

# วารสารพยาบาลสาธารณสุข

## JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน 2563

Vol. 34, No. 1

January - April 2020

---

### บทบรรณาธิการ

#### บทความวิจัย

- การคัดกรองภาวะสายตาคิดปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา
- วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล
- ภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งแรก
- การศึกษานำร่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ
- ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร

#### บทความวิชาการ

- การจัดการรถาอาหารเคลื่อนที่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา
- บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

# วารสารพยาบาลสาธารณสุข

## JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1

มกราคม – เมษายน 2563

ISSN 0857-5371

Vol. 34, No. 1

January - April 2020

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ		
	3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล		
คณะที่ปรึกษา	ศ.บุญธรรม	กิจปรีดาวิสุทธิ	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ศ.ดร.ผ่องพรรณ	เกิดพิทักษ์	มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
	ศ.พ.ญ.ชุตินา	ศิริกุลชยานนท์	มหาวิทยาลัยรังสิต
	ศ.ดร.ศิริพร	จิรวรรณกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.ศศิธร	พุ่มดวง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รศ.ดร.สมพร	กันทรคุณธุ์ เติร์มชัยศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุลี	ทองวิเชียร	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
	รศ.พ.ญ.จรรยาพร	สุภาพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ	ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองบรรณาธิการ	ผศ.ดร.ศรีสุดา	วงศวิเศษกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
	ผศ.ดร.วรรณรา	ชินวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
กองบรรณาธิการ	ศ.นายแพทย์พยาง	จุทา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
	รศ.ดร.สุนีย์	ละกำป็น	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.ปัญญารัตน์	ลาภวงค์วัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อรภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.รัชณี	สรรเสริญ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	ผศ.ดร.วนิดา	ดุรงค์ฤทธิ์ชัย	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	ผศ.ดร.นันทพันธ์	ชินล้ำประเสริฐ	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวีวรกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.พิมสุภาว	จันทนะโสตร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
	ผศ.ดร.พรนภา	หอมสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.เพ็ญพิศ	บุญมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Dr.Stephen	Hamann	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
	Dr.Carol	Hutchinson	มหาวิทยาลัยมหิดล

เจ้าของ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ โทรศัพท์ : 0-2354-8542, 095 -701-3182 โทรสาร : 02 354 8542

สถานที่ตั้ง ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม และฉบับออนไลน์ ปีละ 1 ฉบับ

พิมพ์ที่ บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด  
99/164 ม.2 ซ.แจ้งวัฒนะ 10 แยก 3 ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210  
โทรศัพท์: 02 575 1791-3, โทรสาร: กต 16

เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะทาง คณะกรรมการจัดทำวารสารหรือสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

## บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาธารณสุขนี้เป็นวารสารที่ Double Blind Review มีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านเป็นผู้ประเมินผลงาน อยู่ใน TCI (T2) กำลังปรับปรุง website ของวารสารให้สอดคล้องตามเกณฑ์ของ ThaiJo จุดมุ่งหมาย เพื่อเป็นศูนย์รวมของนักวิชาการ นักปฏิบัติและนักวิจัยทางด้านการศึกษา สาธารณสุข ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และความเสี่ยงทางสุขภาพตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพของบุคคล เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงาน สร้างความเท่าเทียม และความยุติธรรมในสังคมควบคู่ไปกับคุณภาพเชิงวิชาการ ตามเป้าประสงค์ ของ SDG (Sustainable Goal Development) ยุค Digitalization ที่สังคมโลกกำลังตื่นตระหนกกับวิกฤติ COVID-19 ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาทั่วโลกในเดือนกรกฎาคม จำนวน 11,410,373 คน มีผู้เสียชีวิต 534,162 คน ประเทศไทยได้รับความชื่นชมในระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคได้นำพึงพอใจจากความเข้มงวดของรัฐ และความร่วมมืออันดีจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาชนที่เน้น Social Distancing, Work from home, Hand hygiene, สวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกนอกบ้าน เป็น New Normal Innovative lifestyle ฉบับนี้ให้ความสำคัญวันพยาบาลระหว่างประเทศมีการเฉลิมฉลองทั่วโลกทุก ๆ 12 พฤษภาคม ซึ่งเป็นวันครบรอบวันเกิดของฟลอเรนซ์ในดิงเกล ปี 2020 - Nurses: A Voice to lead - Nursing the World to Health จึงมีบทความวิชาการเรื่องบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน และเรื่องราวการจัดการรถอาหารเคลื่อนที่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา สำหรับรายงานวิจัยเสนอบทบาทของพยาบาลอนามัยโรงเรียนการคัดกรองภาวะสายตาดำผิดปกติของนักเรียน และประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ ในคลินิกและชุมชนที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงวิชาการสุขภาพ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

คณะกรรมการวารสารฯ ขอขอบคุณทุกท่านผู้ที่มีส่วนสร้างสรรค์ปรับปรุงให้ผลงานนี้ได้ปรากฏในที่สาธารณะ สร้างความเข้มแข็งให้แก่วงวิชาการ วิชาชีพ และการปฏิบัติงานสุขภาพ ของพยาบาลสาธารณสุขของประเทศอย่างต่อเนื่องและตลอดไป

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ  
หัวหน้ากองบรรณาธิการ

# สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563

Journal of Public Health Nursing Vol.34, No.1 January - April 2020

## บทบรรณาธิการ

## บทความวิจัย

## หน้า

การคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร	A Vision Screening to Address Refractive Error of Primary School Students in a School of Bangkok Metropolitan Province	1
จutipak จันทรโชติ*	Jutipak Chantarachot*	
ธีรารัตน์ ทศนปิติกุล**	Teerarat Tassanapitikul**	
สุธาทิพย์ เอ็มเปรมศิลป์***	Suthatip Empremsilapa***	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา	Factors Affecting Sexual risk Behaviors among Female lower Secondary School Students in Pattata City	13
ณิชากัทธ ปูนมีกิจ*	Nichapatr Punmeekij*	
ชนัญชิตาดุซณี ทูลศิริ**	Chanandchidadussadee Toonsiri**	
พรนภา หอมสินธุ์***	Pornnapa Homsin***	

## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย

### หน้า

วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของ นักศึกษาพยาบาล	Health promoting lifestyle on self care self regulation and self efficacy of Nursing Students	30
วรณิช พัวไพโรจน์* กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ**	Voranich puapairoj* Kittiyaporn Choksawadphinyo**	
ภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพตาม การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล	The Image of Professional Nurses Perceived by Nursing Students	48
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรखा* อนุชิต จุลบาท** เอกราช เกี้ยวใจ** วิรัช ภูแสนกล้า** ศราวุฒิ ปุยชัยภูมิ** ศรีประภา สมี่ดี** ศรินภา แสงจันทร์งาม** ศศิภา สุขมาก** ศุภาพิชญ์ วรรณกานต์** สุรัตน์ ช่วยสม** อรทัย พิมพา** อัจฉรา บวบทอง**	Kitsanaporn Tipkanjanaraykha* Anuchit Junlabat** Aekkarach Kiawjai** Viracha Phuseankla** Sarawut Puichaiyaphum** Sariprapa Sameedee** Srinapa Sangjangam** Sasipa Sukmak** Supapich Wannakarn** Surat chuysom** Orathai Pimpa** Atchara Buabthong**	

## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย

### หน้า

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ  
ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัด  
ร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดง  
ที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งแรก

Quality of Life among Hepatocellular  
Carcinoma Patients Who Receive Initial  
Transcatheter Arterial Chemoembolization

