วยงานของสาธารณสุขจะใช้ประยุกต์โมเดลนี้ในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุหลากหลายรูปแบบ (Laohapiboonkul, 2020) , (Bureau of non-communicable diseases, 2019)



รูปที่ 1 แสดงตัวอย่างโมเดลการบาดเจ็บจากการขับขี่รถมอเตอร์ไซด์



เนื้อหา

Haddon matrix จะประกอบด้วยช่องที่มีองค์ประกอบ 4 คอลัมน์ และ 3 แถว โดยแต่ละแถวจะแสดงความแตกต่างของระยะเวลาเหตุการณ์ในการเกิดอุบัติเหตุที่แตกต่างกัน (ก่อนเกิดเหตุ ขณะ

เกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ) และในแต่ละคอลัมน์จะแสดงปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่แตกต่างกัน (ผู้บาดเจ็บ พลังงาน/พาหะ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม) (Haddon, 1999) ดังแสดงในรูปที่ 2

	ผู้บาดเจ็บ	พลังงาน/พาหะ	สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	สิ่งแวดล้อมทางสังคม
ก่อนเกิดเหตุ				
ขณะเกิดเหตุ				
หลังเกิดเหตุ				

รูปที่ 2 แสดงตาราง Haddon matrix

ช่องก่อนเกิดเหตุและผู้บาดเจ็บ

ในช่องนี้จะวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราขณะขับขี่ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมขับรถที่ไม่ดี เป็นต้น การได้รับข่าวหรือการศึกษาข้อมูลการเดินทางของผู้ขับขี่ทัศนคติของผู้ขับขี่ ความพิการหรือความไม่พร้อมของร่างกายผู้ขับขี่ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายของตำรวจ

ช่องก่อนเกิดเหตุและพลังงาน/พาหะ

ในช่องนี้จะวิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพของยานพาหนะอยู่ในสภาพดีพอกับการขับขี่

บนถนนโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น ระบบไฟฟ้าและท้ายรถ ระบบเบรก รวมถึงความเร็วในการขับขี่ เป็นต้น

ช่องก่อนเกิดเหตุและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ในช่องนี้จะวิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพถนน เช่น ถนนลื่น ถนนขรุขระไม่เรียบ มีทางโค้งที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การออกแบบถนน เช่นการสร้างลูกคลื่นบนผิวถนนเพื่อลดความเร็วของการขับขี่ การควบคุมความเร็วรวมถึงระบบไปสัญญาณจราจรของถนน เป็นต้น



ช่อก่อนเกิดเหตุและสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีกระตุ้น หรือช่วยลดการสัมผัสกับความเสียหายหรืออันตราย เช่น การที่สังคมยอมรับการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากได้ หรือการที่สังคมมีมาตรการลดเหล้าในช่วงเข้าพรรษาหรือเทศกาลต่างๆ การมีสะพานลอยหรือทางม้าลาย เป็นต้น

ช่อก่อนเกิดเหตุและผู้บาดเจ็บ

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ที่สามารถลดความรุนแรงของอุบัติเหตุได้ เช่น หมวกกันน็อก เข็มขัดนิรภัย หรือเบาะนิรภัยสำหรับเด็ก รวมถึงผู้ขับขี่ที่มีความทันท่วงทีเพียงพอต่อพลังงานที่ทำให้บาดเจ็บได้มากน้อยเพียงใด เป็นต้น

ช่อก่อนเกิดเหตุและพลังงาน/พาหะ

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องป้องกันการบาดเจ็บของยานพาหนะ เช่น ถุงลมนิรภัย รวมทั้งการมีระบบป้องกันการชนหรือที่ปลอดภัย เช่น ระบบ TCS และ ESP ซึ่งเป็นระบบป้องกันล้อหมุนฟรีและควบคุมการลื่นไถล พร้อมระบบควบคุมเสถียรภาพการทรงตัว ระบบตัดกำลังเครื่องยนต์ ระบบเตือนการชน และ ระบบ blind spot เป็นต้น

ช่อก่อนเกิดเหตุและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับอุปกรณ์บนถนนที่ช่วยลดความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุ เซกการ์ดเรลหรือราวเหล็กกั้นถนน ยางกันชนกำแพง

เป็นต้น รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพอื่นๆ เช่น ต้นไม้ที่อยู่ใกล้ถนนเกินไปหรือไม่

ช่อก่อนเกิดเหตุและสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการชนหรืออุบัติเหตุจราจร เช่น บทลงโทษในผู้ที่ขับรถชนแล้วมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด บทลงโทษในขับรถชนคนเดินถนนที่เดินข้ามทางม้าลาย เป็นต้น

ช่อก่อนเกิดเหตุและผู้บาดเจ็บ

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับความรุนแรงของการบาดเจ็บทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

ช่อก่อนเกิดเหตุและพลังงาน/พาหะ

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพยานพาหนะหลังชนสามารถนำผู้บาดเจ็บออกมาได้ง่ายหรือยากเพียงใด พาหนะมีความเสี่ยงในการเกิดไฟฟ้าหรือการระเบิดหรือไม่ เป็นต้น

ช่อก่อนเกิดเหตุและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ในช่อก่อนเกิดเหตุจะวิเคราะห์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการนำส่งผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล ความล่าช้าของรถพยาบาลในการมาถึงจุดเกิดเหตุ ความซุกซนวุ่นวาย รวมทั้งการเข้าถึงบริการทางกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังพ้นภาวะวิกฤต



ช่องหลังเกิดเหตุและสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ในช่องนี้จะวิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพสังคมในการเอื้ออำนวยต่อผู้พิการ เช่นที่จอดรถ ห้องน้ำสำหรับผู้พิการ รวมทั้งการรับเข้าทำงานของผู้พิการจากอุบัติเหตุจราจร (Leelakajornjit, 2015)

วัตถุประสงค์ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร (Rivers, 2011), (Vankirk, 2000)

การทำการวิเคราะห์โมเดลของ Haddon matrix มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร ซึ่งเรียกว่ากลยุทธ์ของ Haddon (Haddon strategies) โดยสามารถแบ่งได้ เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.ระยะก่อนเกิดเหตุ

-เพื่อป้องกันการมีของพลังงานกลที่เกิดขึ้นขณะขับขี่ยานพาหนะ

-เพื่อป้องกันการปลดปล่อยพลังงานกลที่เกิดขึ้นขณะขับขี่ยานพาหนะ

-เพื่อแยกพลังงานกลจากผู้ขับขี่ยานพาหนะ

-เพื่อให้มีระบบการป้องกันสำหรับผู้ขับขี่ยานพาหนะ

2.ระยะขณะเกิดเหตุ

-เพื่อลดจำนวนการมีพลังงานกลที่เกิดขึ้นจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร

-เพื่อควบคุมรูปแบบในการปลดปล่อยพลังงานกลให้มีการเสียหายน้อยที่สุด

-เพื่อควบคุมปฏิสัมพันธ์และแรงปะทะระหว่างผู้ขับขี่และพลังงานกลให้มีการเสียหายน้อยที่สุด

-เพื่อเพิ่มความสามารถในการกลับสู่สภาพเดิมของผู้ขับขี่ยานพาหนะ

3.ระยะหลังเกิดเหตุ

-เพื่อให้มีการเข้าถึงการระบบการรักษาที่รวดเร็วสำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

-เพื่อให้การรักษาและการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

บทสรุป

Haddon's matrix model เป็นโมเดลที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บกับระยะเวลาเหตุการณ์ มีประโยชน์ในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้



เอกสารอ้างอิง

- Bureau of non-communicable diseases.
(2019). **Guideline for operation and evaluation of road accident injury at the district level**. Nonthaburi: Public health ministry.
- Division of injury prevention. (2020). **Basic knowledge of traffic injury**. Nonthaburi: Public health ministry.
- Haddon W. (1999). **The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based**. *Inj Prev*, 5(3): 231-5.
- Kulliab S. (2021). **Lesson learned from power of collaboration on safety road at 41 areas**. 1st edition. Wanida publishing.
- Laohapiboonkul S. (2020). **Manual of road accident investigation**. Bangkok: Mittrapap Publishing and Studio.
- Leelakajornjit A. (2015). **Data management of road accidents**. Bangkok: Road safety policy foundation.
- Phonboon S. (2021). **Manual of the detective for a big bus accident**. Bangkok: road safety foundation.
- Rivers RW. (2011). **Traffic crash investigators' manual**. Illinois: Charles C Thomas publisher.
- Vankirk DJ. (2000). **Vehicular accident investigation and reconstruction**. Washington D.C: CRC press.
- Waiyanet N. (2017). **Manual of road traffic injury investigation**. Nonthaburi: The agricultural cooperative federation of Thailand.



หมวกกันน็อก

Helmet

ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (Tanasit Wijitraphan)*

บทคัดย่อ

หมวกกันน็อกเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยการสวมหมวกกันน็อกจะสามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะลงได้ รวมทั้งยังลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร โดยหมวกกันน็อกนั้นมียี่ห้อประกอบด้วยกัน 5 ส่วนได้แก่ เปลือกหมวกกันน็อก โฟมกันกระแทก ฟองน้ำหน้ากาก และสายรัดคาง ส่วนประเภทของหมวกกันน็อกแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ หมวกกันน็อกครึ่งใบ หมวกกันน็อกเปิดหน้า และหมวกกันน็อกเต็มใบ และการเลือกหมวกกันน็อกก็ควรมีการเลือกใช้ให้แบบถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ : หมวกกันน็อก, จักรยานยนต์, อุบัติเหตุจราจร

*นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสันป่าตอง อีเมล: Tanasit.bird@gmail.com

Medical doctor, expert level. Sanpatong Hospital. Email: Tanasit.bird@gmail.com



Abstract

The helmet is the equipment used when driving a motorcycle. Wearing a helmet can reduce the risk and severity of head injuries, and the risk of death from traffic injury. The helmet has five components (outer shell, impact-absorbing liner, comfort padding, comfort padding, Face shield, and chin strap). There are 3 types of helmets (half-face, open-face, and full-face). When choosing a helmet should be to wear the correct type and proper use.

Keywords: Helmet, Motorcycle, Traffic injury.

บทนำ

หมวกกันน็อก เป็นอุปกรณ์ลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร (Chanpanich, 2016), (Cheeseman, 2019) ซึ่งการขับซิ่งรถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกกันน็อกถือเป็นพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย (Bureau of non-communicable diseases, 2019) , (Kulliab, 2017)

การสวมหมวกกันน็อกสามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะลงได้ร้อยละ 72 (Cai, Chen, & Lee,2021). ลดความเสี่ยงการเสียชีวิตได้ร้อยละ 39 ในกรณีขับขี่ในความเร็วที่ไม่สูง (German, Soontornmoon, 2019).และลดค่ารักษาพยาบาลรวมถึงลดระยะเวลาในการที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลได้อีกด้วย (Tanaboriboon, Sateinnam 2005)

เนื้อหา

หมวกกันน็อกมีองค์ประกอบทั้งหมด 5 ส่วนดังนี้ (Thatum subdistrict administrative organization, 2021)

- 1.เปลือกหมวกกันน็อก (outer shell) ส่วนนี้จะทำหน้าที่ในการรับแรงกระแทกแล้วกระจายไปรอบๆหมวก เพื่อดูดซับแรงก่อนถึงศีรษะ โดยต้องมีความหนาเปลือกนอกไม่ต่ำกว่า 4 มิลลิเมตร
- 2.โฟมกันกระแทก (impact-absorbing liner) ส่วนใหญ่ทำมาจาก Styrofoam ซึ่งเป็นชั้นที่หนาที่สุด เพื่อดูดซับแรงกระแทกไว้ โดยโฟมต้องแข็ง และมีความหนาตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตรขึ้นไป
- 3.ฟองน้ำ (comfort padding) ส่วนนี้จะทำหน้าที่ให้สวมใส่ได้สบาย กระชับกับศีรษะของผู้สวมใส่ ไม่ทำให้หมวกหมุนหรือขยับโดยง่าย



4. หน้ากาก (Face shield) ส่วนนี้จะมีหน้าที่ในการกันลม เศษหิน หรือวัสดุต่างๆ ไม่ให้กระทบหน้า เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายแก่ลูกตาของผู้ขับขี่ โดยต้องมีการกันแสงตั้งแต่ร้อยละ 50-80 ต้องระบุข้อความไว้ในกลางวันเท่านั้น

5. สายรัดคาง (chin strap) ส่วนนี้จะมีหน้าที่ในการรัดให้หมวกกันน็อคติดแนบกับศีรษะ

ไม่หลุดง่าย หากรัดไม่แน่นหรือไม่รัด หมวกอาจจะหลุดออกจากศีรษะได้ซึ่งจะทำให้ศีรษะมีความเสี่ยงได้รับอันตรายและบาดเจ็บเหมือนไม่ได้สวมใส่หมวก โดยสายต้องมีความแข็งแรง ตัวล็อคต้องแน่น สายถักต้องบีบ ตัดแน่นและมีความกว้างไม่น้อยกว่า 20 มิลลิเมตร



รูปที่ 1 แสดงส่วนประกอบของหมวกกันน็อค

ประเภทของหมวกกันน็อค (Bureau of Welfare, 2022)

หมวกกันน็อคสามารถแบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. หมวกกันน็อคครึ่งใบ (Half-face)

เป็นหมวกกันน็อคที่สวมใส่ง่ายและราคาถูก แต่มีประสิทธิภาพในการป้องกันที่ต่ำมาก เนื่องจากหมวกอยู่บริเวณกระหม่อมศีรษะ ซึ่งหากเกิด

อุบัติเหตุจะป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ค่อนข้างน้อยมาก

2. หมวกกันน็อคเปิดหน้า (Open-face)

เป็นหมวกอีกแบบที่นิยมใช้งาน เนื่องจากใช้ง่าย สวมใส่สบาย เหมาะกับการขับขี่ในเมือง หรือเดินทางระยะกลาง เนื่องจากมีมุมมองกว้าง มองเห็นได้ง่าย หันหน้าได้สะดวก แต่หมวกชนิดนี้จะมีข้อเสียคือไม่ปกปิดใบหน้าตั้งแต่บริเวณส่วนคางขึ้นไปจนถึงหน้าผาก



3.หมวกกันน็อกเต็มใบ (Full-face)

เป็นหมวกกันน็อกที่มีความปลอดภัยที่สุด โดยจะมีส่วนของการป้องกันครอบคลุมทั้งศีรษะ ตั้งแต่หลังท้ายทอย ใบหน้าจนถึงคาง เหมาะกับการขับขี่ด้วยความเร็วสูง แต่ข้อเสียคือสวมใส่ค่อนข้างยาก และอาจอึดอัดสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการสวมใส่

การเลือกหมวกกันน็อก (Atalian global services, 2022)

1.หมวกกันน็อกต้องมีน้ำหนักพอดี ไม่เบาหรือหนัก เพื่อป้องกันความเมื่อยเวลาสวมใส่

2.หมวกกันน็อกต้องทำมาจากวัสดุที่แข็งแรง

ทนทานต่อแรงกระแทก

3.หมวกกันน็อกต้องใส่กระชับพอดีศีรษะ ไม่รัดหรือหลวมเกินไป

4.ควรใช้หมวกกันน็อกต้องมีเครื่องหมายรับรอง มาตรฐาน มอก.

5.ควรเปลี่ยนหมวกกันน็อกทุกๆ 3-5 ปี เพื่อป้องกันการเสื่อมอายุการใช้งาน หรือควรเปลี่ยนหมวกกันน็อกทุกครั้งเมื่อได้รับการกระแทก



รูปที่ 2 ประเภทของหมวกกันน็อก

บทสรุป

การสวมใส่หมวกกันน็อกสามารถลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร และการเลือกหมวกกันน็อกก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยควรเลือกหมวกกันน็อกที่เหมาะสม และ

เปลี่ยนหมวกกันน็อกตามระยะเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการกระแทก จะทำให้ผู้ขับขี่

รถจักรยานยนต์มีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจร



เอกสารอ้างอิง

- Atalian global services. (2022). **Helmet moment**. Bangkok: Atalian global services.
- Bureau of land transport welfare. (2022). **Safety driving manual**. Bangkok: Department of land transport.
- Bureau of non-communicable diseases. (2019). **Road safety for all**. Nonthaburi: Public health ministry.
- Cai D, Chen Y, Lee C. (2021). **The effects of wearing helmets on reaction of motorcycle riders**. Vehicle, 3(4): 840-850.
- Chanpanich P. (2016). **Guidelines for road accident injury prevention at the area level**. Nonthaburi: Public health ministry.
- Cheeseman Y. (2019). **The lesson of promotion and 100 % helmet law enforcement**. Bangkok: Klakao inspiration.
- German CA, Soontornmoon K. (2019). **A systematic review on epidemiology and promotion of motorcycle helmet use in Thailand**. Sage journals, 31(5).
- Kulliab S. (2017). **Lesson learned from helmet law enforcement, Provincial police region8**. Khonkaen: Khonkaen publishing.
- Tanaboriboon Y, Sateinnam T. (2005). **Traffic accident in Thailand**. IATSS research, 29(1): 88-100.
- Thatum subdistrict administrative organization. (2021). **Safety driving school**. Phitsanulok: Thatum subdistrict administrative organization.



ภาวะอ้วนลงพุง Abdominal obesity

ธัญญภรณ์ ใจมั่ง (Thunyaporn Jaimung)*

ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (Tanasit Wijitraphan)**

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนลงพุงเป็นภาวะที่มีปริมาณไขมันในช่องท้องมากเกินไป ทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดได้ สาเหตุของภาวะอ้วนลงพุงเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ การบริโภคที่มีพลังงานสูงและไขมันที่ไม่ดีต่อร่างกาย มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ทั้งนี้ แนวทางแก้ไขภาวะอ้วนลงพุงสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งบทความนี้ได้เสนอวิธีการลดภาวะอ้วนลงพุงด้วยการสร้างกล้ามเนื้อของร่างกาย ให้มีขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ดังนี้ 1)การฝึกกล้ามเนื้อด้วยการใช้ความต้านทาน ให้กล้ามเนื้อมีการยืดยาวและหดตัว โดยใช้น้ำหนักหรือเครื่องมือ 2)การบริโภคโปรตีนอย่างเพียงพอในอาหารสำคัญสำหรับการสร้างกล้ามเนื้อ 3)การพักผ่อนให้เพียงพอ 4)บริหารจัดการเตรียมความพร้อมทางจิตใจและมีวินัยในการฝึกซ้อม ซึ่งจะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม แก้ไขปัญหาลดภาวะอ้วนลงพุง จะนำไปสู่ร่างกายและจิตใจที่สมดุล ทำให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีกำลังใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนลดปัญหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ดังนั้น ผู้ที่ต้องการลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง จึงควรฝึกตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีวินัยในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพ จะส่งผลให้ร่างกายมีประสิทธิภาพ มีความเข้มแข็งทางใจ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: อ้วนลงพุง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสันป่าตอง อีเมล: thun.kmcmu@gmail.com

Registered Nurse, Senior Professional level. Sanpatong Hospital. Email: thun.kmcmu@gmail.com

**นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสันป่าตอง อีเมล: Tanasit.bird@gmail.com

Medical doctor, expert level. Sanpatong Hospital. Email: Tanasit.bird@gmail.com



Abstract

Abdominal obesity is a condition in which there is an excessive amount of fat in the abdominal cavity. There is a risk for hypertension, diabetes, heart, and vascular disease. The causes of abdominal obesity have many factors, including the consumption of high energy and fats, lack of physical activity, not enough exercise, smoking habits, alcohol drinking, and not enough sleep. However, there are many ways to solve the problem of abdominal obesity. This article proposes a method for reducing Abdominal obesity by bodybuilding. To increase muscle size and strength as follows: 1) weight training: Strengthen the muscles to lengthen and contract by weights or tools 2) consuming enough protein in foods for building muscle 3) sleep effectively 4) mental health management, preparing and being disciplined in the training. Overall, Solving the problem of abdominal obesity will lead to a balanced body and mind. The increase of confidence by the owner. with encouragement to solve various problems. As well as reducing the risk of various diseases, high blood pressure, diabetes, heart disease, etc. Therefore, people who want to reduce the risk of chronic disease should have the discipline of training regularly. The results are more efficient body and mind; it benefits for owner, family, and communities.