63

สุธิสา เต็มทับ\*  
กิตติกร นิลมานัต\*\*  
รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์\*\*\*  
กীরติ หงษ์สกุล\*\*\*\*

Suthisa Temtap\*\*  
Kittikorn Nilmanat\*\*  
Rungtip Udomvisatson\*\*\*  
Keerati Hongsakul\*\*\*\*

การศึกษานำร่องประสิทธิผลของ  
โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค  
อาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ในคลินิกชะลอไตเสื่อม  
โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

The Effectiveness of health promotion on  
dietary and fluid consumption behaviors  
among patients with chronic kidney  
disease in a nephrology clinic: Pilot study  
at Thalang Hospital, Phuket

80

จุฬาลักษณ์ ลิ้มลือชา\*

Julaluck Limluecha\*

## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย

### หน้า

การพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ	The development of a care system for the elderly with dementia in Sisaket Province	97
คมเนตร สุกุณณะศักดิ์* สิทธิพันธ์ จันทรวงษ์** พูนสุข ทองเสียน***	Khomnate Sakuntanasak* Shittipun Changprong** Poonsuk Sainthong ***	
ผลของโปรแกรมการจัดการ รายการนี้ต่อคุณภาพชีวิตและ ความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร	Effects of a Case Mangement Program on Quality of Life and Functional Status of Dependent Older Adults Post Stroke in Bangkok	112
วชิราภรณ์ เรืองเดช* ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ** พัชรภาพร เกิดมงคล***	Wachiraporn Ruangdej* Kwanjai Amnatsatsue** Patcharaporn Kerdmongkol***	

## สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ		หน้า
การจัดการรถอาหารเคลื่อนที่ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา	Mobile Food Management in California, USA	127
วรรณรา ชื่นวัฒนา*	Wannara Chuenwattana*	
บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน	Roles of Nurse Practitioners in the Prevention and Control of the Epidemic of Coronavirus Disease 2019 in Community	141
สุทธิพร มุลศาสตร์*	Sutteeporn Moolsart*	
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ		157
ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข		164
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ		165
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ		166



# บทวิจัย

## การคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

จตุภัค จันทโรชิตี\*

ธีรรัตน์ ทศนปิติกุล\*\* สุราทิพย์ เอ็มเปรมศิลป์\*\*\*

### บทคัดย่อ

การมองเห็นที่ผิดปกติ จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของนักเรียน วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาระบบคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติและหาอัตราความชุกของความผิดปกติของสายตาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกตรวจสุขภาพและวัดความสามารถในการมองเห็น ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง ธันวาคม 2556 ของนักเรียน จำนวน 143 คน และเปรียบเทียบผลย้อนหลังกับข้อมูลในปีการศึกษา 2552 (ประถมศึกษาปีที่ 1) และปีการศึกษา 2554 (ประถมศึกษาปีที่ 3) ในเด็กแต่ละคน เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แผ่น Snellen Chart และที่ปิดตา ผลการคัดกรองสายตาสั้นผิดปกติโดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน พบว่าเด็กมีสายตาสั้นร้อยละ 74.8 มีสายตาสั้นผิดปกติเล็กน้อย (Visual Acuity: VA=20/30) และผิดปกติมาก ( $VA \leq 20/40$ ) ร้อยละ 7.7 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ เปรียบเทียบกับผลการตรวจสายตาสั้นย้อนหลังไป 5 ปี ว่าการมองเห็นของนักเรียน 107 คน (88.4%) ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 นั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้ามการมองเห็นของนักเรียน 6 คน (46.2%) ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อยและนักเรียน 9 คน (100%) ที่มีการมองเห็นไม่ดีได้เสื่อมสภาพลง นอกจากนี้นักเรียนรายใหม่ที่มีการมองเห็นไม่ดีในการเข้ารับการตรวจแต่ละครั้ง ในปี 2552, 2554 และ 2556 พบว่านักเรียน 9 คน (6.3%) ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 นักเรียน 6 คน (4.2%) ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และนักเรียน 10 คน (7%) ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีการมองเห็นที่ไม่ดี

สรุปว่าปัญหาทางสายตาในเด็กวัยเรียนพบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เด็กที่พบความผิดปกติควรได้รับการช่วยเหลือและติดตามทุกปี ส่วนเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติอาจจะปรับมาเป็นตรวจคัดกรองเพื่อติดตามทุก 2 ปี สอดคล้องกับแนวทางการกำกับดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

**คำสำคัญ:** การคัดกรองสายตาสั้น/ ภาวะสายตาสั้นผิดปกติ/ นักเรียนในโรงเรียน

\* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: jutipak16@gmail.com

\*\* ผู้ช่วยวิจัย หน่วยเวชศาสตร์ผู้ปวยนอกเด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* อาจารย์พิเศษ หน่วยเวชศาสตร์ผู้ปวยนอกเด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## A Vision Screening to Address Refractive Error of Primary School Students in a School of Bangkok Metropolitan Province

Jutipak Chantarachot\*

Teerarat Tassanapitikul\*\* Suthatip Empremsilapa\*\*\*

### ABSTRACT

Abnormal vision affects student learning and should be addressed early in the educational process. This research aimed to assess vision screening practices and suggest guidelines to address refractive error in grade 5 students by studying students attending Anubansamsen School, Bangkok. The researcher collected data from health examination forms and performed an assessment of visual acuity (VA). The data was collected from May to December 2013. Of 143 students who participated in this study, 69 were boys (48.3%) and 74 were girls (51.7%). The outcome was compared with previous screening data when students were in grade 1 (2009), and grade 3 (2011). The tools of this study were a Snellen chart or an Allen card and an Occluder, to identify refractive error. Outcomes were divided into three categories: normal vision (20/20 visual acuity), mild visual impairment (20/30 visual acuity), and poor vision ( $\leq 20/40$  visual acuity). 107 students (74.8%) had normal vision, 11 students (7.7%) had mild visual impairment and 25 students (17.5 %) had poor vision.

Reviewing data over the last five years showed that the vision of the 107 students (88.4%) who had normal vision at grade 1 was not changed. On the other hand, the vision of the 6 students (46.2%) with mild visual impairment and the 9 students (100%) with poor vision had deteriorated. In addition, new cases with poor vision were reported at each screening visit. For example, in 2009, 2011, and 2013, 9 students (6.3%) in grade 1, 6 students (4.2%) in grade 3, and 10 students (7%) in grade 5 had poor vision.

In summary, this study demonstrated that refractive error in school-aged children is a common problem and tends to increase over the years. As a result, students who have vision problems should be referred with regular follow-up. Following the guideline for preventive health care by the Royal College of Pediatricians of Thailand, the outcome of this study, it is suggested that school-aged children have vision checks at least every two years. This eye screening guideline should be incorporated into public school nurses' usual workload.

**Key word: Eye screening/ Refractive error/ Primary students**

---

Article info: Received December 19, 2018; Revised July 2, 2019; Accepted April 5, 2020.

\* Corresponding Author, Registered nurse Ambulatory Care Nursing Service, Nursing Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\* Research Assistant., Ambulatory Pediatrics and Adolescent Medicine, Pediatrics Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\* Special Teacher, Ambulatory Pediatrics and Adolescent Medicine, Pediatrics Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมองเห็นเป็นสิ่งสำคัญของการเรียนรู้ของเด็ก การมองเห็นที่ผิดปกติจะส่งผลต่อพัฒนาการทั้งด้านการเรียนรู้ บุคลิกภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีอาการทันทีแต่จะค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งกว่าผู้ปกครองจะพาเด็ก มาพบแพทย์ก็ต่อเมื่อเด็กมีอาการมากแล้ว ผลการศึกษาจากองค์การอนามัยโลกพบว่าเด็กที่อายุมากกว่า 5 ปีที่ผิดปกติในการมองเห็นและไม่ได้รับการแก้ไขทั่วโลกมีประมาณ 153 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ราว 8 ล้านคน มีสายตาระดับตาบอด<sup>1,2</sup> จากการเก็บข้อมูลนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี พ.ศ. 2552-2554 จำนวน 3 โรงเรียนในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ในปี 2552, 2553 และ 2554 เด็กมีสายตาผิดปกติ ( $VA \leq 20/30$ , at least one eye) ร้อยละ 40.1, 33.2 และ 33.2 ตามลำดับ<sup>3</sup> และในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6-12 ปี ในกรุงเทพมหานครมีความชุกภาวะสายตาผิดปกติ ร้อยละ 13.0<sup>4</sup>

เกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในองค์ประกอบที่ 5 เรื่องอนามัยโรงเรียน มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 ได้รับการตรวจสอบสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยที่เด็กทุกคนต้องได้รับการตรวจสายตาปีละ 1 ครั้ง และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ตรวจสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตรวจสายตาด้วยโดยการดูแลของคุณครูประจำชั้นซึ่งได้รับความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพจากพยาบาลอนามัยโรงเรียน<sup>5,6</sup> และจากการสำรวจผลตรวจสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนพญาไท ชั้นประถมศึกษาปีที่

ที่ 5-6 ในปี 2554-2556 พบว่าไม่มีผลการตรวจสุขภาพของนักเรียนด้วยตนเองและตรวจสายตาโดยครูตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้การดูแลตรวจสุขภาพของนักเรียนในหลายโรงเรียน และโรงเรียนที่รับผิดชอบนั้นแบ่งเป็น 3 แบบ ได้แก่ โรงเรียนกรุงเทพมหานคร โรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนเอกชน ซึ่งแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขจะแบ่งโรงเรียนรับผิดชอบตามเขตของตน จากการสำรวจศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งต้องรับผิดชอบโรงเรียนทั้งหมดถึง 29 โรงเรียน โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลอนามัยโรงเรียน 1 คน พยาบาลผู้ช่วย 1 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างมาก และถึงแม้ว่ากิจกรรมเหล่านี้ได้จัดอยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2552 สำหรับเด็กวัยเรียนและเยาวชนก็ตาม แต่ทางกรมอนามัยไม่ได้ทำรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จึงทำให้ไม่ทราบถึงปัญหาในปัจจุบันของเด็ก<sup>7</sup> ดังนั้นโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เห็นความสำคัญของงานอนามัยโรงเรียนจึงได้มีส่วนในการสนับสนุนให้จัดกิจกรรมอนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและมาตรฐานการคัดกรองสุขภาพของเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบโดยเน้นให้ความสำคัญของบทบาทอนามัยโรงเรียนเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย

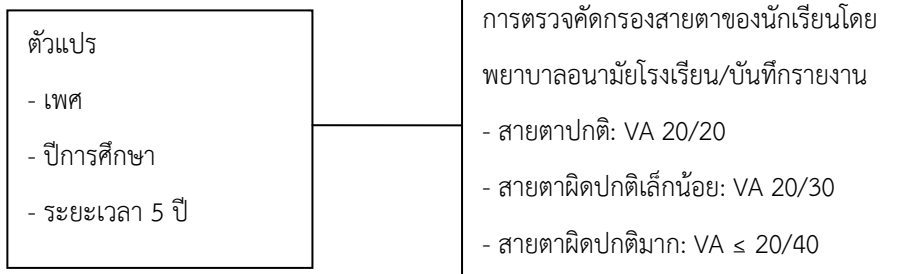
จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีแนวทางการปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนโดยจะให้คัดกรองเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประถมศึกษาปีที่ 3 ประถมศึกษาปีที่ 5 แทนการตรวจสุขภาพเด็กและสายตาทุกปี<sup>8</sup> ซึ่งจากข้อมูลการตรวจคัดกรองสายตาข้างต้นมีความแตกต่างกันและไม่มีรายงานมาสนับสนุน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสายตาและติดตามผลของการตรวจสายตาเด็กแต่ละคนเพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มสายตาของเด็กที่ปกติกับผิดปกติว่าแตกต่างกันอย่างไร เพื่อนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลสนับสนุนและอ้างอิงในการพิจารณา

ปรับปรุงรูปแบบของการตรวจสายตาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของความผิดปกติของสายตาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความผิดปกติของสายตาระหว่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เพศชายและเพศหญิง
3. เพื่อศึกษาปัญหาความผิดปกติของสายตาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในแต่ละระดับปีการศึกษาที่ผ่านมา
4. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสายตาในระยะเวลา 5 ปี ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

#### กรอบแนวคิด



#### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง  
(Cross-sectional descriptive design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรครั้งนี้เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลสามเสน ในกรุงเทพมหานครที่เข้าร่วมกิจกรรมอนามัย

โรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพเด็กวัยเรียน อย่างเป็นองค์รวมภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปีการศึกษา 25560 จำนวน 143 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้สร้างขึ้น โดยนำมาใช้เฉพาะผลการตรวจสายตา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แผ่น Snellen chart เพื่อวัดความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity หรือ VA) และ ALLEN card ในกรณีที่เด็กไม่สามารถอ่านตัวเลขได้ซึ่งเป็นมาตรฐานที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เป็นแบบวัด โดยจัดกลุ่มสายตา 3 ระดับดังนี้ สายตาปกติ: VA 20/20, สายตาผิดปกติเล็กน้อย: VA 20/30, สายตาผิดปกติมาก: VA  $\leq$  20/40

3. ที่ปิดตา (Occluder)

## ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลสามเสนจำนวน 143 คน ตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในปี 2556 โดยผู้วิจัยทำการตรวจสายตาเด็กด้วยตนเองโดยใช้แผ่น Snellen chart เพื่อวัดความสามารถในการมองเห็นและบันทึกผลการตรวจในรูปแบบบันทึกการตรวจสุขภาพ

2. ข้อมูลจากแบบบันทึกสุขภาพดูผลการตรวจสายต้าย้อนหลังในปี 2552, 2554, 2556 ในเด็กแต่ละคน โดยใช้ข้อมูลสายตาจากเด็กคนเดียวกันเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของ

สายตา และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปคำนวณหาอัตราความชุกของปัญหาสายตาโดยหาความถี่ ร้อยละ และ Chi-square test

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา เดือนพฤษภาคม ถึง ธันวาคม 2556 มีจำนวนทั้งสิ้น 143 คน พบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 เพศชายจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 พบว่ามีนักเรียน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 74.8 ที่มีสายตาปกติ VA 20/20 ทั้งสองข้าง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 มีสายตาข้างใดข้างหนึ่งผิดปกติหรือทั้งสองข้างมีสายตาผิดปกติเล็กน้อย VA 20/30 และมี 25 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 มีสายตาผิดปกติมาก VA  $\leq$  20/40 ซึ่งพบว่าเด็กที่มีสายตาผิดปกติมากส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 เด็กเพศชายจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 และพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าวัดระดับสายตาไม่แตกต่างกัน ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $X^2 = 0.93, p = 0.62$ ) (ตารางที่ 1) โดยเด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาจะได้รับคำแนะนำในเรื่องของการถนอมสายตาและให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากจักษุแพทย์เพื่อยืนยันอีกครั้ง

ตารางที่ 1 ระดับการมองเห็น (VA) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามเพศ  
(n = 143)