Keywords: abdominal obesity

บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง การสะสมของไขมันในบริเวณท้องมากขึ้น โดยมักจะเกิดขึ้นได้หลังจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน และการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญพลังงาน อาจส่งผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการเสี่ยงต่อโรคหัวใจและเบาหวาน ทั้งนี้ภาวะอ้วนลงพุงสามารถตรวจเช็คได้โดยการวัดวงรอบเอว ที่มีขนาดรอบเอวเกินกว่าเกณฑ์ตามมาตรฐานสำหรับผู้ชายวงรอบเอวเกินกว่า 90 เซนติเมตร และสำหรับผู้หญิงวงรอบเอวเกินกว่า 80 เซนติเมตร ทั้งนี้ไขมันในช่องท้องมีหลายประเภท มี 2 ประเภทที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้มากคือ 1) ไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Fat) ไขมันนี้อยู่ใต้ผิวหนังและมักเป็นไขมันที่เกิดขึ้นจากการรับประทานอาหาร

มากเกินไปหรือรับประทานอาหารที่มีประสิทธิภาพต่ำ ไขมันใต้ผิวหนังมักไม่มีผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานหรือโรคหัวใจ แต่หากมีปริมาณมากเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคตับอ่อนได้ 2) ไขมันในช่องท้อง (Visceral Fat) เป็นไขมันที่อยู่รอบอวัยวะในช่องท้อง เช่น ไขมันที่ซ่อนอยู่ระหว่างเนื้ออวัยวะ ไขมันในช่องท้องมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง การมีปริมาณไขมันในช่องท้องมาก ทำให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการลดไขมันในช่องท้องอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้



ภาวะอ้วนลงพุงมีสาเหตุเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงและไขมันที่ไม่ดีต่อ

แนวทางแก้ไขภาวะอ้วนลงพุงสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ 1) การออกกำลังกาย ได้แก่ การวิ่ง การว่ายน้ำ หรือกิจกรรมที่เพิ่มการใช้พลังงาน เช่น ปั่นจักรยาน โยคะ 2) การลดปริมาณอาหารที่มีพลังงานสูงและไขมันไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหาร fast food และอาหารที่มีน้ำตาลและโซเดียมสูง 3) การรักษาการนอนให้เพียงพอและมีคุณภาพ จะช่วยลดการสร้างฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความอยากอาหารมากขึ้น 4) การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และน้ำตาลชนิดต่างๆ 5) การลดความเครียด เนื่องจากความเครียดสามารถทำให้ระบบฮอร์โมนแปรปรวน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันในพุงได้ การใช้เทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การฝึกสมาธิหรือการฝึกโยคะ อาจช่วยลดความเครียดได้ (Kiewdee, 2023) ทั้งนี้ การผสมผสานการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญในการลดอ้วนลงพุงและสร้างสุขภาพที่ดีให้กับร่างกาย สำหรับข้อควรระวังในการลดพุงที่ควรทราบ ได้แก่ 1) การไม่รับประทานอาหารเพียงพอ การลดพุงโดยการลดปริมาณอาหารอาจทำให้ขาดสารอาหารสำคัญและส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม 2) การออกกำลังกายที่รุนแรงเกินไปโดยไม่มีการเตรียมความพร้อมหรือไม่มีการอบอุ่นอาจเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยล้าได้ 3) การลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว อาจทำให้ร่างกายสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและ

สุขภาพ การเคลื่อนไหวน้อยหรือไม่มีการออกกำลังกายที่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น (Lerdsil, 2024) น้ำตาลในเลือดลดลง รวมทั้งเสี่ยงทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอ 4) การลดพุงโดยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาลดพุงโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือใช้วิธีที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ การลดพุงควรทำอย่างรอบคอบ โดยปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางโภชนาการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์และปลอดภัย (Chainarong et.al, 2019)

ในบทความนี้ได้เสนอวิธีการลดพุงด้วยการสร้างกล้ามเนื้อของร่างกาย เพื่อเพิ่มขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อให้มากขึ้น สามารถทำได้โดยการฝึกซ้อมกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การฝึกกล้ามเนื้อ ด้วยการใช้ความต้านทาน ให้กล้ามเนื้อมีการยืดยาวและหดตัว โดยใช้น้ำหนักหรือเครื่องมือ เช่น ดัมเบล แท่งเหล็ก หรือเครื่องออกกำลังกาย 2) การบริโภคโปรตีนอย่างเพียงพอในอาหารสำคัญสำหรับการสร้างกล้ามเนื้อ โปรตีนจะช่วยซ่อมแซมเซลล์กล้ามเนื้อที่เสียหายและสร้างกล้ามเนื้อใหม่ 3) การพักผ่อนให้เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างกล้ามเนื้อ ซึ่งกระบวนการซ่อมแซมและการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อมักเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ร่างกายหยุดพักผ่อน 4) บริหารจิตใจเตรียมความพร้อมทางจิตใจและมีวินัยในการฝึกซ้อม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างกล้ามเนื้อได้ (Khumprommarach, 2018)



1) การฝึกกล้ามเนื้อ ด้วยการออกกำลังกาย สร้างกล้ามเนื้อ มักต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถทำได้ผลลัพธ์ที่มั่นคง และมีประสิทธิภาพต่อร่างกายในระยะยาว ทั้งนี้ การฝึกกล้ามเนื้อแบบเบื่อง่ายๆ โดยการ ใช้ดัมเบล สามารถทำได้ดังนี้ 1.1) เลือก น้ำหนักดัมเบลที่เหมาะสมกับความแข็งแรงของ ร่างกาย 1.2) เริ่มฝึกออกกำลังกาย: ยืนตรง->หลัง ตรง-> มือทั้งสองข้างถือดัมเบล->จับดัมเบลไว้หน้า ลำตัว->ยกดัมเบลขึ้น ด้วยกล้ามเนื้อแขน ->เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อที่ต้องการฝึก 1.3) ยกแขน ขึ้นและลงในขณะที่ถือดัมเบล ยกขึ้นจนมืออยู่ใกล้ ที่สุดกับไหล่หรือเล็กน้อยกว่านั้น จากนั้นลดลงอย่าง ช้าๆ และควบคุมการเคลื่อนไหว 1.4) ซ้อมอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้กล้ามเนื้อได้รับการ กระตุ้นและเจริญเติบโต 1.5) เพิ่มจำนวนและ น้ำหนักเมื่อรู้สึกว่าการฝึกด้วยน้ำหนักปัจจุบันไม่ ทำหาย ให้ลองเพิ่มน้ำหนักหรือจำนวนชุดซ้อม 1.6) พักระหว่างชุดซ้อมให้กล้ามเนื้อได้ใช้เวลาใน การซ่อมแซมและเจริญเติบโต 1.7) รักษาท่าทาง ที่ถูกต้อง ป้องกันการบาดเจ็บและเพิ่มประสิทธิภาพ ในการฝึกซ้อม ทั้งนี้ การซ้อมดัมเบลสามารถทำได้ ทุกวันหรืออย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และควร เพิ่มระดับความยากขึ้น เมื่อร่างกายเริ่มปรับตัวกับ การฝึกซ้อมดัมเบลอย่างพอดี (Chaisurin, 2022)

2) การบริโภคโปรตีนอย่างเพียงพอ เพื่อ สร้างกล้ามเนื้อ อาหารควรมีลักษณะเป็นโปรตีนที่มี คุณภาพสูง ได้แก่ 2.1) เนื้อสัตว์ เช่น เนื้อปลา ไก่ เนื้อวัว หรือเนื้อหมูเสริมโปรตีนคุณภาพสูง ช่วยในการสร้างกล้ามเนื้อ 2.2) ไข่ มีโปรตีนสูงและ มีสารอาหารที่สำคัญ ไขมันไม่อิ่มตัว วิตามินและแร่ ธาตุ 2.3) ถั่วและเมล็ดพืช ถั่วเหลือง ถั่วลิสง มี โปรตีน ไขมันดี และใยอาหาร 2.4) ผลไม้และผัก มี

ค่าโปรตีนต่ำ แต่มีสารอาหารอื่นๆ เช่น วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร 2.5) โปรตีนจากเนื้อสัตว์ เช่น whey protein หรือ casein protein เป็นการ เสริมโปรตีนที่สะดวกและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ ที่ต้องการเสริมโปรตีน 2.6) คาร์โบไฮเดรต เป็นแหล่ง พลังงานสำหรับการฝึกซ้อมและช่วยในการเติบโต ของกล้ามเนื้อ เช่น ข้าว แป้ง 2.7) ไขมันดี มีบทบาท ในการสร้างฮอร์โมนที่สำคัญ เช่น ฮอร์โมนการ เจริญเติบโต ซึ่งสามารถพบได้ในอาหารเช่น นม ไข่ ไข่ ไขมันดี ทั้งนี้ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีน คุณภาพสูงพร้อมกับคาร์โบไฮเดรตในสัดส่วนที่ เหมาะสม จะช่วยให้ร่างกายมีพลังงานเพียงพอใน การฝึกซ้อม และสร้างกล้ามเนื้อได้อย่างมี ประสิทธิภาพ(Detkhajornyuth, 2014)

3) การพักผ่อนให้เพียงพอ สร้างสุขนิสัยการ นอนเพื่อสร้างกล้ามเนื้อและฟื้นฟูร่างกาย วิธีนอน ให้มีประสิทธิภาพมีดังนี้ 3.1) ปรับเวลาการนอน ควรนอนในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน เพื่อสร้าง ลักษณะนิสัยภายในร่างกาย 3.2) สร้าง สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จัดห้องนอนให้มีแสง น้อย อากาศถ่ายเทดี และอุณหภูมิที่สบาย 3.3) ปรับห้องนอนให้เงียบสงบ ปิดโทรทัศน์และ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 3.4) หลีกเลี่ยงการดื่มสาร กระตุ้นในช่วงใกล้เวลานอน ได้แก่ กาแฟ ชาและ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ หรือนิโคติน 3.5) สร้างนิสัยนอน เตรียมตัวสำหรับการนอนให้ มีประสิทธิภาพ โดยการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลงผ่อนคลาย หรือ การออกกำลังกายเบาๆ 3.6) ตั้งเวลาตื่นและเวลา นอนให้เหมาะสม เพื่อช่วยปรับสมดุลระบบนอน และการตื่นของร่างกาย 3.7) ลดการใช้สมาร์ต โฟนหรือแท็บเล็ตก่อนนอน เนื่องจากแสงสีฟ้าจาก อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ สามารถทำให้ร่างกายไม่มี



ความพร้อมสำหรับการนอนได้ ทั้งนี้ การสร้างนิสัยการนอนที่ดีอาจใช้เวลาและความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจ

4) บริหารจิตใจเตรียมความพร้อมทางจิตใจ ด้วยการปรับกระบวนการความคิด จัดการกับความคิดที่ไม่พึงประสงค์หรือทำร้ายตนเองได้ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 4.1) การตระหนักรู้ เริ่มต้นด้วยการตระหนักรู้ถึงความคิดที่เกิดขึ้นในใจ ฝึกยอมรับความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นทุกขณะ ทบทวนและจดบันทึกเหตุการณ์ประจำวันบ่อยๆ 4.2) ทำสัญญาเตือน เมื่อมีความคิดที่ไม่พึงประสงค์หรือทำร้ายตนเองเกิดขึ้น ทำสัญญาเตือนตัวเอง โดยการวิเคราะห์และตั้งคำถามต่อความคิดนั้นตามความเป็นจริง ฝึกสังเกตความรู้สึกและความคิดของตนเอง 4.3) การแก้ไขความคิดที่ไม่พึงประสงค์ ไม่มีความสมเหตุสมผลหรือไม่เหมาะสม โดยพยายามเปลี่ยนแปลงหรือสร้างบริบทให้เป็นบวกและสร้างความสุขสำหรับตัวเอง โดยการใช้เทคนิค เช่น การเปลี่ยนแปลงมุมมอง หาสิ่งที่ดีในสถานการณ์ 4.4) ฝึกสมาธิเป็นวิธีที่ดี ในการเพิ่มความตั้งใจในการควบคุมความคิด รวมไปถึงการฝึกโยคะก็เป็นการฝึกที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน 4.5) หาผู้สนับสนุน ในเวลาที่คุณรู้สึกเหนื่อยหรือ

มีปัญหาในการจัดการกับความคิด พยายามค้นหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ เช่น การพูดคุยกับเพื่อน หรือการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา 4.6) สร้างความมั่นคงทางสุขภาพจิตด้วยการรักษาสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิตใจ ด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การนอนหลับเพียงพอ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Department of Health, 2020)

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม ด้วยการแก้ไขปัญหาลดภาวะอ้วนลงพุง สร้างกล้ามเนื้อให้กับร่างกาย จะนำไปสู่ร่างกายและจิตใจที่สมดุล ทำให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีกำลังใจในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมไปถึงลดปัญหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆที่เกิดจากภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ดังนั้น เราจึงควรฝึกตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีวินัยในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกาย มีความเข้มแข็งทางใจ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับตนเองและครอบครัว ไปจนถึงชุมชนและประเทศชาติได้



เอกสารอ้างอิง

- Chainarong Austtasit, Srisaphonphusitti Lertwanlop, Sota Chulaporn. (2018). **A Study of the Relationship of Self-Efficacy and Perception of the Walking-Running Behavior on Body Fat Level, Waist Circumference and Body Mass Index of the Elderly.** Master of Science Degree, Faculty of Sports Science. Burapha University, Chonburi, Thailand.
- Department of Health. (2020). **Guide to sleeping for good health**. Physical Activity Division for Health Department of Health. Nonthaburi.
- Patcharin Chaisurin. (2022). **Stretching Exercises for Preventing Work-Related Musculoskeletal Disorders.** Uttaradit Journal, 14(1): 243-252.
- Detkhajornyuth Suradet. (2014). **The Study of Whey Protein Consumption Behavior on Weight Training Exercise: Case Study of Bangkok and Suburban Area.** Master of Management Degree, School of Management Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Khumprommarach Supanithi). (2017). **The Development of Exercise Program for Fat Loss by Personal Trainer .**

Master's degree in Sports Science, Faculty of Education Maha, Sarakham Rajabhat University, Maha Sarakham, Thailand.

- Sutinee Kiewdee. (2023). **Effects of Arm Swing Exercise and Dietary Control Program on Body Mass Index and Waist Circumference among Obese Person in MaharajNakorn ChiangMai Hospital.** Journal of Health Sciences Scholarship, 10(2):1-15.

- Waraporn Lerssil. (2024). **Effects of Health Promotion to Health Behaviors, Risk of Metabolic Syndrome in Personnel of Suratthani Hospital in Control Diet, Exercise and Emotion.** Journal of Suratthani Hospital, 1(1)



ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ตำบลช่างเคิ่ง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

Effects of a self-care program for preventing falls among elderly people at risk for falls, Chang
Kheng Subdistrict, Mae Cheam District, Chiang Mai Province

ประพันธ์ กันทจันทร์ (Prapan Kantajan)*

บทคัดย่อ

ภาวะหกล้มเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วย และความพิการในผู้สูงอายุ การหกล้มของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพราะไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว อันได้แก่คนในครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ จึงได้มีการศึกษาภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ตำบลช่างเคิ่ง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pre and posttest design) จากกลุ่มตัวอย่าง 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 รายและกลุ่มควบคุม 32 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มควบคุม 32 รายได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้านของผู้สูงอายุ และแบบประเมินจำนวนครั้งในการหกล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pair Sample T-test และสถิติ Chi-Square ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่ม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและจำนวนครั้งของการหกล้มน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และยังพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และจำนวนครั้งของการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) การวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุดังกล่าว ช่วยป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งสามารถนำไปใช้ส่งเสริมการดำเนินงานผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้

คำสำคัญ: หกล้ม, ผู้สูงอายุ, เชียงใหม่

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทรตันเวชชานุกุล เฉลิมพระเกียรติ 60พรรษา อีเมล:Kawhorm_sompore@hotmail.com

Registered Nurse, Professional level .Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri

Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary. email:Kawhorm_sompore@hotmail.com



Abstract

Falls are a significant cause of illness and disability among elderly people .The impact of falls extends beyond the elderly, affecting family members and caregivers physically, mentally, socially, and economically .This study investigated the effects of a self-care program for preventing falls among elderly people at risk for falls in Chang Kheng Subdistrict, Mae Cheam District, Chiang Mai Province .This quasi-experimental research used a two-group pretest-posttest design with 64 participants, divided into an experimental group and a control group, each comprising 32 individuals .The experimental group received the fall prevention program, while the control group received standard care .The research instruments included the self-care program for fall prevention and data collection tools such as personal information questionnaires, self-care behavior assessment forms for fall prevention at home, and fall frequency assessment forms . Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-tests, and chi-square tests .The results showed that after participating in the program, the experimental group exhibited significantly higher self-care behaviors and fewer falls compared to before the intervention ($P < .05$)Furthermore, the experimental group demonstrated significantly better self-care behaviors and fewer falls than the control group ($P < 0.05$)This research indicates that the self-care program for fall prevention effectively reduces falls and promotes self-care behaviors among elderly people .These findings can be applied to proactive elderly care programs within communities to help elderly individuals live independently and safely in society.

Keywords: Fall, Elderly, Chiangmai



บทนำ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆของร่างกาย มีความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น และพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น ดังนั้นการหกล้มจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจุบันพบว่า สถานการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาหลายๆ ประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ผ่านมาในประเทศต่างๆ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 30 (Musikarayakul & Sukonthasab, 2022), (Batea et al., 2022) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีทั่วโลก (Phu et al, 2022) และจากรายงานการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าล้านคน มีประวัติการพลัดตกหกล้มหรือ 1 ใน 4 คนของผู้สูงอายุ มีประวัติการพลัดตกหกล้ม (Center for Disease Control and Prevention, 2019) นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 41.1 เป็นผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มจะมีประวัติการพลัดตกหกล้มซ้ำ (Rietdyk et al, 2022) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มซ้ำถึงร้อยละ 50 (Zhou et al, 2022)

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุนั้นนอกจากการจัดการกับปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ การมองเห็น การใช้ยา และการทรงตัว ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การเปลี่ยนท่าทาง การออกกำลังกาย การสวมใส่เสื้อผ้า รองเท้าและใช้กายอุปกรณ์เหมาะสม นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ก็เป็นสิ่งสำคัญซึ่งผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ดังนั้นครอบครัว อาสาสมัคร สาธารณสุข และชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม

จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.2560 -2564 พบว่า การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบความชุกการหกล้ม ร้อยละ 16.90 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะหกล้มเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วย และการพิการในผู้สูงอายุ การหกล้มของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพราะไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว อันได้แก่คนในครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้าน สุขภาพจิตและสังคม และด้านเศรษฐกิจ ผลของการหกล้มที่คุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ กระดูกสะโพกหัก ทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดและนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และมักส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด โดยพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 และร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้นั้น ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพนาน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล (Lecktip et al, 2019)

อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 8,743 คน และได้รับการคัดกรองจำนวน 7,304 คน พบมีเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 496 คน คิดเป็นร้อยละ 6.79 คน และพบมีความเสี่ยงสมองเสื่อม 350 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.79 มีความเสี่ยงด้านการมองเห็น 1,240 คน คิดเป็นร้อยละ 16.97 (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2023)ส่งผลทำให้พบอุบัติการณ์ผู้สูงอายุหกล้มและมีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก ในปี พ.ศ.2565 จำนวน 8 คน, ในปี พ.ศ.2566 พบจำนวน 23 คน ซึ่งอายุที่พบอยู่ในช่วง อายุ 70-85ปี



และ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล เทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัด เชียงใหม่ รับผิดชอบดูแลตำบลช่างเคิ่ง อำเภอแม่แจ่มจังหวัด เชียงใหม่ ซึ่งเป็นตำบลที่พบอัตราการเกิดอุบัติเหตุการล้ม ในผู้สูงอายุ และมีภาวะกระดูกสะโพกหักมากที่สุด ในปี พ.ศ.2565 พบจำนวน 4 คน จาก ผู้ป่วยทั้งหมด 8 คน และ ในปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วย 9 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 23 คน (DebaratanaVejjanukulaHospitalCommemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary,2023) จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้สูงอายุในอำเภอแม่แจ่ม พบอุบัติการณ์ การเกิดข้อสะโพกหัก มีอัตราเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบล ช่างเคิ่ง เนื่องจากเป็นตำบลที่อยู่ในความรับผิดชอบและเป็น ตำบลที่พบอุบัติการณ์มากที่สุด

จากการทบทวนพบว่า การเสริมสร้างความสามารถ ให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอและ เหมาะสมจะช่วยป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งทฤษฎีที่สอดคล้อง ในการเพิ่มความสามารถ ผู้สูงอายุในการพัฒนาการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้ม คือ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ของโอเร็ม (Orem, Taylor, and Renpenning, 2001) ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ นำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง Self-care deficit ซึ่งเป็นทฤษฎีหนึ่งในทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดโปรแกรมการดูแล ตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้ม เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันการหกล้ม แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการ ที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการป้องกันการหกล้ม สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนในด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ยังสามารถลดภาระในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูก ข้อสะโพกหักได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการ ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้ม ต.ช่างเคิ่ง อ.แม่แจ่ม จ.เชียงใหม่