ระดับการมองเห็น (VA)	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	N	%	N	%	N	%
ปกติ (20/20)	53	76.8	54	73	107	74.8
ผิดปกติเล็กน้อย (20/30)	6	8.7	5	6.7	11	7.7
ผิดปกติมาก ( $\leq 20/40$ )	10	14.5	15	20.3	25	17.5
รวม	69	100	74	100	143	100

$\chi^2 = 0.93$ , p value = 0.62

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีแจกแจงด้วยความถี่และร้อยละ พบว่าการตรวจคัดกรองภาวะสายตาเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นจะพบอัตราความชุกของปัญหาสายตาผิดปกติโดยรวม เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ ปีการศึกษา 2552, 2554, 2556 พบปัญหาสายตาผิดปกติมาก (VA  $\leq 20/40$ ) ร้อยละ 6.3, 10.5, 17.5 ตามลำดับ โดยที่มีเด็กรายใหม่ถูกตรวจพบความผิดปกติ

ทุกครั้งที่มีการตรวจคัดกรอง ในจำนวนนี้มีรายใหม่ที่พบว่ามีปัญหาสายตาผิดปกติมาก (VA  $\leq 20/40$ ) ในปีการศึกษา 2554 พบ 6 ราย ปี 2556 พบ 10 ราย และสายตาผิดปกติเล็กน้อย (20/30) ในปีการศึกษา 2554 พบ 1 ราย ปี 2556 พบ 4 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นเด็กจะมีปัญหาของสายตาที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการมองเห็น (VA) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (2556) และข้อมูลระดับการมองเห็นของเด็กคนเดียวกันย้อนหลังในปี 2552, 2554 (n = 143)

ระดับการมองเห็น (VA)	ปีการศึกษา					
	2552		2554		2556	
	N	%	N	%	N	%
ปกติ (20/20)	121	84.6	114	79.7	107	74.8
ผิดปกติเล็กน้อย (20/30)	13	9.1	14	9.8	11	7.7
ผิดปกติมาก ( $\leq 20/40$ )	9	6.3	15	10.5	25	17.5
รวม	143	100	143	100	143	100

การตรวจคัดกรองสายตา ปีการศึกษา 2552 (ประถมศึกษาปีที่ 1) พบเด็กที่มีสายตาผิดปกติมาก VA ( $\leq 20/40$ ) ที่พบเด็กรายใหม่ทั้งหมด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ปีการศึกษา 2554 (ประถมศึกษาปีที่ 3) พบเด็กรายใหม่ที่มีสายตาผิดปกติมาก VA ( $\leq 20/40$ ) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 และปีการศึกษา 2556 (ประถมศึกษาปีที่ 5) พบเด็กรายใหม่ที่มีสายตาผิดปกติมาก VA ( $\leq 20/40$ ) จำนวน 10 คน คิด

เป็นร้อยละ 7.0 และจากการติดตามเด็กที่มีสายตาผิดปกติ VA ( $\leq 20/40$ ) ทั้งหมด 25 คน พบว่าเด็กจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88 ได้รับการตรวจสายตาและแก้ไขสายตาโดยสวมแว่นสายตาเรียบร้อย แต่มีเพียงเด็ก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ที่ไม่ได้รับการตรวจสายตาและแก้ไขปัญหาการมองเห็น สาเหตุเนื่องจากผู้ปกครองยังไม่ได้พาไปพบแพทย์ตามคำแนะนำ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์สายตาผิดปกติมาก (VA  $\leq 20/40$ ) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (2556) จำแนกตามข้อมูลรายปีย้อนหลัง

ปีการศึกษา	อัตราอุบัติการณ์ของเด็กที่มีสายตาผิดปกติมาก (VA $\leq 20/40$ )	
	N (new case)	%
2552	9	6.3
2554	6	4.2
2556	10	7.0
รวม	25	17.4

ผลการเปรียบเทียบความถี่และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงระดับสายตาเป็นรายบุคคลจากการวัดสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของพยาบาลอนามัยโรงเรียน บันทึกผลการวัดและนำผลที่ได้ไปศึกษาเด็กเป็นรายบุคคลย้อนหลังตั้งแต่ปีการศึกษา 2552 โดยการดูข้อมูลเก่าในสมุดตรวจสุขภาพเด็ก (สศ.3) พบว่าร้อยละ 88.4 ของเด็กที่มีสายตาปกติตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 1 เมื่อเวลาผ่านไป 5 ปีพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงคือ ค่าวัดสายตาปกติเหมือนเดิมร้อยละ 88.4 แต่เปลี่ยนแปลงเพียง

เล็กน้อยร้อยละ 3.3 และเปลี่ยนแปลงมากร้อยละ 8.3 ในทางตรงกันข้ามเด็กที่มีสายตาผิดปกติเล็กน้อย (VA = 20/30) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับสายตา คิดเป็นร้อยละ 53.8 แต่จะพบว่าเด็กที่มีสายตาผิดปกติเล็กน้อย (VA = 20/30) มีการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับสายตาที่เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 38.5 และเด็กที่มีสายตาผิดปกติมากตั้งแต่แรก (VA  $\leq 20/40$ ) จำนวน 9 คน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงระดับสายตาที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นทุกคนคือร้อยละ 100.00 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับการมองเห็น (VA) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ศึกษาย้อนหลังในระยะ 5 ปี เป็นรายบุคคลกับการเปลี่ยนแปลงของระดับสายตา เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของระดับสายตาเป็นรายบุคคลในระยะเวลา 5 ปี (ปีการศึกษา 2552-2556)

ระดับการมองเห็น (VA)	ไม่เปลี่ยนแปลง		เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย		เปลี่ยนแปลงมาก		รวม
	N	%	N	%	N	%	
ปกติ (20/20)	107	88.4	4	3.3	10	8.3	121
ผิดปกติเล็กน้อย (20/30)	7	53.8	1	7.7	5	38.5	13
ผิดปกติมาก ( $\leq 20/40$ )	0	0	0	0	9	100	9
รวม	114	79.7	5	3.5	24	16.8	143

#### การอภิปรายผล

จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าปัญหาด้านการมองเห็นของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 พบอัตราความชุกของสายตาผิดปกติมากอยู่ที่ 17.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับข้อมูลของ แพทย์หญิงอาภรธา และคณะ ได้ศึกษาในเด็กอายุ 6-12 ปี พบมีสายตาผิดปกติร้อยละ 12.6<sup>9</sup> รายงานวิจัยปัญหาสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบสายตาผิดปกติร้อยละ 13.3<sup>10</sup> แต่ค่าความชุกจะต่ำกว่าข้อมูลของนายแพทย์กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์ ที่ได้สำรวจความชุกความผิดปกติสายตาเด็กประถมศึกษาตอนต้นพบว่า สายตาผิดปกติ ร้อยละ 25<sup>11,12</sup> ซึ่งสำรวจปัญหาสุขภาพสายตาในเด็กประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาพบว่า มีสายตาผิดปกติร้อยละ 28.36<sup>12</sup> ผลที่ต่างกันนั้นอาจเนื่องมาจากวิธีการตรวจความแตกต่างของเด็กด้านอายุ เศรษฐฐานะ สิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของสายตาสั้นได้แก่