2.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการหกล้มและ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการ ดูแลตนเอง ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความ เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

3.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการหกล้มและ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่นิยมและศึกษากันอย่าง แพร่หลาย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การป้องกันการหกล้ม แบบปัจจัยเดียว และการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย การป้องกันการหกล้มแบบปัจจัยเดียวเป็นการดำเนินกิจกรรม เพียงแค่อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น เพื่อป้องกันและ ลดอุบัติการณ์ของการเกิดหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ที่นิยม นำมาศึกษาเพื่อป้องกันการหกล้มจะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และการทรงตัวในผู้สูงอายุดีขึ้น สามารถลดการหกล้มได้ เช่น การออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ และการปรับปรุง สภาพแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังการศึกษา ของ (Suankool et al.,2023)ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการ ป้องกันการพลัดตก



หกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผลการศึกษาหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีคะแนน Thai-FRAT $p < 0.05$ และมีผลการทดสอบ TUGT $p < 0.05$ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย 24 สัปดาห์ ผู้สูงอายุหลังมีประวัติการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และการศึกษาของ (Wongsawang et al., 2017) ศึกษาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านกับการพลัดตกหกล้มพบว่า บริเวณบันไดมีแสงสว่างไม่เพียงพอและบริเวณทางเดินมีสายไฟ สายโทรศัพท์หรือสายพ่วงต่อพาดผ่านมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ การวิจัยนี้เสนอแนะให้มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในตัวบ้านของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเพิ่มแสงสว่างให้เพียงพอบริเวณบันไดและจัดบริเวณทางเดินให้โล่ง ไม่มีสิ่งของกีดขวางรวมไปถึงการศึกษาของ (Cheepat et al. 2017) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งสนับสนุนการนำโปรแกรมการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันการหกล้ม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดภาวะพึ่งพิง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

การป้องกันหกล้มแบบสหปัจจัยเป็นการป้องกันที่ประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมร่วมกันที่มากกว่า 1 อย่าง

ขึ้นไป ประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม การออกกำลังกาย การทบทวนการใช้ยา และวิธีอื่นๆ ดังการศึกษาของ Piboon et al. (2019) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ผลจากการศึกษาพบว่า โปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเพิ่มระดับความรู้พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว และสมรรถนะทางกาย และสามารถลดความกลัวในการหกล้มของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wayo et al. (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุในชุมชน การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การแจกคู่มือ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม การแจกปฏิทินเตือนการพลัดตกหกล้ม การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและการตรวจสอบการรับประทานส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการหกล้มพบว่าการใช้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเป็นอีกโปรแกรมหนึ่งที่พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้ม นั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแนวทางหรือกิจกรรมที่สามารถป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยให้ครอบคลุมทุกปัจจัยเสี่ยงและครอบคลุมทุกกิจกรรม ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้เมื่อได้รับการสนับสนุนทั้งข้อมูลความรู้ และความสามารถที่จะดูแลตนเองรวมทั้งมี



แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่แล้ว ส่งผลทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุต่อไปได้สนับสนุนทั้งข้อมูลความรู้และความสามารถที่จะดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ต.ช่างเคิ่ง อ.แม่แจ่ม จ.เชียงใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้ดัดแปลงจากงานวิจัยของ Ratpat Boonmathong (2015) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, Taylor, and Renpenning, 2001) มาใช้กำหนดกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือบุคคล ในส่วนที่ยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งการช่วยเหลือมี 5 วิธีด้วยกัน คือ 1) การกระทำให้หรือการกระทำแทน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม

ให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันการหกล้มประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่

- 1)การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งเน้นการชี้แนะ เกี่ยวกับปัจจัยหรือความพร้อมซึ่งเป็นสาเหตุของการหกล้ม ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการหกล้ม
- 2)ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในการดูแลตนเอง การฝึกวัดสายตาด้วยตนเอง และการฝึกทักษะการทรงตัว
- 3) การเสริมสร้าง ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยเน้นการสอนให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มซึ่งรวมถึงการใช้ยา
- 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถ โดยเน้นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบๆบ้านที่ส่งผลต่อการหกล้ม

ซึ่งสรุปได้ตามกรอบแนวคิดดังนี้



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุประกอบด้วย ขั้นตอนคือ 4

1.การสร้างความรู้ความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการหกล้ม และการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม ไม่ให้หกล้มขณะมีกิจวัตร ประจำวัน และอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2.ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม : ให้ความรู้การฝึกปฏิบัติทักษะการทรงตัวโดยการลุกนั่งเก้าอี้, แจกแผ่นวัดสายตาด้วยตนเองและคู่มือการดูแลตนเอง ในการป้องกันการหกล้ม, การติดตามเยี่ยมบ้าน, การให้สมาชิกใน ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการ สนับสนุนให้กำลังใจ

3.การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเน้นการสอนทั้ง : รายกลุ่มและรายบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่ง รวมถึงการฝึกวัดสายตาด้วยตนเอง การฝึกการทรงตัวโดยการลุกนั่งเก้าอี้และการใช้ยา

4.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถ ให้ความรู้ในการประเมินและปรับปรุง สิ่งแวดล้อม : ตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การชมวิดิทัศน์เรื่อง บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ในการ ประเมิน กระตุ้น และการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม



การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม

-พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม
หลังให้โปรแกรม

-จำนวนครั้งในการหกล้มของผู้สูงอายุลดลงหลัง
ให้โปรแกรม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pre and posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 70 – 80 ปี ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลช่างเคิ่ง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ผู้สูงอายุมีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel ADLs Index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายความว่า มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนจากผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 4-11 คะแนน (โดยใช้เครื่องมือ Time Up and Go Test (TUGT) และ Thai falls riskassessment test (Thai-FRAT)) จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2566 จำนวน 64 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 ราย กลุ่มทดลองคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มควบคุมคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกชุมชนในพื้นที่ตำบลช่างเคิ่ง 2 หมู่บ้าน จาก 19 หมู่บ้าน ที่มีลักษณะประชากร ประเพณี วิถีชีวิต ขนาดของชุมชนคล้ายคลึงกัน กำหนดพื้นที่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับสลากครั้งที่ 1 กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง และจับสลากครั้งที่ 2 กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม การคำนวณขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่าง กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ $= 0.80$ กำหนดความเชื่อมั่น $= 0.05$ และขนาดอิทธิพลของสิ่งที่ต้องการศึกษา (effect size) $= 0.80$ โดยพิจารณาจากการศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 26 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง มากกว่าที่คำนวณได้ร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

เครื่องมือในการทำวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลักที่ให้การช่วยเหลือ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคและการเจ็บป่วย
- 1.2 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้านของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 28 ข้อ มี 3 ด้าน คือ

1.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (15 ข้อ)

1.2.2 การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (7 ข้อ)

1.2.3 การดูแลตนเองตามภาวะเปราะบางสุขภาพ (6 ข้อ)

ข้อคำถามมีทั้งข้อความที่เป็นบวกและลบ โดยข้อความทางบวกประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อที่ 3, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 และข้อความทางลบประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 19, 28



1.3. แบบประเมินจำนวนครั้งในการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุทำการบันทึกด้วยตนเอง (หรือโดยญาติผู้ดูแล) เมื่อมีการหกล้มเกิดขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลจำนวนครั้งของการหกล้มภายในระยะเวลา 3 เดือนโดยบันทึกจำนวนครั้งลักษณะของการหกล้ม และผลที่เกิดขึ้นภายหลังการหกล้ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) โดยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ให้ความรู้เกี่ยวกับ สถานการณ์ ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการหกล้ม และการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม ไม่ให้หกล้มขณะมีกิจวัตรประจำวัน และอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม : ให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติทักษะการทรงตัวโดยการลุกนั่งเก้าอี้, แจกแผ่นวัดสายตาด้วยตนเองและคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม, การติดตามเยี่ยมบ้าน, การให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม : การอภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเน้นการสอนทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลในการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งรวมถึงการฝึกวัดสายตาด้วยตนเอง การฝึกการทรงตัวโดยการลุกนั่งเก้าอี้ และการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถให้ : ความรู้ในการประเมินและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การชมวิดิทัศน์เรื่องบ้านปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 5-8 ติดตามเยี่ยมบ้านในการประเมินกระตุ้น และการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

ทั้งนี้ในโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีเครื่องมือหรือสื่อต่างๆที่ต้องใช้ในโปรแกรมได้แก่ แผนการสอน การนำเสนอในรูปแบบ Power point การสาธิต ด้วยอุปกรณ์ต่างๆ เช่นรองเท้านักเดิน แผ่นยางกันลื่น และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

โปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 ท่าน พยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่านและแพทย์คลินิกผู้สูงอายุ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.92



การหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงและคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย และนำคะแนนที่ได้ คำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลเท่ากับ 0.89

วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.ระยะเตรียมการ ผู้วิจัย ประสานงานกับประธานชุมชน พร้อม อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการจัดสถานที่และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 32 ราย จากนั้นได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งถึงวัตถุประสงค์ตลอดจนขอความร่วมมือเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนการนัด พบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

2.ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในห้องประชุมที่จัดเตรียมไว้ แยกกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มและจำนวนครั้งของการหกล้มก่อนได้รับการดูแลตามปกติจากนั้นครบ 12 สัปดาห์จึงทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มทดลอง

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มและจำนวนครั้งของการหกล้มก่อนได้รับโปรแกรม จากนั้นจัดโปรแกรมให้ผู้สูงอายุทั้ง 4 ขั้นตอนใน/สัปดาห์ละ 1 วัน ในวันทันตทำกิจกรรม พร้อมแจกข้อมูลป้องกันการหกล้มและสัปดาห์ที่ 5-8 ออกติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังได้โปรแกรม

สัปดาห์ที่ 8-12 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองอีกครั้งหลังสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยได้ทำการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และเก็บรวบรวมแบบบันทึกการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมทางสถิติต่อไป

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.75 อายุเฉลี่ย 74.13 (S.D.=3.94) สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 50.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.13 มีแหล่งรายได้ 2 แหล่ง ร้อยละ 68.75 อาศัยร่วมกับผู้อื่นนอกเหนือจากคู่สมรส ร้อยละ 56.25 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.90 ร้อยละ 40.63 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 46.88 ส่วนใหญ่ได้รับประทานยารักษาโรคประจำตัว 1 หมวดย ร้อยละ 56.25 และลักษณะที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวและบ้านไม้ชั้นเดียวมีได้สูง ร้อยละ 34.38 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.75 อายุเฉลี่ย 74.69 (S.D.=3.05) สถานภาพ



สมรสร้อยละ 59.38 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.63 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.13 มีแหล่งรายได้ 2 แหล่ง ร้อยละ 68.75 อาศัยร่วมกับผู้อื่นนอกเหนือจากคู่สมรส ร้อยละ 50.00 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.90 ร้อยละ 46.88 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 40.63 ส่วนใหญ่ได้รับประทานยารักษาโรคประจำตัว 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 37.50 และลักษณะที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น คิดเป็นร้อยละ 46.88 ดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 65.90 คะแนน (S.D=3.18) คะแนนต่ำสุด 60 คะแนน และคะแนนสูงสุดของกลุ่มทดลอง 72 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 68.09 คะแนน (S.D=2.76) คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 62 คะแนน และคะแนนสูงสุดของกลุ่มควบคุม 76 คะแนน

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย

คะแนนเท่ากับ 65.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.18 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 75.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.92 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-15.77$; $p=0.00$)

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 75.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.92 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 68.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.76 พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.70$; $p=0.00$)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=32)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง n=32		กลุ่มควบคุม n=32	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	37.50	12	37.50
หญิง	20	62.50	20	62.50
อายุ				
ปี 70-60	6	18.75	2	6.25
ปี 80-71	22	68.75	30	93.75
ปีขึ้นไป 80	4	12.50	0	0.0
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0.0	13	40.63
คู่	16	50.00	19	59.38
หย่า	9	28.13	0	0.0
หม้าย	7	21.88	0	0.0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	50.00	3	9.38
ประถมศึกษา	9	28.13	29	90.63
มัธยมศึกษา	7	21.88	0	0.0
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	17	53.13	25	78.13
เกษตรกร	6	18.75	5	15.63
ธุรกิจส่วนตัว	3	9.38	0	0.0
รับจ้างทั่วไป	0	0.0	2	6.25
ข้าราชการบำนาญ	6	18.75	0	0.0
จำนวนแหล่งที่มาของรายได้				
1แหล่ง	6	18.75	8	25.00
2แหล่ง	22	68.75	22	68.75
3แหล่งขึ้นไป	4	12.50	2	6.25



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=32) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง n=32		กลุ่มควบคุม n=32	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน
สภาพการอยู่อาศัย				
อาศัยอยู่คนเดียว	5	15.63	4	12.50
อาศัยอยู่กับภรรยาหรือสามีเพียง คน 2	9	28.13	12	37.50
อาศัยอยู่กับผู้อื่นนอกเหนือจากคู่สมรส	18	56.25	16	50.0
ดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่า 18.50BMI kg/m ²	7	21.88	7	21.88
22.90 – 18.50 BMI kg/m ²	13	40.63	15	46.88
24.90 – 23.00 BMI kg/m ²	5	15.63	7	21.88
29.00 – 25.00 BMI kg/m ²	6	18.75	3	9.38
มากกว่า 30BMI kg/m ²	1	3.13	0	0.0
จำนวนโรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	9	28.13	5	15.63
1 โรค	15	46.88	6	18.75
2 โรค	7	21.88	13	40.63
3 โรคขึ้นไป	1	3.13	8	25.01
จำนวนหมวดหมู่ยาที่รับประทาน				
ไม่ได้รับประทานยา	12	37.50	7	21.88
1 หมวดหมู่	18	56.25	5	15.63
2 หมวดหมู่	2	6.25	12	37.50
3 หมวดหมู่	0	0.00	7	21.88
4 หมวดหมู่	0	0.00	1	3.13
ลักษณะที่อยู่อาศัย				
บ้านชั้นเดียว	11	34.38	13	40.63
บ้านไม้ชั้นเดียวได้ถุนสูง	11	34.38	3	9.38
บ้านไม้ ชั้น 2	7	21.88	15	46.88
ลักษณะอื่น ๆ	3	9.38	1	3.11



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	จำนวน	S.D.
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	65.90	3.18	68.09	2.76
คะแนนต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มทดลอง = 60,72				
คะแนนต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มควบคุม = 62,76				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองใช้

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				T	P-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง	65.90	3.18	75.68	1.92	-15.77	0.00*

*significant < 0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ผู้สูงอายุที่ได้รับ		ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม		T	P-value
	โปรแกรมการดูแลตนเอง					
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง	75.68	1.92	68.09	2.76	11.70	0.00*

*significant < 0.001



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				T	p- value	กลุ่มควบคุม				p- value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				กลุ่มควบคุม		t		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			ค่าเฉลี่ย	S.D.			
จำนวนครั้งการ หกล้ม	4.19	1.44	0.72	0.77	15.77	*0.00	2.44	2.52	3.71-	*0.00	
จำนวนครั้งการหกล้มต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง =1,7											
จำนวนครั้งการหกล้มต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง =0,2											
จำนวนครั้งการหกล้มต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มควบคุม =0,8											

*significant < 0.001

จากตารางที่ 5 พบว่า จำนวนครั้งในการหกล้มของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมต่ำสุดคือ 1 ครั้งและสูงสุดอยู่ที่ 7 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.44 จำนวนครั้งในการหกล้มของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำสุดคือ 0 ครั้งและสูงสุดอยู่ที่ 2 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการหกล้มลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.77$; $p=0.00$) ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวนครั้งในการหกล้มของกลุ่มต่ำสุดคือ 0 ครั้งและสูงสุดอยู่ที่ 8 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.52 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า จำนวนครั้งเฉลี่ยของการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.71$; $p=0.00$)

อภิปรายผล

จากการวิจัยผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ตำบลข้างเค็ง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าค่าเฉลี่ย

ของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 65.90 คะแนน ($S.D=3.18$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 68.09 คะแนน ($S.D=2.76$) ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 65.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.18 หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 75.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.92 เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-15.77$; $p=0.00$) และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.70$; $p=0.00$) เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และระหว่าง



กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการหกล้มลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.77$; $p=0.00$) ส่วนกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.71$; $p=0.00$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, Taylor, and Renpenning, 2001) มาใช้กำหนดกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง 2) ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเอง 3) การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักในการป้องกันการหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันตนเองไม่ให้หกล้มและบุคลากรทีมสุขภาพต้องให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ Suankool et al. (2023) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนผลการศึกษาผู้สูงอายุมีคะแนน Thai-FRAT ($p<0.05$) และมีผลการทดสอบ TUGT ($p<0.05$) ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย 24 สัปดาห์ ผู้สูงอายุหลังมีประวัติการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมวิจัยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อประเมินด้วย Thai-FRAT และ TUGT และไม่พบอุบัติการณ์

การพลัดตกหกล้ม ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกาย ด้วยตนเองที่บ้านร่วมกับการติดตามอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ เช่นเดียวกับ Cheepat et al. (2017) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการทรงตัว ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแก่ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสนับสนุนการนำโปรแกรมการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันการหกล้ม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดภาวะพึ่งพิง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และ Piboon et al (2019) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนผลจากการศึกษาพบว่า ผลจากการศึกษาพบว่า โปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเพิ่มระดับความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว และสมรรถนะทางกาย และสามารถลดความกลัวในการหกล้มของผู้สูงอายุและการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของ Chanjirawadee et al. (2017) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม



ล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำไปปรับไปประยุกต์ใช้ในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการหกล้มทั้งที่บ้านและในชุมชนต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย SPT REC 025/2566

เอกสารอ้างอิง

Bates, A., et al.(2022). Effectiveness of workshops

to teach a home-based exercise program (BEST at Home for preventing falls in community-dwelling people aged 65 years and over) A pragmatic randomized controlled trial .BMC Geriatrics, 22)1(: 366.

Baurangthienthong, Surinrat., et al. (2021). The study among risk of falls, fear of falls and managements of prevention for falls in clients of geriatric clinic. Vajira Nursing Journal, 23)2(: 30-43.

Boonmathong, Ratpat. (2015). The outcomes of self-care on fall prevention program of the elderly in Samutsakhon Province. Master's dissertation .Christian University, Samut Sakhon, Thailand.

Center for Disease Control and Prevention. (2019). Self-reported falls and Fall related

injuries among persons aged > 65 years- United State 2006. MMWR, 57(9):225-229.

Chanjirawadee, Pasakorn. , et al. (2017). The effectiveness of a fall prevention program for fall prevention behaviors in hypertension elderly. Journal of the Royal Thai Army Nurses, 18(suppl2): 41-48.

Cheepat, Sasima., et al. (2017). Effects of a nurse-led program on fall prevention behaviors for older adults in a community in Bangkok. Journal of Public Health Nursing, 31: 97-112.

Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2023).

Elderly screening information. [Online]

Retrieved November 6, 2023 from

https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.

Chutithathammanun, Luck, et al. (2018).

Development model of emergency medical services for the elderly with hip fracture, Phrae Province. [online].

Retrieved November 6, 2023 from

www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256110291633286135_TNG6Yw4SrMPlxdP.pdf

Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary. (2023). Annual report. Chiang Mai, Thailand.

Lecktip, Charupa., Woratanarat, Thira., Bhubhanil, Sakkarin., & Lapmanee, Sarawut. (2019).