อายุ เชื้อชาติ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมบางอย่างโดยเฉพาะการใช้สายตาในมองใกล้หรือทำกิจกรรมนานๆ แต่ในการศึกษาของระดับการมองเห็นระหว่างเด็กชายและเด็กหญิงไม่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับ นภาพร ตนานัฐณ์และคณะ<sup>13</sup> ผลสำรวจภาวะสายตาผิดปกติในเด็กวัยเรียน: โครงการโสต จักษุ สัมพันธ์ จากการเปรียบเทียบความรุนแรงของปัญหาสายตาในปีการศึกษา 2544 และจากผลการวิจัยมีการเปรียบเทียบความรุนแรงของปัญหาสายตาปีการศึกษา 2556 พบว่ามีความรุนแรงของปัญหาสายตาในระดับปีการศึกษาที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับชุตินา อุตถากรโกวิท<sup>12</sup> เปรียบเทียบความรุนแรงของปัญหาสายตาในประถมศึกษาปลาย มัธยมศึกษาต้นและปลายมีความแตกต่างกัน โดยความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีรายงานที่เกี่ยวกับการเปรียบเทียบแนวโน้มของค่าระดับสายตาของเด็กที่



มีสายตากับเด็กกับผิดปกติว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ซึ่งต่างจากผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีสายตากับผิดปกติเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี พบว่าเด็กส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 90 ยังมีสายตากับผิดปกติเหมือนเดิม ต่างจากเด็กที่มีสายตากับผิดปกติมากตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีการเปลี่ยนแปลงค่าการมองเห็นตลอด ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าเป็นเด็กที่มีสายตากับผิดปกติไม่มีความจำเป็นต้องวัดสายตาทุกปี ส่วนเด็กที่มีสายตากับผิดปกตินั้นควรได้รับการติดตามทุกปีพร้อมให้การช่วยเหลือเป็นสิ่งที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนให้ความสำคัญและติดตามผลการส่งต่อ

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่านักเรียนจำนวนทั้งหมด 107 คน เพศหญิง 74 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 เพศชาย 69 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่มีสายตากับผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 74.8 สายตากับผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 25.2 เพศชายและเพศหญิงมีค่าวัดระดับสายตาไม่แตกต่างกัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สร้างความตระหนักรู้และทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งพยาบาลอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครองรวมถึงตัวเด็กนักเรียนเห็นถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองสายตาในช่วงวัยเรียน การติดตามและการถนอมดูแลรักษาสายตา นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยสนับสนุนเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงพัฒนาระบบการคัดกรองสายตาในโรงเรียนซึ่งตามข้อกำหนดที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันจะต้องมีการคัดกรองสายตาให้แก่เด็กนักเรียนทุกคนทุกปี ดังนั้นงานบริการอาจจะปรับเป็นตรวจคัดกรองสายตาทุก 2 ปีในเด็กที่ปกติ และเน้นติดตามตรวจทุกปีเฉพาะนักเรียนที่มีความผิดปกติของสายตา และให้สอดคล้องกับแนวทางการกำกับ

ดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยดังที่กล่าวไว้ และเป็นการลดภาระงานของพยาบาลอนามัยโรงเรียนไปเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือและติดตามเด็กนักเรียนที่มีปัญหาด้านสายตาหรือสุขภาพต่อไป

**จุดอ่อนงานวิจัย** การศึกษาติดตามควรมีคุณสมบัติ ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สุขภาพทั่วไปของเด็ก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะภาพทางเศรษฐกิจของผู้ปกครองร่วมอธิบาย

**จุดแข็งของการวิจัย** แสดงถึงการเฝ้าระวังติดตามการทำงานของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ใช้ประโยชน์จากระบบการคัดกรองสายตานิกรเรียน การบันทึกรายงาน มาวิเคราะห์เพื่อหาลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นดำรงอยู่และแนวโน้ม เพื่อใช้ปรับปรุงระบบคุณภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

**สรุปผลการวิจัย** อัตราอุบัติการณ์ของเด็กที่มีสายตากับผิดปกติมาก ( $VA \leq 20/40$ ) ร้อยละ 7 ปัญหาทางสายตาผิดปกติในเด็กวัยเรียนพบได้บ่อยประมาณ ร้อยละ 25 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เด็กที่มีสายตากับผิดปกติเล็กน้อย ( $VA = 20/30$ ) มีการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับสายตาที่เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 38.5 เมื่อได้รับการช่วยเหลือเด็กที่มีสายตากับผิดปกติ  $VA (\leq 20/40)$  ทั้งหมด 25 คน ร้อยละ 88 ได้รับการตรวจสายตาและแก้ไขสายตาโดยสวมแว่นสายตาเรียบร้อย มีเด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาและไม่ได้รับการช่วยเหลือเนื่องจากผู้ปกครองไม่ติดตามพาไปพบแพทย์ ดังนั้นเด็กที่พบความผิดปกติควรได้รับการช่วยเหลือและติดตามทุกปี ส่วนเด็กที่มีสายตา

ปกติอาจจะปรับมาเป็นตรวจคัดกรองเพื่อติดตามทุก 2 ปี สอดคล้องกับแนวทางการกำกับดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

#### ข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาสายตาเป็นปัญหาที่พบได้ในเด็กวัยเรียนและสามารถแก้ไขได้ถ้าตรวจพบเร็วซึ่งตัวเลขที่ศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นสิ่งสนับสนุนและจุดประกายให้ทราบว่าปัญหาเหล่านี้ไม่ควรถูกละเลยไป

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลทำให้สายตาเด็กผิดปกติเพิ่มขึ้น เช่น เศรษฐกิจของครอบครัว พันธุกรรม ระยะเวลาในการใช้คอมพิวเตอร์ สิ่งแวดล้อม การตรวจสายตาด้วยเครื่องมือเพื่อให้ได้ผลที่ถูกต้องแม่นยำ

3. การศึกษาในเชิงทดลอง โดยจัดโครงการที่มีประโยชน์ต่อเด็กที่มีปัญหาสายตาสั้นเพื่อลดปัญหาสายตาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและใน

กลุ่มเด็กที่มีสายตาปกติเพื่อช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสายตา เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพสายตาของเด็กประถมศึกษา โครงการถนอมสายตาในเด็กนักเรียน เป็นต้น

4. ภาครัฐควรจัดวาระพิจารณาระดับชาติ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมการตรวจคัดกรองสายตาและเมื่อเกิดปัญหาควรมีระบบส่งต่อเพื่อแก้ปัญหาต่อไปเพื่อให้มีระบบที่เป็นมาตรฐานที่สังคมยอมรับและสามารถยึดถือเป็นแบบอย่างที่ต้องการ

5. ควรนำการพัฒนาาระบบภาวะสายตาผิดปกติในเด็กนักเรียนในโรงเรียนกรุงเทพมหานคร โดยความร่วมมือของทีมนิสิตวิชาชีพ ไปใช้ในการปฏิบัติงานและศึกษาผลการคัดกรองสายตาอย่างต่อเนื่อง เช่น เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ติดตามเด็กที่มีปัญหาเพื่อได้รับการแก้ไขหรือป้องกันได้ทัน

## References

1. World Health Organization, WHO. Sight test and glasses could dramatically improve the live of 150 million people with poor vision. [Internet]. 2006 [cited 2020 May 7]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr55/en/print.html>
2. Resnikoff S, Pascolini D, Mariotti SP, Pokharel GP. Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(1):63-70. doi: 10.2471/blt.07.041210
3. Suthatip Empremsilapa. School health, health screening, and learning problems in school-aged students as holistic. In: Ruangdaraganon N, Rattarasarn C, Krairit O, editors. 4 years project of competency development of Thai population. "The way of disease prevention and health promotion". Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodhi Hospital. (in Thai).
4. Yingyong P. Refractive errors survey in primary school children (6-12 year old) in 2 provinces: Bangkok and Nakhonpathom (one year result). *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2007;93:1205-10. (in Thai).
5. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Health. Guideline of health promotion and disease prevention in school-age children and teenagers. 2514. Bangkok: Kaew Chao Chom Publications Center, Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai).
6. School-age Children and Youth Group, Department of Health, Ministry of Health. Guideline of health promotion of children and youth, and environmental health in school for local governance organizations. 2014. Bangkok: Kaew Chao Chom Publications Center, Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai).
7. Suthatip Empremsilapa. School health: health education and health services. In: Hansakunachai T, et al. *Children development and behavior for general practioners.* 2013. Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai).
8. The Royal College Pediatricians of Thailand, Pediatric Society of Thailand. *Guideline in Child Health Supervision.* 2014. Bangkok: Suppasan. (in Thai).