- Risk factors for falls in elderly. J Med Health Sci, 26(1): 85-99.
- Malini, F. M., Lourenço, R. A., & Lopes, C. S. (2016). Prevalence of fear of falling in older adults, and its associations with clinical, functional and psychosocial factors: The Frailty in Brazilian Older People-Rio de Janeiro study. Geriatrics & Gerontology International, 16(3): 336-344.
- Mishra, N., Mishra, A. K., & Bidija, M. A. (2017). Study on correlation between depression, fear of fall and quality of life in elderly individuals. International Journal of Research in Medical Sciences, 5(5): 1456-1460.
- Musikaranyakul, Muthita. & Sukonthasab, Suchitra. (2022). Factors related to the fall prevention behavior among elderly people in Mueang District Nakhon - Rachasima Province. Journal of Sports Science and Health, 23(2): 143-157.
- Nongnuch Wongsawang et al. (2017). Home environmental risks for falls and incidence of falls in older adults. Veridian E-Journal Silpakorn University, 10(3):2492-2506.
- Orem, D. E. (2001). Nursing concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Phu, S., Sturnieks, D. L., Lord, S. R., & Okubo, Y. (2022). Impact of ageing, fall history and exercise on postural reflexes following unpredictable perturbations: A systematic review and meta-analyses. Mechanisms of Ageing and Development, 203: 111634.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก
The effect of mental health promotion program in elderly people with non -
communicable disease: Base on positive psychology perspective

วงศ์อัมพร ภิญญวงค์ (Wongumporn Pinyavong)*

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นผลมาจากการเสื่อมถอยของอวัยวะของร่างกายตามระบบ ต้องเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่รับการรักษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลดอยเต่า อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 33 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 18 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก จำนวน 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติพารามетริก Wilcoxon Signed Ranks test , Mann Whitney U Test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สรุปผลพบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก มีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้รับโปรแกรม

คำสำคัญ :ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สุขภาพจิต, จิตวิทยาเชิงบวก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยเต่า อีเมล: wongumpron@hotmail.com

Registered Nurse, Professional level. Doitao hospital. Email: wongumpron@hotmail.com



Abstract

Elderly people have experience physical changes because of the deterioration of the body's organ systems, coping with chronic non-communicable diseases resulting in mental health problems. This Research was quasi-experimental research. The objective was to 1 (to compare the average mental health scores of elderly people with non - communicable disease before and after participating mental health promotion program in elderly people with non - communicable disease: Base on positive psychology 2) To compare the average mental health scores of elderly people with non - communicable disease in the experimental group and the control group after participating mental health promotion program in elderly people with non - communicable disease: Base on positive psychology. The subject were elderly people with non - communicable disease receiving treatment at the Non - Communicable Disease Clinic in Doi Tao District, Chiang Mai Province. The sample was totaling 33 participants, 15 in the experimental group and 18 in the control group, the experimental group who received a 6-week program. The control group received conventional care. The research instruments consisted of Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-15). The data were analyzed using frequency, percentage, median, Wilcoxon Signed Ranks test, Mann Whitney U Test. The results of the research found that average mental health scores of elderly people with chronic non-communicable diseases in the experimental group, after post - program was higher than pre-program. Statistical significance of $p < 0.05$ and the mental health score of the elderly with chronic non-communicable diseases in the experimental group, after post the program was higher than the control group with a statistical significance of $p < 0.05$. The results indicated that mental health promotion program in elderly people with non - communicable disease: Base on positive psychology had higher mental health scores than elderly people with chronic non-communicable diseases who did not receive the program.

Keywords :elderly people with non - communicable disease, positive Psychology-based, Mental health



บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงจากความเสี่ยงในหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยด้านร่างกายเกิดจากการเสื่อมถอยของอวัยวะของร่างกาย ตามระบบ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - communicable diseases) หรือโรค NCDs ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดโรคอื่นๆ ที่รุนแรงตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และการสูญเสียอวัยวะ เช่น แขน ขา ดวงตา เป็นต้น ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ นอกจากนั้นผลจากการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิมทั้ง บุคคล สถานที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Yodkun, 2012) ร่วมกับในวัยสูงอายุนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น บทบาทหน้าที่ทางสังคม ที่เปลี่ยนแปลงจากการเกษียณอายุ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ การสูญเสียบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรสญาติคนใกล้ชิดหรือเพื่อนซึ่งล้วนมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (Klinwichit, & Injai, 2015) จากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสังคมดังกล่าว ส่งผลให้ต่อจิตใจผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดอารมณ์ ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ความรู้สึกไร้ค่า ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดความไม่สบายใจวิตกกังวล เครียดรู้สึกเศร้าและท้อแท้ในชีวิต หากผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สามารถปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาเช่น ซึมเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ และไม่อยากดำเนินชีวิตต่อไป (Wongpanarak, 2014) สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภออดอยเต่า ปี 2564-2566 พบเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย

สำเร็จ 39.15, 65.26, และ 44.38 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งในปี 2566 จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 13 ราย พบช่วงอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 5 ใน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 38.46 และทั้ง 5 รายป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งร่วมด้วย จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรู้สึกเบื่อหน่าย ต้องใช้เวลายาวนานในการดูแลไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วยของโรค ทำให้เกิดภาวะเครียด นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองในที่สุด (Doi Tao Planning and Strategy Division Department , 2023) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยใช้ต้นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) 2) ความหวัง (Hope) 3) การมองโลกในแง่ดี (Optimisms) 4) ความยืดหยุ่น (Resilience) คือ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ มาเป็นกระบวนการในการปรับตัวของบุคคลให้กลับมาสู่ภาวะปกติจากอุปสรรคต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เกิดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดในการใช้ชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นความสามารถของตนเอง จะช่วยสร้างให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความพึงพอใจและความรู้สึกที่ดีกับตนเอง มองโลกในแง่ดี มีความหวัง เกิดความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ต่างๆ ก่อเกิดความรู้สึกมีคุณค่าสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติตามศักยภาพ และลดปัญหาการทำร้ายตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

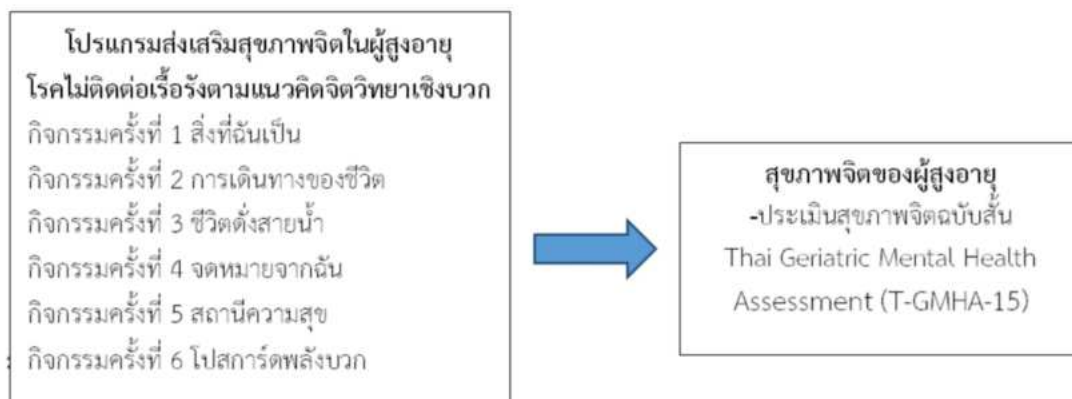
1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของ (Thongdee, 2021) มาใช้ โดยมีการนำทฤษฎีจิตวิทยาเชิง

บวกทั้ง 4 ตัวแปร คือการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy), การมีความหวัง (Hope), การมองโลกในแง่ดี (Optimisms) และการมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) มาประยุกต์ร่วมกับ Model of human occupation ซึ่งเป็นโมเดลที่อธิบายกระบวนการเกิดพฤติกรรมในการทำกิจกรรมของบุคคลที่เกิดจากกระบวนการภายในคือ มีความสนใจในกิจกรรมนั้น เป็นกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตประจำวันหรือบทบาทที่เคยทำ เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างคุณลักษณะใหม่ เกิดทักษะการเรียนรู้ใหม่ เกิดการทำกิจกรรมได้ในระยะยาว และลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงได้นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 – 79 ปีได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดอยเต่า ที่สามารถควบคุมได้ อาศัยอยู่ใน อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตำบลท่าเตื่อที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุโรคติดต่อไม่เรื้อรังตำบลดอยเต่า จำนวน 18 ราย



เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

อาสาสมัครต้องมีคุณสมบัติทุกข้อ ได้แก่

1. มีอายุระหว่าง 60-79 ปี
2. เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - communicable diseases) โรงพยาบาลดอยเต๋ามีระดับน้ำตาลในเลือด $FBS \leq 125 \text{ mg/dl}$ หรือเป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - communicable diseases) โรงพยาบาลดอยเต๋ามีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. สามารถอ่านออกเขียนได้
4. ประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ระดับ $\geq$ ADL 12 คะแนน
5. ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 MMSE – 2002 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 17 คะแนน
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 22 คะแนน
6. ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ระดับคะแนน < 7 คะแนน
7. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
8. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเปิดตาราง Statistical Power Tables ของ Burns & Grove (2009) โดยการทดสอบสมมติฐานทางเดียว (One-Tailed test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) 0.05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80

กำหนด และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.65 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย (Thato, 2023:581) เพื่อป้องกันการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังน้อยกว่าร้อยละ 80 จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 % ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน จำนวน 2 กลุ่มรวมเป็นจำนวน 36 คน ระหว่างการดำเนินการกลุ่มทดลองเหลือ 15 คน (นอนพักรักษาตัวจำนวน 1 คน และไปตรวจพบอาการทางเดินระบบหายใจจำนวน 2 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย

1. ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-15) ซึ่งแบบประเมิน มีทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
ระดับคะแนน 50 – 60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
ระดับคะแนน 43 – 49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
ระดับคะแนน 42คะแนนหรือต่ำกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
2. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Thongdee, 2021) ซึ่งผู้วิจัยจัดไว้ให้ทั้งหมด 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม สิ่งที่ดีขึ้นเป็น การให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฝึกสำรวจตนเอง
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการเดินทางของชีวิต ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมชีวิตดั่งสายน้ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมองเห็นความสามารถของตนเองและการมีความหวังที่ช่วยให้ข้ามผ่านความยากลำบากในอดีตมาได้



สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมจดหมายจากฉัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำความเข้าใจ ยอมรับและชื่นชมกับชีวิตที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสถานี่ความสุข ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการทำกิจกรรมที่จะช่วยคงความสามารถในปัจจุบัน

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมโปสการ์ดพลังบวกส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึกความคิดแบบเชิงบวก เพื่อเสริมสร้างความหวังให้ตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังครั้งที่ 1 แจ้งให้ทราบว่าจะได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติจากเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับได้รับกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุตามแนวคิดเชิงบวก จากนั้นเก็บข้อมูล ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-15) และนัดหมายในการเริ่มทำการทดลองตามโปรแกรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที จำนวน 6 สัปดาห์ สรุปกิจกรรมที่ได้เรียนรู้และเก็บข้อมูลตามแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุครั้งที่ 1 แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health

Assessment (T-GMHA-15) ผู้วิจัยแจ้งผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ทราบว่า จะได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติจากเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพร้อมทั้งนัดหมายพบกันครั้งที่ 2 ในอีก 6 สัปดาห์เพื่อประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น และภายหลังจากการทดลองผู้วิจัยได้ให้คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุตามแนวคิดเชิงบวกแก่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำไปจัดกิจกรรมตามโปรแกรมแก่กลุ่มเปรียบเทียบกับ

วิเคราะห์ข้อมูล

1.การเปรียบเทียบผลของระดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมและไม่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สถิติที่ใช้ ค่าสถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่ออธิบายลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง

2.สถิติที่ใช้ การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ ไม่เป็นอิสระจากการ (Wilcoxon signed-rank test) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.วิเคราะห์การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสองประชากรอิสระต่อกัน ใช้แมนและวิทนี (The Mann-Whitney U Test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ดังนี้



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม N=15		กลุ่มควบคุม N= 18	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	33.3	8	44.45
หญิง	10	66.7	10	55.55
อายุ				
60 – 69 ปี	11	73.33	8	44.45
70 – 79 ปี	4	26.67	10	55.55
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
โรคความดัน โลหิตสูง	14	93.34	17	94.45
โรคเบาหวาน	1	6.66	1	5.55

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	N	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
		M	SD	M	SD	
กลุ่มทดลอง	15	46.40	2.23	55.73	1.38	.015
กลุ่มควบคุม	18	46.22	1.95	46.72	2.05	.924

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	M	SD	M	SD	
คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	55.73	1.38	46.72	2.05	<.001



จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดอยเต่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่ในอำเภอดอยเต่า ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความยินดีเข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 36 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 ราย สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง จำนวน 15 ราย โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 เพศชายร้อยละ 33.3 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปีร้อยละ 73.33 และอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 2.67 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 93.34 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 6.66 และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.55 เพศชายร้อยละ 44.45 มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 44.45 และอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 55.55 เป็น โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 94.45 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 5.55

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 46.40 และ 55.73 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.23 และ 1.38 และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 46.22 และ 46.72 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.95 และ 2.05 พบว่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มโปรแกรมระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังการทดลองเท่ากับ 55.73 และ 46.72 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.38 และ 2.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผล

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุป ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับ Thongdee (2021) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า สามารถช่วยเพิ่มคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และโปรแกรมที่ใช้มีความสอดคล้องกับการจัดกิจกรรมบวกพบว่าการที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สิ่งที่เกิดขึ้น, กิจกรรมที่ 2, การเดินทางของชีวิต, และกิจกรรมที่ 5 สถานีความสุข ทั้ง 3 กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้มีการสำรวจตัวเอง ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเห็นความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ค้นหากิจกรรมที่ตนสามารถทำได้ตามศักยภาพและตั้งเป้าหมายในการทำกิจกรรมนั้นในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความตระหนักและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำกิจกรรมที่ท้าทายความสามารถ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำตามเป้าหมายให้สำเร็จ เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



สามารถแก้ไขจัดการได้ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีของลูธานส์ (Luthans Fred et al., 2004), กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความหวังได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สิ่งที่ดีเป็น กิจกรรมที่ 3 ชีวิตดั่งสายน้ำ และกิจกรรมที่ 6 โปรสการ์ดพลังบวก ทั้ง 3 กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ช่วยเน้นให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดกระบวนการสร้างเป้าหมาย กระบวนการกลุ่มจะเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดพลังและแรงจูงใจที่จะบรรลุเป้าหมายและเกิดการสร้างแนวทางที่จะทำให้สำเร็จ สอดคล้องกับทฤษฎีความหวังของ Snyder (Snyder & Lopez, 2009) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความหวังเป็นกระบวนการต่อเนื่องของความคิดหรือปัญญา ประกอบไปด้วยพลังแห่งความตั้งใจ เป็นความคิดและการสนับสนุนเพื่อไปถึงเป้าหมาย เป็นความคิดค้นหาเพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมายที่ปรารถนา การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมายได้นั้นต้องผ่านกระบวนการคิดมุ่งเป้าหมายและมีความหวังก่อน ซึ่งความหวังมีประกอบไปด้วย เป้าหมาย พลังแห่งความตั้งใจหรือแรงจูงใจ และแนวทางหรือความเชื่อมั่นที่จะค้นหาแนวทางให้บรรลุเป้าหมาย, กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการมองโลกในแง่ดี (Optimisms) ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 จดหมายจากฉัน กิจกรรมที่ 5 สถานีความสุข และกิจกรรมที่ 6 โปรสการ์ดพลังบวก ทั้ง 3 กิจกรรมนั้น เน้นการสร้างอารมณ์ทางบวก โดยให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเข้าใจประสบการณ์ที่ผ่านมา มีการยอมรับและขอบคุณความเข้มแข็งของตน รวมทั้งความมีคุณค่าของตนเอง เป็นกระบวนการทางบวกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดมุมมองต่อสถานการณ์นั้นเปลี่ยนไป มีการให้เหตุผลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความเข้าใจผู้อื่น มีแรงจูงใจที่จะจัดการภาวะกดดันต่างๆ ที่เข้ามาโดยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตของตนเองและของผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของตนเองจะช่วยให้ผ่านช่วงที่มีอุปสรรค เกิดความมีคุณค่าต่อตนเองและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยอธิบายได้

จากองค์ประกอบของการมองโลกในแง่ดีของ มาร์ติน ซิลิแมน (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014) ที่อธิบายไว้ 3 มิติ คือ มิติความคงทนถาวร คือมุมมองต่อสถานการณ์หรือสิ่งดีที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและจะคงอยู่ถาวร ส่วนสิ่งที่ไม่ดีนั้นจะเกิดขึ้นเป็นเพียงชั่วคราว, มิติการแผ่ขยาย นั้นมีความเกี่ยวข้องกับเฉพาะเจาะจง เป็นการอธิบายถึงความรู้สึกดีที่เกิดขึ้น ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมักจะมีมุมมองเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่ดีและแผ่ขยายไปสถานการณ์อื่นๆ ได้ และมิติแหล่งกำเนิดสาเหตุ เป็นมุมมองที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นจากตนเอง หรือเกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอก ในมิตินี้จะเชื่อมโยงไปถึงการมีคุณค่าต่อตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีมุมมองในทางบวกเพิ่มขึ้น (Thongdee, 2021) และกิจกรรมสุดท้ายคือกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 การเดินทางของชีวิต กิจกรรมที่ 3 ชีวิตเป็นดั่งสายน้ำ และกิจกรรมที่ 4 จดหมายจากฉัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สะท้อนให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมองเห็นประสบการณ์ในอดีตที่ยากลำบากและสามารถก้าวผ่านช่วงเวลานั้นมาอย่างเข้มแข็ง และเป็นการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับชื่นชมความเข้มแข็งของตนเองผ่านการขอบคุณตนเอง เป็นกระบวนการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถต่อสู้กับปัญหา มีการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง การสูญเสีย โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ฝึกฝน โดยการส่งเสริมให้ส่งเสริมเกิดความเข้าใจทางลบของตนเอง มีความเข้าใจผู้อื่น มีแรงจูงใจที่จะแก้ไข จัดการสภาวะกดดันต่างๆ ที่เข้ามาและจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเอง และมีความหวังว่าจะผ่านสิ่งเหล่านี้ไปได้เกิดกระบวนการเรียนรู้และปรับตัวให้กลับมาสู่ภาวะปกติหรือกลับมาประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้ ซึ่งจะส่งผลให้ชีวิตได้อย่างมีความสุขขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับที่ (Luthans Fred et al., 2004) ได้กล่าวไว้ว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นความสามารถในการกลับคืน



สภาพปกติจากความทุกข์ยาก ความผิดพลาด ปัญหา เรื่องราวต่างๆที่ทำให้เกิดความทุกข์

ผลจากงานวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุที่ตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน โดยกระบวนการทำกิจกรรมสามารถปรับให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทดลองได้ ทั้งนี้ลักษณะโปรแกรมสามารถปรับ และสามารถนำกิจกรรมย่อยประยุกต์ให้เหมาะกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามบริบทพื้นที่ และโปรแกรมนี้ถูกออกแบบมาสำหรับแกนนำชุมชนสามารถนำโปรแกรมหรือกิจกรรมย่อยไปประยุกต์ใช้ได้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เน้นการสร้างความคิดเชิงบวกเช่น กิจกรรมสถานี่ความสุขและโปสการ์ดปลั่งบวก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลจอมทอง CTH-IRB 2023/014.1912

เอกสารอ้างอิง

- Doi Tao Planning and Strategy Division Department. (2023). Meeting summarizing the 2023 annual report Doi Tao Police Station. Doi Tao Hospital.
- Wongpanarak, N., & Chaleoykitti, S. (2014). Depression: A Significant mental health problem in the elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15(3): 24-31.
- Klinwichit, S. W. P., & Injai, P. (2015). Mental health evaluation of the elderly with chronic diseases in the community: SaenSuk

Municipality, Chon buri, Thailand. Burapha Medical Journal, 2(1): 21 – 33.

- Luthans Fred, Luthans Kyle W, & C, a. L. B. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. [Online]. Retrieved October 20, 2023 From <https://core.ac.uk/download/pdf/188133761.pdf>
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. In Flow and the foundations of positive psychology. American psychologist, 55 (1): 5-14.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). Oxford handbook of positive psychology. [Online]. Retrieved October 20, 2023, from http://www.ldysinger.com/@books1/Snyder_Hndbk_Positive_Psych/Snyder_Lopez_Handbook_of_Positive_Psychology.pdf
- Thato, Ratsiri. (2023). Nursing Research: Concepts to application. Bangkok: Degree vision.
- companyThongdee, Sirinan. (2021). The Effects mental health program in the elderly based: on positive psychology perspective. Master's dissertation, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand.
- Yodkul, Saiphin. (2012). Predictive Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. Journal of the Nursing Association Northeastern Branch, 30(3): 50-55.



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage Dyspnea among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

วรวลัญช์ วงศ์อินทร์ (Worawalan Wongin)*

พิมพ์กา ปัญญ์ใหญ่ (Pimpaka Panyoyai)**

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยทุกรายแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้เกิดความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยเทคนิค 5 เอ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ การประเมิน (assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) ต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ ใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และแบบวัดการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Score: mMRC DS) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon-signed rank test และค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากโดยใช้ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการสูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.001$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (>0.05) ดังนั้น โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และควรศึกษาในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหายใจลำบาก, การจัดการตนเอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยเต่า อีเมล: titai1031@gmail.com

Registered Nurse, Professional level. Doitao hospital. Email: titai1031@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: pimpaka_p@payap.ac.th

Assistant Professor. Payap University. Email: pimpaka_p@payap.ac.th



Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a non-communicable chronic condition that cannot be completely cured, leading to breathing difficulties in each patient varying according to the severity of the disease. This impacts both physical and mental well-being, affecting the quality of life. This research aims to investigate the effects of a self-management support program on the ability to manage breathing difficulties in COPD patients using a quasi-experimental design, specifically a one-group pretest-posttest design. The sample group consists of COPD patients, specifically selected, totaling 30 individuals. The experimental group receives the self-management support program, based on the 5 A's technique by Glasgow et al. (2006), which includes Assess, Advise, Agree, Assist, and Arrange, continuously for six weeks. Assessment is conducted using questionnaires on the ability to manage breathing difficulties and the modified Medical Research Council Dyspnea Score (mMRC DS). General data analysis involves frequency statistics, means, standard deviations, and comparing mean scores using the Wilcoxon-signed rank test for the ability to manage breathing difficulties and McNemar test for dyspnea symptoms.

The research findings indicate that after receiving the self-management support program, the average score for the ability to manage symptoms is significantly higher than before participating in the program ($<.001$). As for the average score of dyspnea symptoms after participating in the program, it is better compared to before, but not significantly different (> 0.05). Therefore, the self-management support program for COPD patients can promote better self-management, leading to an improved quality of life. Long-term studies are recommended to assess the sustainability of the program's outcomes.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Self-management, Dyspnea symptoms.



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจส่วนล่างซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2017) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 ของโลกโดยมีผู้เสียชีวิต 3.23 ล้านคนในปี 2562 การดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลทำให้เกิดอาการหายใจลำบากกำเริบเป็นระยะ ซึ่งเป็นการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกซทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดลมมีการอักเสบรุนแรง ทั้งยังเกิดความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพภายในปอดทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ เหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก และอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

โรงพยาบาลดอยเต่า พบจำนวนการเข้ามารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนทั้งสิ้น 489, 465, และ 443 ราย และเป็นโรคที่มีอัตราการเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยในเป็นอันดับ 1 ของโรงพยาบาล โดยมีจำนวน 312, 225, และ 337 ราย ซึ่งมีแนวโน้มในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น อีกทั้งปัจจุบันผลพวงจากสถานการณ์ COVID-19 และฝุ่น PM 2.5 ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถจัดการอาการหายใจลำบาก ลดอาการหายใจลำบาก และลดอัตราการ

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) เป็นการให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยมีบทบาทในการจัดการอาการของตนเอง โดยมีการประเมิน การแนะนำให้คำปรึกษา การยอมรับ การช่วยเหลือสนับสนุน และการติดตามประเมินผล การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนเป้าหมายในการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถประเมินอาการ จัดการเมื่อมีอาการหายใจลำบากได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถให้ยาได้อย่างถูกต้อง จัดการความเครียด ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อรักษาความสามารถในการทำงานของปอด ชะลออาการของโรค การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเลิกสูบบุหรี่ และการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม (Review of Literature)

1.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการและอาการหายใจลำบากของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.แนวคิดการการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง เทคนิค 5 เอ และโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง



โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assess) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประวัติการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการกระตุ้นอาการของโรค ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบเฉียบพลัน เทคนิคการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหาร การทานยาและการพ่นยา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการอาการและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วย โดยเน้นส่วนที่ผู้ป่วยพร่องในเรื่องการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก ให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (agree) ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ผู้วิจัยคอยช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำ ข้อมูลเพิ่มเติม และกระตุ้นผู้ป่วยเมื่อเจออุปสรรคและปัญหา หาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน และติดตามความก้าวหน้า ช่วยเพิ่มเติมในส่วนที่บกพร่องและยังจัดการไม่เหมาะสม พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตัวเองได้

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามผล (arrange) หลังจากให้ผู้ป่วยการจัดการตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทางโทรศัพท์

- สามารถจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น
- อาการหายใจลำบากลดลง

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการ ทดลอง (one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม

การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 A ของ Glasgow, et al (2006)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยเต่า ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2567

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติ (statistical power table) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทำนาย (power) ที่ 0.95 และมีขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.60 ซึ่งเป็นระดับปานกลางในงานวิจัยทางการแพทย์ (Burns & Grove, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 24 คน และปรับขนาดเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop-out rate) เพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในขณะดำเนินงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนดทั้ง 30 คน ปฏิบัติตามทุกขั้นตอนของโครงการวิจัย และไม่มีการย้ายที่อยู่ใหม่หรือไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. อายุ 35 – 75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยเต่า
2. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน
3. มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย
4. ไม่มีอาการหายใจลำบากรุนแรง และมีการวางแผนการจำหน่าย
5. มีระดับความรู้สึกรู้ตัวและการรับรู้ปกติ
6. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและมองเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการที่พบมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก

แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงของ Chantaro (2018) ลักษณะข้อคำถามมี 3 ด้านคือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ด้านการจัดการอาการและการควบคุมอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและด้านขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 6 ระดับ

แบบวัดอาการหายใจลำบาก

เป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) ของแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (Maranet et al, 2010) เป็นแบบสอบถามอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยเลือกข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุดเพียง 1 ข้อ การแปลผลคะแนนโดย คะแนน mMRC DS < 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากรุนแรงน้อย คะแนน mMRC DS ≥ 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีขั้นตอนดังนี้



1. คณะผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสังเขปให้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจอมทอง พิจารณาเพื่ออนุมัติโครงการวิจัย

2. คณะผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ยืมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจอมทอง คณะผู้วิจัยส่งหนังสือขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจอมทอง โครงร่างวิจัยตัวอย่างแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยหล่อ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทดสอบเครื่องมือวิจัย

4. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจอมทอง คณะผู้วิจัยส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย พร้อมหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจอมทอง โครงร่างวิจัยตัวอย่างแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยเต่า เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เมื่อได้รับอนุมัติ คณะผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

6. คณะผู้วิจัยจะเข้าพบพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยเต่า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย การนัดหมายผู้ป่วย

7. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

7.1 คณะผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ดอยเต่า ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการนัดพบ และการยุติการนัดพบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

7.2 คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 ครั้งติดต่อกัน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมิน (assess) การแนะนำ (advise) การยอมรับ (agree) ใช้เวลา 45 นาที

การประเมิน (assess) ใช้เวลา 15 นาที

- สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยเพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะผู้ป่วยยังรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ดอยเต่า

- ประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) ของแนวปฏิบัติมาตรฐานสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Maren et al, 2010)

- สอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก วิธีการจัดการตนเองเมื่อมีอาการหายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีการวางแผนการจำหน่าย

- ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสังเกตอาการ และการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เทคนิคการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการพ่นยา ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย และการจัดการกับความเครียด โดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความสามารถในการจัดการ



อาการหายใจลำบาก พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง

การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ให้คำแนะนำในส่วนที่ผู้ป่วยพร่องในเรื่องการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยที่มีการวางแผนการจำหน่าย

- ความรู้เกี่ยวกับการสังเกต ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- แนะนำเทคนิคการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ

- การรับประทานอาหาร

- การรับประทานยา และการพ่นยา เทคนิคการพ่นยาอย่างถูกวิธีตามแผนการรักษา

- การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม

- การบริหารการหายใจ จัดท่าทางที่เหมาะสมเมื่อหายใจลำบาก

จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะที่ต้องใช้จัดการตนเอง และมอบคู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการหายใจลำบาก สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติตัวขณะกลับบ้าน

การยอมรับ (agree) ใช้เวลา 15 นาที ในผู้ป่วยที่มีการวางแผนการจำหน่าย

คณะผู้วิจัยสนับสนุนผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการของตนเองได้ โดยผู้วิจัยช่วยพัฒนาทักษะ รับฟัง สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก พร้อมทั้งให้กำลังใจ ชมเชย แสดงให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ พร้อมทั้งวางแผนล่วงหน้าเพื่อช่วยเหลือและติดตามอาการ ให้เบอร์โทรศัพท์และทำข้อตกลงร่วมกันหาก

ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง การนัดหมายติดตามอาการครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) โดยการเยี่ยมบ้าน ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

คณะผู้วิจัยจะเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามสอบถามการจัดการอาการหายใจลำบาก ทบทวนความรู้ สอบถามการใช้คู่มือที่ได้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มเติมในส่วนที่พร่อง ให้การช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อพบอุปสรรคและปัญหาในเรื่องการปฏิบัติตัว อุปกรณ์เสริมในการฟื้นฟูสภาพปอด การบริหารร่างกาย เทคนิคการพ่นยาที่ถูกต้อง การแนะนำหรือประสานงานแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้กับกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และนัดหมายติดตามอาการในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 และ 5 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) โดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

คณะผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามถึงการจัดการอาการหายใจลำบาก ให้คำแนะนำในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างพร่อง ให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และนัดหมายติดตามอาการในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินผล ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เวลา 10-15 นาที

คณะผู้วิจัยจะติดตามสอบถามการจัดการตนเองกับปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการหายใจลำบากรายบุคคลที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินอาการหายใจลำบาก และให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เปรียบเทียบให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความเปลี่ยนแปลง คณะผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ของโปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างให้ดูแลตนเองต่อเนื่องต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากการเก็บข้อมูลดำเนินการวิจัยเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบการกระจายของข้อมูล Wilcoxon-signed rank test พบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ McNemar test และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 30 คน พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64.93 ปี (SD=8.70) อายุมากที่สุด 75 ปีอายุน้อยที่สุด 40 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.70 ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นนอกเขตเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 63.30 ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนร้อยละ 46.70 เท่ากันกับไม่ได้ศึกษา ไม่ได้ทำงานร้อยละ 50 ส่วนใหญ่สิทธิการรักษาเป็นบัตรทองร้อยละ 93.30 ดังแสดงในตาราง ที่ 1

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบนาน

ที่สุดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 ปี ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบแล้วร้อยละ 90 ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 3.3 และยังพบว่ามีส่วนหนึ่งที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยร้อยละ 6.7 ส่วนระยะเวลาที่สูบส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 36.7 ปริมาณการสูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 90 เป็นส่วนใหญ่ ในส่วนของยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าส่วนใหญ่ได้ใช้ยารับประทานชนิดเม็ด คือ Theophylline ร้อยละ 90 ยาพ่นขยายหลอดลมที่ใช้ทั้งหมดทุกคน ร้อยละ 100 คือ Beradual MDI และยาพ่นสูดสเตียรอยด์ใช้ยา 2 กลุ่ม คือ Budesonide MDI และ Seretide MDI ส่วนใหญ่ใช้เป็น Seretide MDI ร้อยละ 96.7 ดังตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองและหลังทดลอง

ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed rank test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก คือ 60.80 (SD=10.37) และ 71.80 (SD=5.52) ตามลำดับ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 3

3. เปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองและหลังทดลองเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากในกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ด้วยสถิติ McNemar test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของก่อนทดลองและหลังทดลอง ความไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ > 0.05 โดยหลังทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากไม่แตกต่างกันกับก่อนเข้าร่วมทดลอง ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
35-45	2	6.70
46-60	6	20.00
61-75	22	73.30
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}=64.93$	SD=8.70
	Max=75	Min=40
เพศ		
ชาย	23	76.70
หญิง	7	23.30
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเทศบาล	8	26.70
นอกเทศบาล	22	73.30
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.30
สมรสและอยู่ด้วยกัน	19	63.30
หม้าย	3	10
หย่า	5	16.70
แยกกันอยู่	2	6.70
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	14	46.70
ประถมศึกษา	14	46.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.30



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	7	7.10
เกษตรกรกรรม	6	20
ไม่ได้ทำงาน	15	50
อื่นๆ	2	6.70
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	0	0
ข้าราชการ	2	6.70
รัฐวิสาหกิจ	0	0
บัตรทอง	28	93.3
ชำระเงินเอง	0	0

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)		
1-10	25	83.34
11-20	4	13.33
21-30	1	3.33
30 ปีขึ้นไป	0	0
ค่าเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}=7.67$	SD=6.45
	Max=30	Min=1



ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่ (ปี)		
เคย แต่หยุดสูบแล้ว	27	90
เคย ยังสูบบุหรี่	1	3.30
ไม่เคยสูบบุหรี่	2	6.70
ค่าเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}=1.17$	SD=0.53
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)		
<1	2	6.70
1-10	9	30.00
11-20	11	36.70
21-30	5	16.70
30 ปีขึ้นไป	3	10.00
ค่าเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}=17.6$	SD=12.63
จำนวนที่สูบ (วัน/มวน)		
ไม่เคยสูบบุหรี่	2	6.70
สูบ 11-10	27	90.00
สูบ 11 มวนขึ้นไป	1	3.30
ค่าเฉลี่ย (มวน)	$\bar{X}=3.83$	SD=2.60
ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
ยารับประทาน (Theophylline)		
ไม่มี	3	10.00
มี	27	90.00
ยาพ่นสูดขยายหลอดลม (Berodual MDI)		
ไม่มี	0	0
มี	30	100.00
ยาพ่นสูดสเตียรอยด์		
Budesonide MDI	1	3.30
Seretide MDI	29	96.70



ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถกลุ่มตัวอย่างในการจัดการอาการหายใจลำบากก่อนทดลองและหลังทดลอง

ความสามารถในการ จัดการอาการหายใจลำบาก	$\bar{x}$	SD	Mean Rank	Asymp. Sig.(2-tailed)
กลุ่มตัวอย่าง)n=30)				
ก่อนทดลอง	60.80	10.37	3.00	<0.001
min 39.00 max 80.00				
หลังทดลอง	71.80	5.52	15.43	
min 59.00 max 80.00				

*p= <0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองและหลังทดลอง

อาการหายใจลำบาก	ระดับอาการหายใจลำบาก		McNemar test	p-value
	1	2		
กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
ก่อนทดลอง	4 (13.30)	26 (86.70)	0.063	0.023
หลังทดลอง	9 (30.00)	21 (70.00)		

*p= <0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการศึกษาพบว่าความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจ และได้รับการแนะนำให้ความรู้ในส่วนที่พร้อมทั้งอาการ และการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบาก สอนทักษะและสาธิตการใช้ยาสูดพ่น และฝึกทักษะการหายใจ

โดยให้เวลาจนเกิดความมั่นใจแล้วให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับและมีญาติมีส่วนร่วมคอยเสริมแรง ให้กำลังใจ นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นระยะ เพื่อทบทวนทักษะในการจัดการตนเอง พูดคุยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติตัวที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง เทคนิค 5 เอ ของGlasgow et al. (2006) ที่กล่าวว่า การเข้าใจและการควบคุมอารมณ์ เพื่อช่วยให้คนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ ช่วยให้เราเป็นบุคคลที่มั่นคง สุขภาพดีทั้งจิตและร่างกาย และสามารถพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่เราต้องการได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มสูงขึ้น



ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีทักษะและสามารถพ่นยาได้อย่างถูกต้อง ได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา อีกทั้งมีการฝึกการหายใจแบบมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาการ และทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Langputeh et al, 2018) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตัวเอง ซึ่งประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค การใช้ยาที่ถูกต้อง แนะนำการปฏิบัติตัว แนวทางการบรรเทาอาการหายใจลำบาก การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการออกกำลังกาย ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Sutho ,2022) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตัวเอง เทคนิค 5เอ สามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของทั้งสองกลุ่มหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ไม่แตกต่างกันกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อาจเนื่องมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีพยาธิสภาพทำให้ทางเดินหายใจส่วนล่างมีทางท่อทางเดินหายใจตีบแคบหรือมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจและความยืดหยุ่นของปอดแข็งและขยายตัวได้ไม่ดี (Brandsma et al, 2020) จึงทำให้อาการหายใจลำบากไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากไม่แตกต่างกัน (Chantaro , 2018)

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาในระยะยาว เพื่อเป็นการยืนยันถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ CTH-IRB 2023/013.1912

เอกสารอ้างอิง

- Chouytha T. (2015). *Effect of a self-management support program in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on knowledge, self-management behaviors, dyspnea, and lung function*. Master's minor thesis. Burapha University, Chanthaburi, Thailand.
- Wintachai T. & UA-KIT N. (2017). *The Effective of a Self-management Program on Pulmonary Function in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients*. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(2): 124-135.
- Pipopsuthipai boon S., Kengganpanich M., Kengganpanich T. & Chuaychoo B. (2017). *The Effectiveness of a Self-management Program for Pulmonary Rehabilitation of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *J Public Health*, 47(2): 200-211.
- Chantaro N., Khupantawee N. & Chinnawong T. (2018). *Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage Symptom and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3): 25-37.



- Boonsawat W. (2011). **Trends in new guideline for COPD.** [online]. Retrieved Dec 3, 2023. from https://eacc.easyasthma.com/site_data/dbregistry_eac/1/copd_new_guide.pdf.
- Charoensinrungruang W. (2018). **The results of the self-management support program for chronic obstructive pulmonary disease patients at Ban Pho Hospital, Chachoengsao Province.** [online]. Retrieved Dec 15, 2023 from https://www.oic.go.th/INFOCENTER4/ifunc_pagination.asp?i=F9.:N.685&d
- Chankeaw U. & Kespichayawattana J. (2018). **The effect of behavioral skills with information and motivation program on dyspnea of older persons with chronic obstructive pulmonary disease.** [online]. Retrieved Dec 15, 2023 from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3145>
- Sutho R. (2022). **The effect of nursing self-management support program on dyspnea in persons with chronic obstructive pulmonary disease.** [online]. Retrieved Dec 15, 2023 from <https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/82306>.
- Polrung L. (2023). **Development of guidelines for the care of chronic obstructive pulmonary disease patients with respiratory distress at Phutthachinara Hospital, Phitsanulok Province.** [online]. Retrieved Dec 15, 2023 from <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research>.
- Langputeh A., Suden F. & Thangkratok P. (2018). **Effects of a Self-Management Program for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Medicine Ward, Khuandon Hospital, Satun Province.** Srinagarind Medical Journal, 33(4): 346-350.
- Brandsma, C. A., Van den Berge, M., Hackett, T. L., Brusselle, G., & Timens, W. (2020). **Recent advances in chronic obstructive pulmonary disease pathogenesis: from disease mechanisms to precision medicine.** The Journal of pathology, 250(5): 624-635.
- Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). **Assessing Delivery of Five 'As' for Patient-Centered Counseling.** Pubmed Journal, 21(3): 245-255.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. **Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021.** [online]. Retrieved Dec 3, 2023 from: <https://www.goalcopd.org>
- World Health Organization. (2020). **The Top 10 Causes of Death.** [Online]. Retrieved Dec 15, 2023 from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets-detail/the-top-10-causes-of-deaths>



การสอบสวนอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกำแพง ถนนทางหลวงชนบท ชม 3035

อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เดือน ตุลาคม 2565

Motorcycle accident crashed into the wall traffic accident investigation.

Rural road CM 305 Sanpatong, Chiangmai on October 2022.

ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (Tanasit Wijitraphan)*

บทคัดย่อ

วันที่ 28 ตุลาคม 2565 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โรงพยาบาลสันป่าตอง ได้รับแจ้งว่า มีรถจักรยานยนต์ชนกำแพงบ้านติดถนนทางหลวงชนบท ชม 3035 ดังนั้นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โรงพยาบาลสันป่าตอง ดำรวจภูธรสันป่าตองและทีมกู้ภัยได้ลงพื้นที่สอบสวนอุบัติเหตุ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ และหาสาเหตุและปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุรถ โดยทำการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และการศึกษาวิเคราะห์เหตุการณ์โดยใช้โมเดลความเสี่ยงของฮาดอน ผลศึกษาพบว่าอุบัติเหตุครั้งนี้มีผู้ประสบอุบัติเหตุจำนวน 2 ราย โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 1 ราย ผู้บาดเจ็บ 1 ราย เมื่อวิเคราะห์ด้วยโมเดลความเสี่ยงของฮาดอนพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุรถก่อนเกิดเหตุการณ์ คือการดื่มสุราก่อนขับขี่ ขณะเกิดเหตุการณ์ คือการไม่สวมหมวกกันน็อค การขับขี่ด้วยความเร็วที่เกินกฎหมายกำหนด การไม่มีราวเหล็กกั้นถนน หลังเกิดเหตุการณ์ คือ คนขับขี่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงและการไม่มีไฟข้างถนน สรุปผลการศึกษาดังนี้ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ เกิดจากการที่ดื่มสุราขณะขับขี่รถ การไม่สวมใส่หมวกกันน็อค และการขับขี่ด้วยความเร็วที่เกินมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

คำสำคัญ: สอบสวนอุบัติเหตุ, รถจักรยานยนต์, เชียงใหม่

*นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสันป่าตอง อีเมล: Tanasit.bird@gmail.com

Medical doctor, expert level. Sanpatong Hospital. Email: Tanasit.bird@gmail.com



Abstract

On October 23, 2022, Sanpatong hospital's surveillance and rapid response team (SRRT) was notified that a motorcycle crashed into the wall at rural road CM 305. SRRT team, police and rescue team visited the area for investigation. The objectives of this study are confirmation of death and injury, and searching factors of accident. Descriptive study and analytic study by Haddon's matrix model were conducted. The results show this accident has 2-person accident victim (1 was death and 1 was injured). Analysis by Haddon's matrix model: the factor of this accident at pre-accident period was drinking. the factors at intra-accident period were wearing no helmet, fast driving beyond the law, and having no guard rail, the factors at post- accident period were severe head injury of the rider and no lighting by side the road. Conclusion: the causes of this injury were drinking when driving, no wearing helmet, and fast driving beyond the law.

Keywords: accident investigation, motorcycle , Chiangmai

ความเป็นมา

วันที่ 28 ตุลาคม 2565 เวลา 04.30 น. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โรงพยาบาลสันป่าตอง ได้รับแจ้งว่ามีรถจักรยานยนต์ชนกำแพงบ้าน ติดถนนทางหลวงชนบท ชม 3035 อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เสียชีวิต 1 ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บ 1 ราย

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โรงพยาบาลสันป่าตอง ดำรงภูธรสันป่าตองและทีมกู้ภัยได้ลงพื้นที่สอบสวนอุบัติเหตุ ในวันที่ 28 ตุลาคม 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ และหาสาเหตุและปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการเสียชีวิตและการบาดเจ็บของอุบัติเหตุ
2. เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุ

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ดังนี้

-ตรวจสอบข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บ

-สัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บและผู้ที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจและทีมกู้ภัย

-สัมภาษณ์ แพทย์ พยาบาลเวรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินในวันที่เกิดอุบัติเหตุ

-รวบรวมประวัติการรักษาและการบาดเจ็บของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บ รวมถึงผลการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด

-สอบถามและสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับยานพาหนะกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ภาพถ่ายที่เกิดเหตุ และสภาพรถที่เกิดอุบัติเหตุ

-สำรวจสภาพแวดล้อมของที่เกิดเหตุ เช่น ถนน เส้นทาง สัญญาไฟจราจร

2. การศึกษาวิเคราะห์เหตุการณ์โดยใช้ Haddon matrix (Haddon, 1999)



ผลการสอบสวน

1. ผลการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

จากการรวบรวมข้อมูลของการเกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้พบว่าผู้ประสบอุบัติเหตุมี 2 ราย โดยผู้ที่ขับขี่และผู้ซ้อนรถจักรยานยนต์ได้ขับขี่หลังจากกลับจากการรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร ซึ่งระยะทางจากร้านอาหารถึงจุดเกิดเหตุประมาณ 5 กิโลเมตร เวลาในการเกิดอุบัติเหตุเวลา 02.20 น. พบผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ และผู้ซ้อนรถจักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บและได้นำส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลสันป่าตอง

การศึกษาด้านคน

ผู้ขับขี่เป็นเพศชาย อายุ 23 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เป็นพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ คั่นเคยกับถนนเส้นทางนี้เนื่องจากอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสันป่าตองมาประมาณ 1 ปี ส่วนผู้ซ้อนท้ายเป็นเพศชาย อายุ 20 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ทำงานที่เดียวกันกับผู้ขับขี่

ก่อนเกิดอุบัติเหตุผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายได้ไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหารและได้มีการดื่มสุราร่วมด้วย หลังจากนั้นทั้งคู่ได้ขับขี่รถออกมาจากร้านอาหารประมาณ 5 นาทีแล้วเกิดอุบัติเหตุขึ้น โดยผู้ขับขี่ทั้งคู่ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค ขณะเกิดเหตุไม่ได้มีรถตัดหน้าหรือเฉี่ยวชนแต่อย่างใด หลังเกิดเหตุการณ์ได้มีรถกู้ภัยได้เข้ามาช่วยเหลือพร้อมเจ้าหน้าที่ตำรวจ นำส่งผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาล ส่วนผู้เสียชีวิตได้ทำชันสูตรพลิกศพในที่เกิดเหตุ

จากการตรวจร่างกายผู้เสียชีวิตพบบาดแผลฉีกขาด ขอบไม่เรียบขนาดกว้าง 1 เซนติเมตร ยาว 3 เซนติเมตร ที่ศีรษะด้านขวา จำนวน 1 ตำแหน่ง ร่วมกับมีกะโหลกศีรษะ

แตกและยุบ ตามร่างกายพบบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ ขนาดกว้าง 3 เซนติเมตร ยาว 7 เซนติเมตร จำนวน 1 ตำแหน่งที่หน้าอกด้านซ้าย บาดแผลฉีกขาดขนาดกว้าง 6 เซนติเมตร ยาว 30 เซนติเมตร จำนวน 1 ตำแหน่งที่ลำตัวหน้าด้านหน้า บาดแผลฉีกขาดกว้าง 3 เซนติเมตร ยาว 5 เซนติเมตร จำนวน 1 ตำแหน่งที่ต้นขาด้านขวา และได้ทำการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้เท่ากับ 246 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนผู้ซ้อนท้ายตรวจร่างกายพบบาดแผลฉีกขาดตามลำตัวที่แขนและขาจำนวนเล็กน้อย ไม่มีบาดแผลฉีกขาดใดๆ

การศึกษาด้านยานพาหนะ

เป็นรถจักรยานยนต์ มีป้ายทะเบียน รถได้รับการตรวจสภาพรถทุกปี และได้ตรวจเช็คระยะตามที่กำหนด โดยเปลี่ยนถ่ายน้ำมันเครื่อง เช็คระบบเบรก และเช็คแบตเตอรี่ และระบบไฟต่างๆให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ยางรถล้อหน้าและหลังมีดอกยาง

ขณะเกิดเหตุผู้ซ้อนท้ายเล่าว่าผู้ขับขี่ขับด้วยความเร็วประมาณ 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง และไม่ได้ทำการเหยียบเบรก ขณะชนเข้ากับกำแพง หลังเกิดเหตุพบรถจักรยานยนต์ล้มทับผู้ขับขี่บริเวณช่วงลำตัว มีรอบรถดอกด้านข้างรถ และบริเวณหัวรถมีรอบยุบเนื่องจากการกระแทกกับกำแพง

การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

ถนนที่เกิดหลายเป็นถนนทางหลวงชนบท ชม 3035 ซึ่งถนนสายนี้มีส่วนที่โค้ง และส่วนที่ตรง โดยที่เกิดเหตุเป็นส่วนที่ตรงของถนน และเป็นจุดที่กลับรถข้ามไปอีกฝั่งของถนนได้ ผิวถนนเรียบ ไม่ชำรุด ไม่ได้มีสัญญาณไฟจราจรเนื่องจากไม่ได้เป็นสี่แยก ไม่มีราวเหล็กกั้นถนน ไม่มียางชะลอความเร็ว และไม่มีไฟข้างถนนบริเวณจุดเกิดเหตุ



2.ผลการศึกษาวิเคราะห์เหตุการณ์โดยใช้ Haddon matrix

ปัจจัย ระยะ	คน	ยานพาหนะ	สิ่งแวดล้อม
ก่อนเกิดเหตุการณ์	-คนขี่รถมีใบอนุญาตขับขี่ รถจักรยานยนต์ -คนขี่รถคุ้นเคยเส้นทาง -ดื่มสุราก่อนขับขี่รถ (ระดับ แอลกอฮอล์ในเลือด = 246 mg%)	-ตรวจสอบสภาพรถทุกปี -ตรวจเช็คระยะตามกำหนด -ระบบเบรก ระบบไฟหน้า ท้าย อยู่ในสภาพปกติ -ยางรถ อยู่ในสภาพดี	-ผิวถนนเรียบ ไม่ชำรุด -บริเวณถนนช่วงเกิดเหตุ เป็นทางตรง -บริเวณเกิดเหตุเป็นจุดกลับ รถยูเทิร์น -ไม่มียางชะลอความเร็ว
ขณะเกิดเหตุการณ์	-คนขี่รถและคนซ้อนท้ายไม่ สวมหมวกกันน็อก	-ความเร็วขณะขับขี่ ประมาณ 90 km/hr. -ไม่มีการเบรกกระทันหัน	-ไม่มีราวเหล็กกั้นถนน -มีกำแพงบ้านติดชิดกับ ถนน
หลังเกิดเหตุการณ์	-คนขี่รถได้รับอุบัติเหตุที่ ศีรษะอย่างรุนแรง -คนซ้อนได้รับอุบัติเหตุไม่ รุนแรง -มีทีมกู้ภัยมาช่วยหลังเกิด เหตุ	-รถจักรยานยนต์ล้มทับคน ขี่รถ ไม่ได้ทับคนซ้อน	-ไม่มีไฟข้างถนน -ไม่มีสิ่งกีดขวางในการเข้า ช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ

ตารางที่1 แสดงวิเคราะห์เหตุการณ์โดยใช้ Haddon matrix

อภิปรายผล

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2561 พบว่าผู้เสียชีวิตบนท้องถนนทั่วโลกยังคงเพิ่มขึ้น โดยอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 8 ซึ่งทวีปที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดคือทวีปแอฟริกา โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 26.6 คนต่อประชากร 1 แสนคน รองมาคือทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 20.7 คนต่อประชากร 1 แสนคน และประเทศไทยมีอัตราการ

เสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อยู่ที่ 32.7 คนต่อประชากร 1 แสนคน (World Health Organization, 2020) และสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบมีผู้เสียชีวิต 15,017 คน ผู้บาดเจ็บ 926,781 คน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 44.02 จะเป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (Road safety collaboration, 2022)



การสอบสวนอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ครั้งนี้ พบว่ามีผู้ประสบอุบัติเหตุทั้งหมด 2 ราย โดยมีผู้เสียชีวิต 1 ราย และผู้บาดเจ็บ 1 ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยพบว่าก่อนเกิดอุบัติเหตุผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพราะการดื่มสุราจะทำให้ความสามารถในการขับซึ่ลดลง เนื่องจากแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้ประสาทหย่อนสมรรถภาพการรับรู้ภาพ แสง และสีต่างๆ ของสัญญาณข้าง ไม่สามารถกะหรือกำหนดระยะทางได้ถูกต้อง และไม่สามารถตัดสินใจในระยะเวลาอันรวดเร็วพอที่จะพาให้พ้นจากอุบัติเหตุได้ (Siriwong , Chantima , & Charoenrat , 2008) โดยจากการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของคนขี่รถจักรยานยนต์ในอุบัติเหตุครั้งนี้ พบว่ามีค่าเท่ากับ 246 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งตามกำหนดกฎหมาย พ.ร.บ จราจร 2522 กำหนดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เท่ากับ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (Ministry of Justice, 2023) โดยถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไปจะทำให้โอกาสการเกิดอุบัติเหตุสูงมาก (Department of mental health, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งผู้ขี่และผู้ซ้อนรถจักรยานยนต์ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค ซึ่งการใส่หมวกกันน็อคจะลดความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะและสมองลงได้ร้อยละ 69 และลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตลงได้ร้อยละ 39 (Khewpol, 2022) โดยในอุบัติเหตุครั้งนี้พบว่าผู้ขี่รถจักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง และเสียชีวิตทั้งนี้เพราะการไม่สวมใส่หมวกกันน็อค

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์พบว่าผู้ขับขี่ขับรถด้วยความเร็วประมาณ 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ซึ่งเป็นความเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดว่าให้รถจักรยานยนต์ใช้ความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง (Road safety directing center, 2018) นอกจากนี้ การที่

ผู้ขี่รถได้ขับไปชนกำแพงบ้านที่อยู่ข้างถนน เพราะเนื่องจากไม่มีราวเหล็กกั้นถนน จึงให้ผู้ขี่กระแทกชนกับกำแพง จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงได้เช่นกัน อีกทั้งบริเวณเกิดเหตุไม่มีไฟถนนจึงทำให้หลังเกิดอุบัติเหตุมีผู้พบเห็นไม่ชัดเจน ทำให้อาจใช้เวลานานกว่าจะได้รับการดูแลรักษา

ข้อจำกัดในการสอบสวน

1.ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เสียชีวิต จึงทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลบางอย่างที่จำเป็นการสอบสวนอุบัติเหตุ

2.ช่วงการเกิดอุบัติเหตุเป็นช่วงกลางคืนจึงทำให้การสอบสวนเป็นไปด้วยความยากลำบาก และอาจทำให้เก็บหลักฐานในที่เกิดเหตุได้ไม่เพียงพอ

3.เวลาที่ใช้ในการสอบสวนมีเวลาจำกัด เนื่องจากต้องใช้เวลารวดเร็วในการสอบสวน เพื่อให้เกิดปัญหาการจราจรติดขัด

ข้อเสนอแนะ

1.รณรงค์ให้ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนรถจักรยานยนต์ใส่หมวกกันน็อค เพื่อลดการบาดเจ็บทางสมองที่รุนแรงและการเสียชีวิต

2.รณรงค์ให้ไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนที่จะขับขี่รถ เนื่องจากจะทำให้ความสามารถในการขับซึ่ลดลง

3.บังคับใช้กฎหมายในเรื่องการสวมหมวกกันน็อค การดื่มสุรา และความเร็วในการขับขี่รถ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการเสียชีวิต

4.ติดตั้งราวเหล็กกั้นถนน เพื่อป้องกันการสั่นไถลหลังชน เพื่อลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุลง

5.มีการติดตั้งไฟถนนเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มการมองเห็นของผู้ขับขี่ รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงการรักษาหลังเกิดอุบัติเหตุได้เร็วขึ้น เนื่องจากมีผู้พบเห็นได้เร็วขึ้น



สรุปผล

อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกำแพง ถนนทางหลวงชนบท ชม 3035 อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เดือน ตุลาคม 2565 มีผู้เสียชีวิต 1 ราย และผู้บาดเจ็บ 1 ราย โดยสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เกิดจากการที่ดื่มสุรา ขณะขับซิ่งรถ การไม่สวมใส่หมวกกันน็อค และการขับรถด้วยความเร็วที่เกินมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในครั้งนี้ คือ การที่ไม่มีราวเหล็กกันถนนและไม่มีไฟข้างถนน

เอกสารอ้างอิง

- Department of mental health. (2019). **Drinker should watch: what blood alcohol level leads to death.** Department of mental health. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29977>.
- Haddon W Jr. (1999). **The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based.** *Inj Prev*, 5(3), 231-5.
- Khewpol P. (2022). **The helmet saves a life.** Bureau of land transport welfare. <https://safedrivedlt.com/หมวกกันน็อค-ลือคชีวิต>.
- Ministry of Justice. (2023). **Interesting laws, section 415.** Ministry of Justice. <https://www.moj.go.th/view/81905>.
- Road safety collaboration. (2022). **Comparison of road accident statistics in Thailand.** ThaiRSC. <https://www.thairsc.com/data-compare>.
- Road safety directing center. (2018). **Interesting laws about safety on the road.** Bangkok: Road safety directing center.
- Siriwong A, Chantima S, Charoenrat s. (2008). **Victim of alcoholic beverages: Context of impact and risk behavior.** Bangkok: Chulalongkorn university.
- World Health Organization. (2020). **Global status report on road safety 2018.** Paris: World Health Organization.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี
กลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม ตำบลยุหว่า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Effects of Promoting a Self-Breast Examination Program on Self-Breast
Examination Practice in Woman Breast Cancer Risk Group,
Yuwa Sub-district, San Pa Tong District, Chiang Mai Province

ธัญทิพย์ อินตะสมบูรณ์ (Tantip Intasomboon)*

บทคัดย่อ

การค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดอัตราการป่วย อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม ตำบลยุหว่า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย คลิปวิดีโอ การฝึกปฏิบัติกับหุ่นเต้านมจำลอง สมุดบันทึกการตรวจเต้านม และปฏิทินเตือนความจำ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < 0.001$ เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < 0.001$ จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ร่วมกับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม, ตรวจเต้านม, เชียงใหม่

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง อีเมล:tantipk40@hotmail.com

Registered Nurse, Sanpatong Hospital. Email:tantipk40@hotmail.com



Abstract

Early detection of breast cancer through self-breast examination (SBE) is the most effective method in reducing morbidity and mortality rates from breast cancer, which is appropriate and economically feasible in the current era. This study aimed to investigate the effects of a Self-Breast Examination Promotion Program on the practice of SBE among women in the breast cancer risk group in Yuwa Sub-district, San Pa Tong District, Chiang Mai Province. The participants were divided into experimental and control groups, each consisting of 30 individuals, selected using simple random sampling. The experimental group participated in activities utilizing the Health Promotion Model framework, including lectures, video clips, hands-on practice with a breast model, SBE logbooks, and reminder calendars, while the control group received regular activities. Data were collected using a questionnaire with a reliability coefficient of 0.001. Statistical analysis included frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test. The results revealed that after the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores in knowledge, skills, and behaviors related to breast health care compared to before the intervention $p < 0.001$. When comparing the mean score differences between the experimental and control groups, significant differences were found at the $p < 0.001$ level. The research findings indicate that the Self-Breast Examination Promotion Program developed based on the Health Promotion Model framework effectively increased the correct practice of SBE among the target group. Therefore, it is suitable to be incorporated into future community-based breast cancer screening programs for at-risk women.