9. Lekskul A. Eye screening and eye problems in kindergarten and primary school-age children. Project of competency development of Thai population, Faculty of Medicine Ramathibodhi Hospital, Mahidol University. (Mimeographed). (in Thai).
10. Sukareechai S, Sukareechai C, Tapasanantana K. Health problems among students in one school in Pakkred district, Nonthaburi province. Thai Journal of Nursing. 2011;60(3):53-62. (in Thai).
11. Kongsomboon K. Prevalence survey and factors effecting to eye abnormal in primary school children of Watbuenghonglang School and Demonstration School, Srinakharinwirot University. 1999. Bangkok: Srinakharinwirot University. (in Thai).
12. Autthakornkovit C. Quality of lie of students with eye problems in Bankok Yai district, Bangkok. Journal of Public Health and Development. 2006;4:1:45-52. (in Thai).
13. Tananuvat N, Worapong A, Kupat J, Manassakorn A, Pathanapitoon K, Wuttananikorn S. The results of eye problem survey in school children: project of ear, eye, and perception. Chiang Mai Medical Journal. 2002;41(2):81-8. (in Thai).

# บทวิจัย

## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เมืองพัทยา

ณิชภัทร ปุ่นมีกิจ\*

ชญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ\*\* พรนภา หอมสินธุ์\*\*\*

### บทคัดย่อ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 230 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 3) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว 4) แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน 5) แบบสอบถามการเข้าถึงสถานบันเทิง 6) แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ และ 7) แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $M=1.47$ ,  $S.D.= .47$ ) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ( $\beta= .474$ ) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ( $\beta= -.165$ ) ทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ( $\beta= -.164$ ) และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน ( $\beta= .167$ ) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 42.5 ( $R^2 = .425$ ,  $p < .001$ )

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษาควรนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม/ โปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียน โดยเน้นเรื่องการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทำนาย/ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ/ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

\*\* นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail: stoonsiri@hotmail.com

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## Factors Affecting Sexual Risk Behaviors among Female lower Secondary School Students in Pattata City

Nichapatr Punmeekij\*

Chanandchidadussadee Toonsiri\*\* Pornnapa Homsin\*\*\*

### Abstract

Sexual behavior is an important health risk affecting society and country, including female adolescents. The purpose of this research is to identify factors affecting sexual risk behaviors among female lower secondary school students in Pattaya city. A simple random sampling method was used to recruit 230 female lower secondary school students in Pattaya city. Research instruments collected demographic data, attitudes to sexual risk behaviors, features of family relationships, perceived sexual risk behaviors of friends, access to entertainment complexes, access to sexual media, and sexual risk behaviors through questionnaires. Data collection took place in January, 2016. Data was analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

Study subjects had mean scores of sexual risk behaviors at the lowest level ( $M=1.47$ ,  $S.D.=.47$ ). Significant predictors of sexual risk behaviors were access to sexual media ( $\beta=.474$ ), grade point average (GPA) ( $\beta=-.165$ ), attitude to sexual risk behaviors ( $\beta=-.164$ ), and perceived sexual risk behaviors of friends ( $\beta=.167$ ). The model explained 42.5 % of the variance ( $R^2=.425$ ,  $p<.001$ ).

These findings suggest that nurses and related health care providers with nursing responsibilities could apply these study results to develop youth activities and programs to reduce sexual risk behaviors among lower secondary school students. Findings indicate such a program should focus on access to sexual media, attitude, and perceived sexual risk behaviors of friends.

**Keyword: Predictive factor/ Sexual risk behavior/ Female lower secondary school student**

---

Article info: Received June 14, 2019; Revised January 18, 2020; Accepted April 23, 2020.

\* Master student, Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Nursing, Burapha University.

\*\*Corresponding Author, Assistant Professor, Community Nursing Department, Faculty of Nursing, Burapha University. Email: stoonsiri@hotmail.com

\*\*\*Assistant Professor, Community Nursing Department, Faculty of Nursing, Burapha University.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว ความเจริญทางเทคโนโลยีและการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้วิถีชีวิตของมนุษย์ทุกเพศทุกวัยเปลี่ยนไปด้วย โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น ทำให้เส้นทางชีวิตของเด็กวัยรุ่นไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง เพื่อให้ทันกับยุคสมัยของสิ่งแวดล้อมที่ก้าวล้ำไปตามความเจริญก้าวหน้าของวัตถุนิยมรวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารเข้าถึงได้ง่าย จากรายงานการสำรวจของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2552-2555 พบว่าเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น มีแนวโน้มของการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โดยในเพศชายพบร้อยละ 5.3 และเพศหญิงร้อยละ 5.1<sup>1</sup> สถานการณ์การคลอดบุตรของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี 2558 พบอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 15-20 ปี) เท่ากับร้อยละ 27.08 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยสำรวจในปี 2553 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นหญิงทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือไม่พึงปรารถนา การทอดทิ้งบุตรหลังคลอด การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<sup>2,3</sup>

จากการสำรวจพบว่าพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปี พ.ศ. 2555 พบว่า นักเรียนชายร้อยละ 5.3 และนักเรียนหญิงร้อยละ 5.1 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชายและหญิง

เท่ากับ 13.2 และ 13.3 ปี ตามลำดับ สาเหตุที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดผลกระทบที่ตามมา คือ ปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2546-2556) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 16.8 ปัญหาผู้ที่ทำแท้งกับการไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมคุมกำเนิดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี สูงขึ้นถึงร้อยละ 95.5 นอกจากนี้ ยังพบว่าในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2557) อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มจาก 7.53 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2548 เป็น 34.50 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2557<sup>3</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมมีปัจจัยภายนอกตัววัยรุ่นอีก ซึ่งมีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันตามปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การควบคุมกำกับของบิดามารดาสัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว ยังเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ<sup>4,5</sup> การเข้าถึงสถานบันเทิงหรือสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น จากการศึกษาทั้งในประเทศ และ ต่างประเทศพบว่า มีปัจจัยหลายด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การดูสื่อลามก มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ช่องทางการเข้าถึงสื่อและความสะดวกในการเข้าถึงสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปิดรับสื่อสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ<sup>6</sup> การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การแต่งตัวสัมผัสระหว่างชายหญิง และการเที่ยวสถานเริงรมย์มีผลส่งเสริม และกระตุ้นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเช่นกัน<sup>7,9,10,11,13</sup>

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง ดังที่กล่าวมา มีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาในวัยรุ่นหญิง เนื่องจากอุบัติการณ์ติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภไม่พร้อม การทอดทิ้งบุตร การทำแท้ง ส่งผลกระทบรุนแรงมากกว่าเพศชาย ในการศึกษาครั้งนี้ นำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคมของ Bronfenbrenner<sup>13</sup> มาใช้ในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีเชื่อว่าอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเชิงนิเวศวิทยาทางสังคมทั้งระบบมีผลต่อพัฒนาการพฤติกรรมของวัยรุ่น ตั้งแต่ระดับ บุคคล ครอบครัวของวัยรุ่น ต่อเนื่องมาถึงระบบใหญ่ที่สุดสังคมประเทศ หรืออาจรวมถึงสังคมโลก การดำเนินไปของสิ่งต่างๆ ในสังคม ย่อมส่งผลต่อพัฒนาการ การหล่อหลอมพฤติกรรมของวัยรุ่น<sup>13</sup> ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคมของ Bronfenbrenner มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเมืองพัทยาที่เป็นเมืองอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวกลางคืน การบริการทางเพศเสรี ปัจจัยทางสังคมมีความซับซ้อนหลากหลายมิติ เนื่องจากทฤษฎีสามารถอธิบายปัจจัยเสี่ยงทางเพศได้ ครอบคลุมทั้งระบบ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น ยั่วยุ ความอยากรู้อยากลองตามวัย การเข้าถึงสื่อ และบริการสถานเริงรมย์ที่สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง ปัจจัยทั้งภายใน และภายนอกที่นำมาศึกษาทั้ง 2 ปัจจัยมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา มีผลกระทบและอิทธิพลต่อตัววัยรุ่นสามารถก่อให้เกิด

พฤติกรรมต่างๆ ตามมาได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยาสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรทีมสุขภาพ ครู โรงเรียน บิดามารดา ในการดำเนินแก้ปัญหา และกำหนดแนวทางในการสร้างกลยุทธ์เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา ช่วยลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภไม่พึงประสงค์ การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เพื่อให้วัยรุ่นเมืองพัทยามีคุณภาพชีวิตที่ดี และจะเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเมืองพัทยา
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะคิดต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ รายได้ที่ได้รับ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงแหล่งสถานบันเทิง การเข้าถึงสื่อ กระตุ้นทางเพศ ต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา

#### สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะคิดต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ รายได้ที่ได้รับ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงสถานบันเทิง การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ สามารถทำนาย

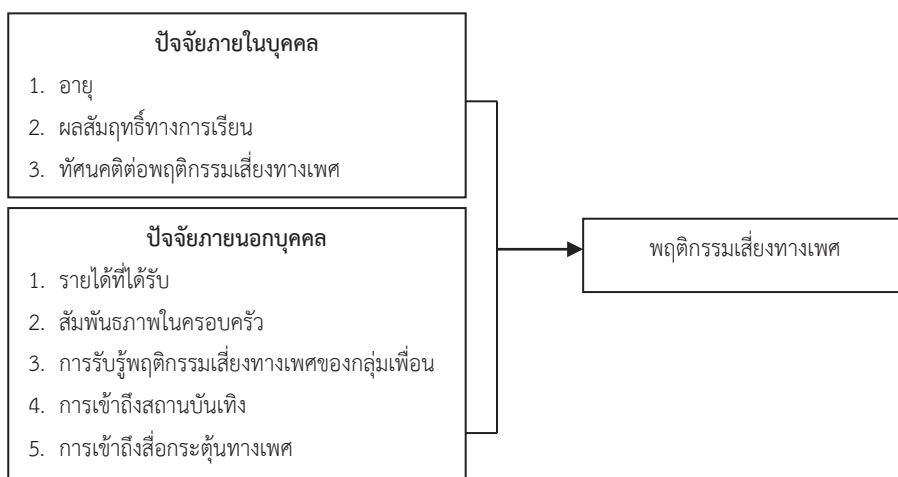


พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยาได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม ของ Bronfenbrenne มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของวัยรุ่นนั้นมิได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายในตัวของวัยรุ่นเองเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมที่ดำเนินชีวิตอยู่รอบๆ ตัวของวัยรุ่นด้วยซึ่งมีความซับซ้อนหลายระดับทั้งที่อยู่ในระบบเล็ก ระบบกลาง ระบบภายนอก

ระบบมหภาค และระบบลำดับเวลา เริ่มจากพ่อแม่ เพื่อน ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ครู สื่อสารมวลชน ชุมชน และประเทศรวมไปถึงเหตุการณ์ต่างๆ ดังนั้นปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในตัววัยรุ่น ได้แก่ อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะคิดต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยภายนอกตัววัยรุ่น หรือสิ่งแวดล้อมรอบๆ ในระดับต่างๆ ได้แก่ รายได้ที่ได้รับ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงสถานบันเทิง การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ จึงส่งผลทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research)

**ประชากร** คือ นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดเขตการศึกษาเมืองพัทยา

ตั้งอยู่ในเขตเมืองพัทยา จำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,710 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักเรียนหญิงผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับระดับมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดเขตการศึกษาเมืองพัทยา ตั้งอยู่ในเขตเมืองพัทยา จำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 230 คน

**กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง** จากการคำนวณด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรทั้งหมดโดยใช้วิธีของ Parel และคณะ<sup>14</sup>

$$\text{สูตร} = \frac{NZ^2 p(1-p)}{Nd^2 + Z^2 p(1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

N = ขนาดของประชากรนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดเขตการศึกษาเมืองพัทยา ปีการศึกษา 2558 รวมทั้งสิ้น 1,710 คน

Z = ค่าสถิติมาตรฐานได้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ ( $\alpha/2 = .05$ ;  $Z_{0.025} = 1.96$ )

p = สัดส่วนของจำนวนประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศร้อยละ 19.2 ดังนั้น p มีค่าเท่ากับ 0.192

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 5 % (0.05)

แทนค่าในสูตรดังกล่าวได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 209 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002 cited in Saunders et al., 2006) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างโรงเรียนในพื้นที่โซนพัทยาเหนือ พัทยากลาง และพัทยาใต้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ตัวแทนโรงเรียนในแต่ละโซน โดยโซนพัทยาเหนือ 3 โรงเรียน พัทยากลาง 1 โรงเรียน และพัทยาใต้ 1 โรงเรียน และสุ่มอย่างง่ายห้องเรียนของแต่ละโรงเรียนเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามคำนวณไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทุกคนใน

ห้องเรียนโซนพัทยาเหนือ 140 คน พัทยากลาง 35 คน และพัทยาใต้ 60 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 230 คน ซึ่งมากกว่าจำนวนที่คำนวณได้เล็กน้อยและเป็นจำนวนที่ยอมรับได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ที่ได้รับ ที่พักอาศัยปัจจุบัน สถานภาพสมรสของบิดามารดา เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อของนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดื่มสุราและใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการมีคู่นอนหลายคน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยค่อนข้างมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 9-45 คะแนนการแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดี คะแนนน้อย หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิดที่เกิดขึ้นในครอบครัวของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น กับบุคคลภายในครอบครัวในด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านขอบเขต

ความสัมพันธ์ และด้านการใช้เวลาด้วยกัน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ นิธินันท์ วิชัยรัมย์<sup>15</sup> ประกอบด้วยข้อความจำนวน 23 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง เห็นด้วยค่อนข้างมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-115 คะแนน การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นถึงการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติด การเที่ยวสถานบันเทิง การดูสื่อกระตุ้นอารมณ์เพศ การมีเพศสัมพันธ์ วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนของ ณมน ธนินธญากร<sup>16</sup> มีค่าความเชื่อมั่น .83 มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบจาก 3 ตัวเลือก ได้แก่ มี ไม่มี ไม่ทราบ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 3-27 คะแนน การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนน้อย คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงสถานบันเทิง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความสะดวกในการเข้าใช้บริการในสถานบันเทิง จำนวนสถานบันเทิง และค่าใช้จ่ายในการเข้าไปใช้บริการในสถานบันเทิง ที่ทำให้มีโอกาสมีพฤติกรรมเสี่ยงทาง