Keywords: Program, breast examination, Chiangmai



บทนำ

เนื่องด้วยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ซึ่งในสตรีไทย โดยพบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งเต้านมเกิดจากต่อมน้ำนมและท่อน้ำนม จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ปี พ.ศ. 2561 พบมะเร็งเต้านมสูงถึงร้อยละ 40.8 รองลงมา คือ มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 14.2 และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 11.1 ในระดับภูมิภาค เขตสุขภาพที่ 1 พื้นที่ภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน เชียงราย น่าน พะเยา แพร่ พบอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เฉลี่ยปีละ 2,000 ราย หรือวันละ 6 ราย โดยเฉพาะจังหวัดน่าน พบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านม 35 ต่อแสนประชากร และมะเร็งปากมดลูก 13.8 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ ลำพูน เชียงใหม่ และลำปาง คืออัตราอุบัติการณ์ 32.5, 27.3 และ 25.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (National Cancer Institute, 2018)

การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมนั้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งในระดับบุคคล สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเกิดความวิตกกังวล เครียด หวาดกลัวต่อโรค และการรักษาที่ได้รับ ในระดับครอบครัวการที่ครอบครัวต้องสูญเสียสตรีก่อนวัยอันควรนั้น ซึ่งสตรีส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญในครอบครัวคือการเป็นแม่ ย่อมส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อบุตร และในระดับชุมชนพบว่าสตรีมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชนและท้องถิ่น หากกลุ่มหรือองค์กรต้องสูญเสียสตรีจากมะเร็งเต้านมย่อมส่งผลต่อชุมชนตามมาได้ (Hanprasitkam et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดจะมาพบแพทย์ด้วยอาการพบก้อนที่บริเวณเต้านม และก้อนที่พบเหล่านี้ส่วนใหญ่จะพบหรือคลำได้ด้วยตนเอง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม คือ มีประวัติคนใน

ครอบครัวสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม เช่น แม่ พี่สาว หรือน้องสาว เป็นต้น สตรีกลุ่มนี้จึงควรได้รับการค้นหาและการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม รวมทั้งให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักรู้ในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม และสามารถลด ละ และเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น อีกทั้งยังสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ไปสู่บุคคลในครอบครัวได้ เนื่องจากแนวทางที่ดีที่สุดในการลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม คือการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง Self-breast examination ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง สะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย เหมาะสมและสอดคล้องกับเศรษฐกิจ (Thotong et al., 2019)

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง ปี 2566-2570 โดยได้ดำเนินการขับเคลื่อนตาม ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention) การรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของ เต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (National Cancer Institute, 2023) แก่สตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบจำนวน 2,456 คน โดยมีขั้นตอนดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยงในสตรีอายุระหว่าง 30-70 ปี โดย



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข 3) การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร ในปี พ.ศ.2564-2566 ได้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านมแก่สตรีอายุ 30-70 ปี โดยพบผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 48 คน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 59 คน และในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 112 คน และจากการค้นหากลุ่มเสี่ยงยังพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 98, 125 และ 133 คน ตามลำดับ จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงเขตตำบลยู่หว้า จำนวน 30 คน จาก 10 หมู่บ้าน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า สตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ยังขาดทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมที่ถูกต้อง ร้อยละ 70 ถึงแม้ว่าจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอก็ตาม

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชน ได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองขึ้น โดยมีการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้โดยไม่จำกัดเวลา สถานที่ สามารถเข้าถึงง่าย ประหยัดเวลา สามารถทบทวนซ้ำได้หลายครั้ง และช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความสะดวก ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ร่วมกับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโครงการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม ตำบลยู่หว้า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การมีประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลต่อทุกระยะของการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการศึกษาของ Pongsuwan et al. (2019) พบว่า ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชาวเขา จังหวัดเพชรบูรณ์ได้สูงสุด และพบว่าการนำโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาของ Naktanom et al. (2022) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งสามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และยังพบว่า โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โครงการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม ตำบลยู่หว้า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็น

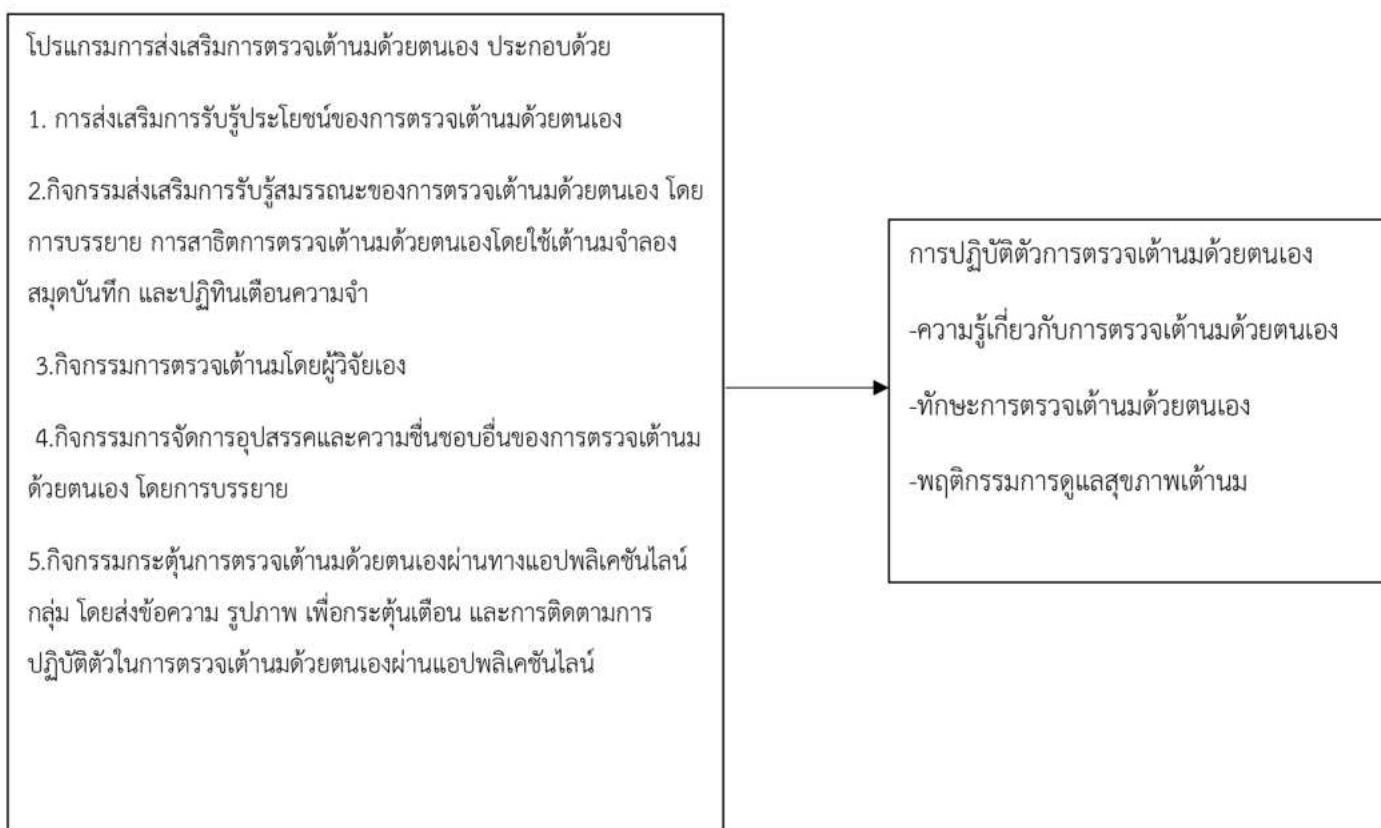


กลุ่มทดลองได้รับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเพื่อให้ทราบสถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน 2) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมเป็นฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 2 ฐาน ได้แก่ ฐานการเรียนรู้ด้านการดู และฐานการเรียนรู้ด้านการคลำ 3) กิจกรรมการตรวจเต้านมโดยผู้วิจัยเอง เป็นการใช้อธิพลระหว่างบุคคลโดยผู้วิจัยปฏิบัติการตรวจเต้านมให้แก่สตรีกลุ่มทดลองพร้อมให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล 4) กิจกรรมการ

จัดการอุปสรรคและความขึ้นขบอื่นของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมเพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มทดลองได้ค้นหาปัญหา และอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับอุปสรรคและสิ่งขัดขวางต่อปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 5) กิจกรรมกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นการใช้อธิพลด้านสถานการณ์ในการกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สรุปได้ตามกรอบแนวคิดดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี จำนวน 10 หมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลยี่หว้า และเขตเทศบาลตำบลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจําปีงบประมาณ 2566 โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 30-70 ปี 2) มีประวัติคนในครอบครัวสายตรงเป็นโรคมะเร็งเต้านม เช่น แม่ พี่สาว หรือน้องสาว และ/หรือเคยพบเนื้องอกบริเวณเต้านม 3) ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม 5) สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ 6) สื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ 7) ยินยอมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันของ Trakulram & Tritipsomnut (2018) โดยกำหนดความแปรปรวน มีค่าเท่ากับ 3.60 และผล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 7.75 เมื่อกำหนดระดับนัยสําคัญทางสถิติของการทดสอบแบบสองทางเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในเขตพื้นที่ตำบลยี่หว้า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลยี่หว้า และเขตเทศบาลตำบลสันป่าตอง โดย

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ ดังนี้

1. ทำการสุ่มหากกลุ่มควบคุม ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลยี่หว้าจำนวน 15 คน และเขตเทศบาลตำบลสันป่าตอง จำนวน 15 คน

2. ทำการสุ่มหากกลุ่มทดลอง ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลยี่หว้าจำนวน 15 คน และเขตเทศบาลตำบลสันป่าตองจำนวน 15 คน

เครื่องมือในการทำวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-4 เป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดทำเป็นคลิปวิดีโอ จำนวน 4 คลิป ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย คลิปที่ 1 โรคมะเร็งเต้านมเป็นอย่างไรหนอ คลิปที่ 2 ใครเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมกันบ้างเอ่ย คลิปที่ 3 เราจะป้องกันตัวเราให้ห่างไกลจากโรคมะเร็ง เต้านมอย่างไร และคลิปที่ 4 รู้เร็ว รู้ทัน ด้วยการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมเป็นฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 2 ฐาน ได้แก่ ฐานการเรียนรู้ด้านการดู และฐานการเรียนรู้ด้านการคลำ โดยใช้วิธีการบรรยาย การสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้เต้านมซิลิโคน 1 ข้างที่มีความผิดปกติ และปฏิทินเตือนความจำ



สัปดาห์ ที่ 6-7 กิจกรรมกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นการใช้อิทธิพลด้านสถานการณ์ในการกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมทบทวนความรู้ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และมีการค้นหาแนวทางจัดการอุปสรรคร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการมีประจำเดือน ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 6 เดือน ผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประวัติการตรวจเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด รวมทั้งหมด 10 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารวิชาการ การทบทวนวรรณกรรม โดยมีลักษณะคำถามให้เลือกตอบแบบใช่กับไม่ใช่ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยใช้แบบประเมินระดับความรู้แบ่งตามแนวคิดของ Bloom (Ngamnimit, 2021) โดยมีระดับให้คะแนน ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (≥ 12 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9 (9-11 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

3. แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากกรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2561) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบประเมิน แบ่งเป็น ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีการแจกแจงแบบสม่ำเสมอ (Uniform distribution) (Ngamnimit, 2021) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 6.00-9.00 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 3.00-5.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม
เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม 1) ด้านอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด และ 4) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีข้อคำถามที่เป็นไปในทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นไปในทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย การแปลคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น (Ngamnimit, 2021) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 91-120 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมอยู่ในระดับสูง



คะแนนเฉลี่ย 61-90 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 30-60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจด้านมด้วยตนเองแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตรวจด้านมด้วยตนเองแบบประเมินทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และนำแบบวัดมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เครื่องมือที่สร้างขึ้น ควรมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจด้านมด้วยตนเอง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตรวจด้านมด้วยตนเอง แบบประเมินทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability)

2.1 นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตรวจด้านมด้วยตนเอง มาหาความเที่ยงของเครื่องมือกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านกลาง จำนวน 30 คน นำมาหาความเที่ยงด้วยสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 : KR-20) โดยมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ในข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการตรวจด้านมด้วยตนเอง มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.70

2.2 นำแบบประเมินทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง มาหาความเที่ยงของการสังเกต ใช้วิธีการหาค่าความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต (Interrater reliability) โดยให้ผู้สังเกตจำนวน 2 คน ในการสังเกตทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยมีแบบประเมิน 9 ข้อ และนำแบบสังเกตที่ได้จากผู้สังเกต 2 คน มาหาความสอดคล้องโดยใช้เกณฑ์การตัดสินใจความเท่าเทียมของการสังเกต คือ มีความสอดคล้องกัน $\geq 70\%$ ในแบบประเมินทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง มีความสอดคล้องกัน เท่ากับ 86%

2.3 นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านม มาหาความเที่ยงของเครื่องมือกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านกลาง จำนวน 30 คน และนำมาหาความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ในข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านม มีความเที่ยงเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ดำเนินการจัดทำหนังสือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง เพื่อแนะนำตัวต่อผู้นำชุมชน และกลุ่มสตรีในเขตตำบลยุหว่า ทั้งหมด 10 หมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้อย่างเต็มที่



เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสันป่าตอง ผู้วิจัยนัดหมายผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นที่เลี้ยงประจำฐานการเรียนรู้ด้านการดูแล และการเรียนรู้ด้านการคลำ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3) กิจกรรมการตรวจเต้านมโดยผู้วิจัย 4) กิจกรรมการจัดการอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 5) กิจกรรมกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสถิติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสันป่าตอง เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ t- test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 55.97 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.3 ได้รับการศึกษาสูงสุดคือ ประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.7 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 3.30 กลุ่มทดลองทุกคนไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีประจำเดือน ร้อยละ 73.3 สาเหตุเนื่องจากประจำเดือนหมดแล้ว ร้อยละ 70 ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 70 เนื่องจากกลัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 60 และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 30 เนื่องจากตรวจไม่เป็น/ไม่ทราบจะตรวจอย่างไร ร้อยละ 20 คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรค ร้อยละ 13.30 ส่วนใหญ่ผลการตรวจเต้านมปกติ ร้อยละ 63.3 ประวัติการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เคยแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 90 และแหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจาก อสม. ร้อยละ 80 รองลงมาคือ จากพยาบาล ร้อยละ 56.7 กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 54.27 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 43.3 ระดับการศึกษา ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.7 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 6.7 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 และยังสูบบุหรี่วันละ 4-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 3.30 มีประจำเดือนอยู่ ร้อยละ 50 และไม่มีประจำเดือน ร้อยละ 50 สาเหตุเนื่องจากประจำเดือนหมดแล้ว ร้อยละ 46.7 และสาเหตุเนื่องจากผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 3.30 ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา



เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 56.70 เนื่องจากส่วนใหญ่กลัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 53.30 และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 43.3 เนื่องจากตรวจไม่เป็น/ไม่ทราบจะตรวจอย่างไร ร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่ผลการตรวจเต้านมปกติ ร้อยละ 53.3 ประวัติการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เคยแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 40 รองลงมาคือ ไม่เคยตรวจ 33.30 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 80 และแหล่งข้อมูลที่

ได้รับเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจาก อสม. ร้อยละ 70 รองลงมาคือ จากพยาบาล ร้อยละ 63.30

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n=30)	ก่อนการทดลอง	6.70	1.512	ต่ำ
	หลังการทดลอง	14.23	0.935	ดี
กลุ่มควบคุม (n=30)	ก่อนการทดลอง	7.83	2.102	ต่ำ
	หลังการทดลอง	12.57	2.046	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง อยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 6.70, S.D.= 1.512) และหลังการทดลอง ผลอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 14.23, S.D.= 0.935) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 7.83,

S.D.= 2.102) และหลังการทดลอง ผลอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 12.57, S.D.= 2.048) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n=30)	ก่อนการทดลอง	2.53	2.047	ต่ำ
	หลังการทดลอง	8.97	0.183	สูง
กลุ่มควบคุม (n=30)	ก่อนการทดลอง	2.87	1.408	ต่ำ
	หลังการทดลอง	5.50	2.543	ปานกลาง



จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.53, S.D.= 2.047) และหลังการทดลอง ผลอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 8.97, S.D.= 0.183) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.87, S.D.= 1.408) และ

หลังการทดลอง ผลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 5.50, S.D.= 2.543) เมื่อเปรียบเทียบระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n=30)	ก่อนการทดลอง	59.00	10.690	ต่ำ
	หลังการทดลอง	93.03	1.974	สูง
กลุ่มควบคุม (n=30)	ก่อนการทดลอง	63.43	6.740	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	89.83	7.470	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.00, S.D.= 10.690) และหลังการทดลอง ผลอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 93.03, S.D.= 0.1.974) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 63.43, S.D.= 6.740) และหลังการทดลอง ผลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 89.83, S.D.= 7.470) เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ รายละเอียดดังนี้



ตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				t	P-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
คะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	6.70	1.1512	14.23	0.935	-23.208	<0.001**
คะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	2.53	2.047	8.97	0.183	-17.149	<0.001**
คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม	59	1.952	93.03	0.360	-17.148	<0.001**

**มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า

- ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 6.70 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1512 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.23 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.935 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -23.208$ $p < 0.001$)

- ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.53 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.047 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.97

ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.183 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.149$ $p < 0.001$)

- ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 59 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.952 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 93.03 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.360 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.148$ $p < 0.001$)



อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม ตำบลยุหว่า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 14.23, S.D.= 0.935) มีระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 8.97, S.D.= 0.183) และมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 93.03, S.D.= 0.1.974) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลยุหว่า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ทั้งนี้ เนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการฝึกทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วยการเรียนรู้ผ่านการบรรยายโดยสื่อสไลด์ อีกทั้งยังได้รับสมุดบันทึกการตรวจเต้านมและปฏิทินเตือนความจำการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลับไปศึกษาต่อที่บ้าน และสื่อการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านม เนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดทำเป็นคลิปวิดีโอ จำนวน 4 คลิป ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Naktanom et al. (2022) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งสามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่มีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นั้นมีผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการบรรยาย การสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้เต้านมซิลิโคน 1 ข้างที่มีความผิดปกติ และมีการสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเพื่อฝึกการปฏิบัติตรวจเต้านมกับหุ่นจำลองเต้านมซิลิโคน 1 ข้างที่มีความผิดปกติ โดยมีสมาชิกในกลุ่มช่วยกันตรวจสอบความถูกต้อง โดยมีผู้วิจัยและวิทยากรประจำกลุ่มคอยให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้คำแนะนำที่เข้าใจง่ายในบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพื่อช่วยให้สตรีกลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยผู้วิจัยและวิทยากรกล่าวชื่นชมทุกครั้งที่กลุ่มทดลองปฏิบัติได้ ซึ่งส่งผลให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นอย่างมาก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา Ngamnimit (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษา Panarat et al. (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ย



คะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่มีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นั้น มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลอง เนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ด้วยการสอนบรรยาย และสื่อการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านม เนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดทำเป็นคลิปวิดีโอ จำนวน 4 คลิป ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้สตรีกลุ่มทดลองได้เห็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพเต้านมของตนเอง และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการด้านความเครียด และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม สอนวิธีการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมและปฏิทินเตือนความจำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนให้สตรีตรวจเต้านมได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้กิจกรรมการตรวจเต้านมโดยผู้วิจัยยังเป็นการใช้อิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษา Ngamnimit (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wonganu & Sirisophon (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยง

เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการใช้กลวิธีทางสุขศึกษารายกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมโดยการใช้สื่อต่างๆ ประกอบกิจกรรมตลอดจนการฝึกปฏิบัติ การอภิปราย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เช่น สื่อการสอนต่างๆ ในกิจกรรม การมีบุคลากรสาธารณสุขติดตามพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวการตรวจเต้านมด้วยตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำกิจกรรมสุขศึกษาในรูปแบบนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยง และสามารถขยายผลการศึกษาครั้งนี้ให้เกิดประโยชน์กับหน่วยงานอื่นต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการ SPT REC 021/2566

เอกสารอ้างอิง

- Hanprasitkam, Kanitha., Namjuntra, Rachanee., Hanucharurnkul, Somchit., Supametaporn, Pinhatai., Nateetanasombat, Kanokporn., & Soivong, Pratum. (2013). **Advanced Practice Nurses' Efficiency in Caring for Breast Cancer Patients.** Thai Journal of Nursing Council, 27(3).
- Kim, E. M., Lee, H., Kim, J. G., Ho, T. V., Huong, N., Mai, T., & Son, N. T. (2019). **Using the**



- Stage-based Approaches to Predict Breast Self-Examination among Rural Vietnamese Women. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(4): 325–334.
- Naktanom, Patchara., Tamdee, Decha., Namprom, Nethong., & Kittichaiyakorn, Angkana. (2022). Effects of Promoting a Self-Breast Examination Program via E-Learning Toward Knowledge and Self-Breast Examination Practice Among Female Healthcare Personnel in Outpatient Departments and Emergency Units. *Nursing Journal CMU*, 49(2).
- National Cancer Institute. (2018). **Hospital-based Cancer Registry 2017. [Online]**. Retrieved December 28, 2023 from <http://www.nci.go.th>
- National Cancer Institute. (2023.). **Service Plan Indicators 2023 – 2027**. Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand.
- Ngamnimit, Saranya. (2021). **Effect of a Breast Self-Examination Promotion Program on Breast Self-Examination Skill and Breast Self-Care Behavior among Risk Group in Lomsak District, Phetchabun Province**. Master's dissertation in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand.
- Noimor, Aomthip., Kasatpibal, Nongyao., & Chitreecheur, Jittaporn. (2019). **Effect of Protection Motivational Enhancement on Parents' Behaviors in Preventing Acute Respiratory Tract Infections of Children**. *Nursing Journal CMU*, 46(1), 137–148.
- Panarat, Wannapha., Moopayak, Kanokporn., & Priyatrak, Panudda. (2014). **The Effect of a Self-efficacy Promoting Program on Breast Self-examination Behavior among Adolescent Girls. [Online]**. Retrieved December 28, 2023 from: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/21875>.
- Pongsuwan, Natnada, Danyuthasilpe, Chuleekorn, & Tangkawanich, Tangkawanich (2019). **Factors Predicting Breast Self-Examination Behavior Among Hill Tribe Woman in Phetchabun Province**. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(1): 28–37.
- Thotong, Rungsinoppadol., Sangrajang, Suleeporn., Somharnwong, Sopittra., Pichainarong, Natchaporn., Satitvipawee, Pratana., Pitikultang, Supachai., &



Chaveepojnkamjorn, Wisit. (2019). **Factors Related to Breast Self-Examination Practices Among Premenopausal Women.** Thai Cancer Journal, 39(1): 16-27.

Trakulram, Sararat., & Tritipsomnut, Jaruwan. (2018). **Effects of Promoting Breast Self-Examination Programme on Women in Hindat Sub-District, Dankhunthot District, Nakhon Ratchasima Province.** The office of disease prevention and

control 9th Nakhon Ratchasima Journal, 24(2): 46-56.

Wonganu, Ratchaneeporn., & Sirisophon, Nutthakritta (2022). **Effectiveness of Program Screening for Breast Cancer Women at Risk to Promoted Self-Examination Behavioral.** Master's dissertation, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.



ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

Effects of nursing care based on theory of goal attainment on blood sugar controlling
behaviors among persons with uncontrolled type 2 diabetes

กรวิกา ผิวขาว (Kornwika Peawkhao)*

พิมพกา ปัญญาใหญ่ (Pimpaka Panyoyai)**

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งรักษาไม่หายขาด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำได้โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองที่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มมีการวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แผนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย 2) คู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานเครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีชนิดหนึ่งกลุ่มสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย, พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด, ผู้ที่เป็นเบาหวาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยเต่า อีเมล: kornwika.oily@gmail.com

Registered Nurse, Professional level. Doitao hospital. Email: kornwika.oily@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: pimpaka_p@payap.ac.th

Assistant Professor. Payap University. Email: pimpaka_p@payap.ac.th



Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease that cannot be cured. Controlling blood sugar to prevent complications can be done through diet control, exercise, medication and appropriate self-care. This one group pre-posttest study aimed to determine the Effects of nursing care based on theory of goal attainment on blood sugar controlling behaviors among persons with uncontrolled type 2 diabetes. Subjects were 30 persons with diabetes type 2 who attended the diabetic clinic, Out Patient department, Doi Toa hospital, Chiang Mai province. The study instruments consisted of 1) nursing plans based on theory of goal attainment, 2) handbook for diabetes control among diabetes, and 3) blood controlling behaviors among persons with diabetes type 2 questionnaire. Content validity and reliability were done in all instruments. Data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test.

Research results revealed that: Persons with type 2 diabetes who received nursing care based on theory of goal attainment had better blood sugar controlling behaviors than those of before ($p < .001$). Results of this study demonstrated that nursing care based on theory of goal attainment can be used to encourage persons with type 2 diabetes to better control their blood sugar which results in a decrease of blood sugar levels.

Keywords: Nursing care based on theory of goal attainment, Blood sugar-controlled behavior, Person with diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งรักษาไม่หายขาด และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเกือบทุกประเทศทั่วโลก สาเหตุของโรคเกิดจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ทำให้การนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์น้อยลง มีผลต่อการทำงานของร่างกายทุกระบบ หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ที่เบาหวานและครอบครัว จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานรายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน โดยประชากร 1 ใน 10 พบว่าเป็นเบาหวาน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2045 จำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน และพบว่า ทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจาก

โรคเบาหวาน 6.7 ล้านคน (American Diabetes Association, 2021) เป็นผลทำให้แต่ละประเทศทั่วโลกต้องสูญเสียประชากรและงบประมาณในการจัดการโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น

สำหรับในประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ที่เป็นเบาหวานอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่มากถึง 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นสูงถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583 (Diabetes association of Thailand, 2023) และในปี พ.ศ. 2564 อัตราผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มมากขึ้นกว่าล้านราย ในจำนวนนี้พบผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ถึงร้อยละ 70.58 จากจำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด (Ministry of Public Health, 2023) โดยเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การควบคุมเข้มงวด หมายถึง



ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ควรน้อยกว่าร้อยละ 7 ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารโดยการเจาะเลือดปลายนิ้วมือเท่ากับ 80-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Diabetes association of Thailand, 2023) ซึ่งนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 กำหนดให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าร้อยละ 40 (Ministry of Public Health, 2023) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ที่ เป็นเบาหวานทั้งหมด 98,257 คน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ถึง 72,825 คน คิดเป็นร้อยละ 74.12 (Chiangmai provincial public health, 2023) ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งจากการสำรวจ อัตราตายด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562, 2563, และ 2564 มีอัตราตายเท่ากับ 28.9, 28.5 และ 28.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Strategy and Planning Division, 2021) โดยสาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เนื้อเยื่อถูกทำลายในระยะยาวและทำให้เกิดความผิดปกติของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เช่น ตา (retinopathy) ระบบประสาท (neuropathy) หัวใจและหลอดเลือด (heart and blood vessels) ไต (nephropathy) (ADA, 2021) สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดเชียงใหม่พบผู้ที่เป็นเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 42.20 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 30.70 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร้อยละ 9.58 ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 6.33 ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองร้อยละ 3.70 และภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 3.22 (Chiangmai provincial public health, 2023) อีกทั้งการรักษาโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว สังคม และ

เศรษฐกิจของประเทศ โดยทำให้สูญเสียการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Nukulkit & Sareerat, 2018)

โรงพยาบาลดอยเต่า เป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีผู้ที่ เป็นเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทุกปี ดังสถิติปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีจำนวนผู้ที่เป็นเบาหวาน 2,060, 2,147, และ 2,245 คน ตามลำดับ และมีผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ถึงร้อยละ 71.46, 75.92, และ 73.32 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2023) โดยการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลดอยเต่า ผู้ที่เป็นเบาหวานจะได้รับการแนะนำแบบรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา แต่พบว่าผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ผลของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 27.24 ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 6.77 ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.34 ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 3.98 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร้อยละ 2.06 (Doitao District Public Health, 2023)

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ คือ การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งคิง (King, 1981) ได้อธิบายแนวคิดความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายไว้ว่า เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ ร่วมกันประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น มีการกำหนดจุดมุ่งหมาย แสวงหาวิธีปฏิบัติ



ตัดสินใจและตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติร่วมกัน เพื่อดำเนินการไปสู่จุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนด โดยพยาบาลมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูล มีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมาย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ให้บรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย การมีปฏิสัมพันธ์นี้แสดงให้เห็นถึงการดูแลเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การตั้งเป้าหมายเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่เป็โรคเบาหวานและโรคอื่น เช่น การศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chupan, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายอย่างมีนัยสำคัญ (Phommasane, 2014)

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานเกิดพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยคาดว่าจะทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม

ซึ่งจะช่วยทำให้ชะลอความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่ง King (1981) ได้ให้แนวทางสำหรับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) คือการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและการตกลงร่วมกัน ซึ่งจะมีการเจรจาและต่อรองกัน ในที่สุดจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และในการปฏิสัมพันธ์นี้ พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการประเมินผู้ป่วย ตลอดจนแปลความหมายของข้อมูลที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายได้ ผู้ป่วยจะสังเกตพยาบาล ถามคำถาม ให้ข้อมูล และร่วมมือในการตั้งเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายที่ได้จะเป็นที่ยอมรับว่ามีคุณค่า และตรงกับความต้องการของพยาบาลและผู้ป่วย ผลที่ได้รับและวัดได้คือ ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในสถานการณ์ของพยาบาล

จากแนวคิดหลักในทฤษฎีดังกล่าว จึงได้ให้ข้อเสนอ (Proposition) และสมมติฐานของทฤษฎีไว้หลายประการ แต่ที่ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายจะทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ถ้ามีการบรรลุเป้าหมายจะเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยคาดว่าถ้าใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแล้ว จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน



วิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (One group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดอยเต่า

กลุ่มประชากรที่วิจัย และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยเต่า การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากแฟ้มประวัติผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยเต่า ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 30 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติ (statistical power table) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทำนาย (power) ที่ .95 และมีขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.60 ซึ่งเป็นระดับปานกลางในงานวิจัยทางการพยาบาล (Burns & Grove, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 24 คน และปรับขนาดเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop-out rate) เพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. อายุ 40-60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นในระยะเวลาย้อนหลัง 3 เดือนติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง
4. มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย
5. สามารถติดต่อด้วยการใช้โทรศัพท์ได้

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าโครงการ (exclusion criteria)

1. อายุต่ำกว่า 40 ปี หรือมากกว่า 60 ปี
2. ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการ
3. ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้
4. มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น อัมพาต เป็นต้น

เกณฑ์การบอกเลิกจากการวิจัย (discontinuation criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนดเนื่องจากเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือประสงค์ออกจากการศึกษา
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานอย่างรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเฉียบพลัน

การรวบรวมข้อมูลรวมทั้งเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- 1 การรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลดอยเต่า ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยเต่า เพื่อขออนุญาตและแจ้งวัตถุประสงค์



ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาล ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยเต่า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย แล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อจากเวชระเบียนของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยเต่า และพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จนครบ 30 คน หากกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 30 คน จะมีการจัดกิจกรรมให้ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาล ตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย จำนวน 7 ครั้ง ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยเต่า โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นอธิบายถึงขั้นตอนการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนกิจกรรมการให้การพยาบาล ตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์ หลังจากนั้นอธิบายกระบวนการ

อย่างมีจุดมุ่งหมายและให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงการปฏิบัติตัวที่ทำอยู่เป็นประจำ

- ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ร่วมกันประเมินปัญหา สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเบาหวาน และนำปัญหามาจัดเรียงระดับความสำคัญของปัญหา

- ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมาย ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาเบาหวานตามที่ระบุไว้ โดยพิจารณาเลือกจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้และเป็นที่ยอมรับทั้งสองฝ่าย ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผ่านมา แล้วร่วมกันกำหนดปริมาณอาหารที่ควรได้รับในหนึ่งวัน โดยอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ น้ำหนัก และกิจกรรมของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันเปรียบเทียบและวิเคราะห์การรับประทานอาหาร ลักษณะและปริมาณอาหารที่รับประทานในความเป็นจริงกับอาหารที่ควรรับประทานตามเกณฑ์ ร่วมกันวางแผนเลือก ปรับเปลี่ยนชนิด ปริมาณและขนาดของอาหารแต่ละประเภทให้เหมาะสม และเป็นไปได้แก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นเบาหวานแต่ละราย ตามปัญหาและจุดมุ่งหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวันลงในแบบบันทึกพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหาร

2. การออกกำลังกาย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการกำหนดและพิจารณาเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายตามความถนัดของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้กำลังใจและกระตุ้นให้เริ่มต้นออกกำลังกาย



กายตามที่กำหนดไว้ โดยให้ข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมตรงตามปัญหาและจุดมุ่งหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันลงในแบบบันทึกพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย

3. การใช้อาหารเบาหวาน ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจถึงประโยชน์ของการใช้อาหารเบาหวาน ชนิด ขนาด และวิธีการใช้อาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และให้ข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้อาหารเบาหวานที่ถูกต้องตามปัญหาและจุดมุ่งหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกกิจกรรมการใช้อาหารในแต่ละวันลงในแบบบันทึกพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการใช้อาหารเบาหวาน

นอกจากนี้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายตามพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมทั้งร่วมกันกำหนดระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลด้านต่างๆให้มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ดังนี้

จุดมุ่งหมายระยะสั้น เป็นจุดมุ่งหมายที่ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายร่วมกันกำหนดไว้ในการปฏิบัติแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันตั้งไว้ โดยจุดมุ่งหมายที่กลุ่มตัวอย่างควรปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1 ได้แก่

การรับประทานอาหาร มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายสามารถเลือกรับประทานอาหารในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาตามน้ำหนัก และกิจกรรมการใช้พลังงานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

การออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายสามารถออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อยครั้งละ 15-30 นาทีใน 1 วัน อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

การใช้อาหารเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างใช้อาหารเบาหวานตรงตามขนาด จำนวนและวิธีใช้ตามแพทย์สั่งพร้อมทั้งสามารถบอกอาการข้างเคียงและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ได้

- ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายร่วมกันเสนอวิธีการแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ผู้วิจัยเสนอวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับแต่ละปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเสนอวิธีการแก้ปัญหาหรือระบุนความต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้ โดยเลือกวิธีที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับ

- ผู้วิจัยมอบคู่มือสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานและแบบบันทึกพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้อาหารเบาหวาน ให้กลุ่มตัวอย่างไว้ทบทวน และบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันที่บ้าน พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้เมื่อมีปัญหาและข้อสงสัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) โดยการโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยทักทายกลุ่มตัวอย่าง ชักถามอาการ และอาการแสดงทั่วไป หลังจากนั้นร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมาว่าสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบบันทึกพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิด ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้อาหารเบาหวาน ประเมินผลการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ โดยมีกิจกรรมดังนี้



- กรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนด ผู้วิจัยให้กำลังใจ คำชมเชยและสนับสนุนให้คงพฤติกรรมที่ดีไว้ และร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ต้องปฏิบัติในสัปดาห์ต่อไป โดยปรับจุดมุ่งหมายให้เหมาะสมกับปัญหาที่ยังคงอยู่ต่อไปจนครบทุกข้อ

- กรณีที่กลุ่มตัวอย่างรายที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันในด้านใดได้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ผู้วิจัยให้กำลังใจและร่วมกันศึกษาสิ่งที่ปัญหา อุปสรรคและร่วมกันหาวิธีแก้ปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาที่พบใหม่ตามกระบวนการเดิม และนัดหมายการพบกันครั้งต่อไปเพื่อปรับเปลี่ยนจุดมุ่งหมายให้มีความเหมาะสม

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) โดยการติดตามเยี่ยมบ้านที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยผู้วิจัยทักทายกลุ่มตัวอย่าง ชักถามอาการและอาการแสดง และประเมินผลพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 2 หลังจากนั้นร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมาว่าสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติต้องให้ได้ตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันตั้งไว้

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) โดยการโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยทักทายกลุ่มตัวอย่าง ชักถามอาการ และอาการแสดงทั่วไป หลังจากนั้นร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมาว่าสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบบันทึกพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิด 2 ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเบาหวาน ประเมินผลการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6) โดยการติดตามเยี่ยมบ้านที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยผู้วิจัยทักทายกลุ่มตัวอย่าง ชักถามอาการและอาการแสดง และประเมินผลพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 2 หลังจากนั้นร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมาว่าสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติต้องให้ได้ตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันตั้งไว้

ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 7) ที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยเต่า โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งเป็นการพบกันครั้งสุดท้าย โดยผู้วิจัยทักทายกลุ่มตัวอย่าง ชักถามอาการและอาการแสดงทั่วไป หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สรุปผลการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King, 1981) ซึ่งดัดแปลงจากแผนกิจกรรมการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนข้อมูล การกำหนดปัญหา และการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย และการประเมินผล

2. คู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว เป็นคู่มือสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากคู่มือสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานของ Sonlop (2010) และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหารเพื่อควบคุมเบาหวาน การออกกำลังกายเพื่อควบคุมเบาหวาน การ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎี ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย จากการศึกษาพบว่า จำนวนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารในระดับสูงร้อยละ 53.34 และ 70 ด้านการออกกำลังกายในระดับสูง ร้อยละ 20 และ 30 ตามลำดับ และด้าน

ใช้ยาเพื่อควบคุมเบาหวาน เพื่อมอบให้กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ที่บ้าน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มี 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 53.33 เป็นเพศชายร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 (Range= 40-60, $\bar{X}$ =50.06, SD=6.54) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ในส่วนของอาชีพ ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 63.33 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,000-6,000 คิดเป็นร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 1

การใช้ยาอยู่ในระดับสูง จำนวนร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายหลังการทดลอง ($\bar{X}$ =56.03, S.D.=4.13) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =52.10, S.D.=4.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	46.67
หญิง	16	53.33
อายุ		
40-45 ปี	10	33.33
46-50 ปี	3	10.00
51-55 ปี	9	30.00
56-60 ปี	8	26.67
ศาสนา		
พุทธ	30	100.00
อาชีพ		
เกษตรกร	15	50.00
ค้าขาย	4	13.33
รับราชการ	1	3.33
รับจ้าง	8	26.67
แม่บ้าน	2	6.67



ข้อมูลส่วนบุคคล	(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	63.33
มัธยม	8	26.67
อนุปริญญา	2	6.67
ปริญญาตรี	1	3.33
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
น้อยกว่า 3,000	6	20.00
3,000 – 6,000	15	50.00
6,000 – 9,000	5	16.67
9,000 – 12,000	3	10.00
มากกว่า 12,000	1	3.33



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

การปฏิบัติตัว	กลุ่มก่อนการใช้การพยาบาล (n=30)			กลุ่มหลังการใช้การพยาบาล (n=30)		
	สูง	กลาง	ต่ำ	สูง	กลาง	ต่ำ
การปฏิบัติตัวโดยรวม	7 (23.33)	23(76.67)	0 (0)	22(73.33)	8 (26.67)	0 (0)
การปฏิบัติตัวรายด้าน						
ด้านการควบคุมอาหาร	16 (53.34)	13(43.33)	1(3.33)	21(70.00)	8(26.67)	1(3.33)
ด้านการออกกำลังกาย	6(20.00)	14(46.67)	10(33.33)	9(30.00)	18(60.00)	3(10.00)
ด้านการใช้ยา	21(70.00)	8(26.67)	1(3.33)	27(90.00)	3 (10.00)	0(0)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการควบคุม น้ำตาลในเลือด	การใช้การพยาบาล (n=30)	การใช้การพยาบาล (n=30)
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)
กลุ่มทดลอง	52.10(4.92)	56.03(4.13)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดอยเต่า เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังจำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้ดังนี้ คือการปฏิบัติตัวของผู้ที่เบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายแตกต่างกันอย่างไร

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่มีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่



ในระดับสูง (ร้อยละ 73.33) มีมากกว่าในก่อนใช้ (ร้อยละ 23.33)

จากผลการศึกษาข้างต้นสามารถอภิปรายโดยรวมได้ดังนี้

ผลลัพธ์จากการได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ครั้งนี้พบว่า มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ด้านการปฏิบัติตัวโดยรวม มีระดับการปฏิบัติตัวในระดับสูงมีร้อยละ 73.33 ซึ่งมากกว่ากลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายซึ่งมีร้อยละ 23.33

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King, 1981) ที่กล่าวว่า การบรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ทำให้ทั้ง 2 ฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งกันและกัน และต่อสถานการณ์โดยผ่านการติดต่อสื่อสาร ร่วมกันค้นหาปัญหาภายหลังจากนั้นจึงร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมาย แสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมาย และตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ได้ร่วมกันกำหนด จนเกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายเกิดเป็นขั้นตอนที่แสดงถึงการบรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ทำให้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย สามารถเข้าถึงปัญหา และความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล จึงร่วมกันวางแผนและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.01

การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถยืนยันให้เห็นว่า ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยเต่า หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลดอยเต่า หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลดอยเต่าที่ให้ความช่วยเหลือตลอดมา ขอบคุณผู้ที่เป็นเบาหวานทุกท่านและกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No. CTH-IRB 2023/ 012.1912

เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association. (2023). **Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes -2023**. Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S19–S40.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). **The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence** (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2023). **report complication**. [online]. Retrieved October 5, 2023 from <https://smart-ncd.chiangmaihealth.go.th/web/index.php>



- Chupan, Siripim (2012). **Effects of Nursing Care Based on Theory of Goal Attainment on Blood Sugar Controlling Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Persons with Type 2 Diabetes**. Master's dissertation, Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.
- Diabetes association of Thailand. (2023). **Clinical Practice Guideline for Diabetes**. Bangkok: Srimuang printing
- Doitao District Public Health. (2023). **Documentation for supervision controlling monitoring of public health 2566**. [online]. Retrieved October 5, 2023 from <https://www.chiangmaihealth>.
- Keawson, Nittaya . (2005). **Intrinsic motivation and glycemic control behaviors among person with type 2 diabetes**. Master's dissertation. Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.
- King, I.M. (1981). **A Theory for nursing : a system, concept, process**. New York : A wileg medical publication
- Ministry of Public Health. (2020). **KPI Report of NCD Clinic Plus 2020: Percentage of diabetic patients with good blood sugar control**. [online]. Retrieved October 5, 2023 Retrieved from <http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th/pages/public/evaluation>.
- Nukulkit, S.& Sareerat, T. (2018). **Effectiveness of health promotion program with group process on the self-care behaviors modification of type 2 diabetic patients at Sukkasem Community Health Center, Tambon Tatcheungchum, Muang, Sakon Nakhon**. Journal of Sakon Nakhon Hospital, 21(1): 77-86.
- Phommasane, Vatsana. (2014). **Effect of nursing care based on theory of goal attainment on health behaviors among persons with hypertension, Lao people's Democratic Republic**. Master's dissertation, Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.
- Sonlop, Piyapong. (2010). **Effectiveness of implementing clinical nursing practice guidelines for promoting diabetes control among persons with diabetes type 2 at Khiri Mat Hospital, Sukhothai Province**. Master's dissertation. Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.
- Strategy and planning division. (2011). **Illness rate , death rate from non-communicable diseases**. [online]. Retrieved October 1, 2023 from <http://www.moph.go.th>