เพศ ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อความทั้งหมด 6 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

ความสะดวกในการเข้าใช้บริการในสถานบันเทิง ประกอบด้วย สะดวกมาก สะดวกปานกลาง ไม่สะดวก

จำนวนสถานบันเทิง ประกอบด้วย มีมากกว่า 3 ร้าน มี 1-2 ร้าน ไม่มีเลย

ค่าใช้จ่ายในการเข้าไปใช้บริการในสถานบันเทิง ประกอบด้วย มีเงินเพียงพอ พอมีเงินบ้าง ไม่มีเงินเลย

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-18 คะแนนการแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการเข้าถึงสถานบันเทิงมากคะแนนน้อย หมายถึง มีการเข้าถึงสถานบันเทิงน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความถี่ในการได้รับข้อมูลที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ วิดีโอ/ ซีดี หนังสือพิมพ์/ นิตยสาร ภาพยนตร์/ ละครโทรทัศน์/ ฟังวิทยุ อินเทอร์เน็ต วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้น มีข้อความทั้งหมด 5 ข้อ วัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการเข้าถึงสื่อทางเพศมากคะแนนน้อย หมายถึง มีการเข้าถึงสื่อทางเพศ น้อย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การกระทำหรือการปฏิบัติของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่

ปลอดภัย รวมถึงการตอบสนองความต้องการทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ การดื่มสุราหรือของมีเมา การอยู่ตามลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม การแตะต้องสัมผัสร่างกายเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว เป็นต้น ทำให้มีโอกาสนำไปสู่การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ตลอดจนการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย การแปลผลพิจารณาระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จากคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best and Kahn<sup>17</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับมากที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย**  
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แบบสอบถามการเข้าถึงสถานบันเทิง แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1, .86, 1 และ .91 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัว และแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากนักวิจัยท่านอื่นที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไม่มีการปรับปรุงหรือดัดแปลง จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ และนำมาคำนวณวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 แบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัวเท่ากับ .84 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนเท่ากับ .71 แบบสอบถามการเข้าถึงสถานบันเทิงเท่ากับ .79 แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศเท่ากับ .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเท่ากับ .90

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมวิจัย 06-11-2558 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยพร้อม แจกใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง โดยแจกล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อให้ นักเรียนและผู้ปกครองพิจารณาการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องเรียน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วถูกเก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 230 คนคิดเป็นร้อยละ 100.00

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยภายในบุคคล และ

ปัจจัยภายนอกบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

#### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 14-15 ปี (ร้อยละ 59.7) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 14.42 ปี ( $S.D.=1.06$ ) ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 35.7) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในอยู่ระหว่าง 3.01-4.00 โดยมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ( $S.D.=.51$ ) รายได้ที่ได้รับอยู่ระหว่าง 1,001-2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.4) รองลงมา มีรายได้ที่ได้รับอยู่ระหว่าง 2,001-3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30.7) โดยมีรายได้ที่ได้รับเฉลี่ยเท่ากับ 2,351.81 บาทต่อเดือน ( $S.D.=.36$ ) พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 43.7) พักอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 40.8) และมากกว่าครึ่งสถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 54.2)

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $M=1.47, S.D.=.47$ ) ดังตารางที่ 1

Table 1 Mean and standard deviation of preventive behaviors of respiratory tract infection. (N = 238)

Items	M	SD	degree
Drinking fruit juice mixed with light alcohol	2.08	1.04	Low
Wearing short skirts, tight pants	2.07	1.05	Low
Having body contact, touch meat	1.95	1.19	Low
Wearing a sleeveless top, strapless dress, close-fitting dress	1.92	1.01	Low
Drinking, beer, wine	1.81	0.92	Low

Items	M	SD	degree
Lying on each other with his girlfriend	1.61	1.05	Low
Being alone with a girlfriend alone	1.56	0.97	Low
To have sex	1.26	0.75	Lowest
Coupling By not preventing pregnancy and do not use condoms	1.18	0.70	Lowest
Staying with a boyfriend	1.17	0.65	Lowest
Going to a beer bar / karaoke with a face-to-face fan	1.13	0.53	Lowest
Having a partner changing	1.07	0.41	Lowest
The use of substance abuse to stimulate sex	1.05	0.26	Lowest
Sex with a sex buyer	1.02	0.21	Lowest
Overall	1.47	0.47	Lowest

3.ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ( $\beta = .474$ ) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ( $\beta = -.165$ ) ทักษะติดต่อพฤติกรรมเสี่ยงทาง

เพศ ( $\beta = -.164$ ) และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน ( $\beta = .167$ ) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 42.5 ( $R^2 = .425, p < .001$ ) ดังตารางที่ 2

Table 2 Stepwise multiple regression analysis of predictors of sexual risk behavior of the sample ( $N = 238$ )

Variable	$R^2$	b	SE(b)	Beta	t	p
Access to sexual media	.311	1.326	.159	.474	8.350	<.001
Grade point average	.377	-2.320	.762	-.165	-3.044	.003
Attitude sexual risk behaviors	.404	-.280	.092	-.164	-3.059	.002
Perceived sexual risk behaviors of friends	.425	.405	.141	.167	2.883	.004
Constant = 20.557			4.390		4.683	<.001

$R^2 = .425, F_{(4,233)} = 43.05, p < .001$

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบสมการคะแนนดิบได้ ดังนี้

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ =  $20.557 + 1.326$  (การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ)  $- 2.320$  (ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน)  $- .280$  (ทักษะติดต่อพฤติกรรมเสี่ยง

ทางเพศ) +.405 (การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน)

### อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการวิจัยที่พบว่า ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนหญิง ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเมืองพัทยา ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในอายุที่ใกล้เคียงกันคือ 14-15 ปี อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับการเรียนดี คือ 3.01-4.00 อาจเนื่องจากปัจจุบันผู้ประกอบการไทยตระหนักเรื่องการศึกษามากขึ้น จึงเอาใจใส่เรื่องผลการเรียนของ นักเรียนมากขึ้น โดยมักให้บุตรหลานเรียนพิเศษทำให้ระดับผลการเรียนค่อนข้างสูง รายได้ของนักเรียนส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,001-2,000 บาท/เดือน ปัจจัยที่ได้จากแบบสอบถามโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก บุคคลที่พหุศาสตร์ส่วนใหญ่อยู่กับบิดามารดา เนื่องจากเมืองพัทยา เป็นธุรกิจการโรงแรมและท่องเที่ยว คนส่วนใหญ่จากพื้นที่อื่นย้ายถิ่นฐานมาเพื่อทำงาน ประกอบอาชีพ เช่าบ้านอยู่ และนำบุตรมาศึกษา และพักอาศัยที่เมืองพัทยาดำรงกัน

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คະแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ การดื่มน้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์อ่อนๆ การนั่งกระโปรงสั้น กางเกงรัดรูป และการมีการสัมผัสร่างกาย ตะเนื่อต้องตัว สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ใน 3 อันดับแรก การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางเพศ การใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นอารมณ์เพศ และการมีการเปลี่ยนคู่นอน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อย ถึงน้อยที่สุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ทำให้นักเรียนอยู่ในความดูแลของผู้ใหญ่ และสภาพสังคมไทยยังมีวัฒนธรรมและค่านิยมในการรักนวลสงวนตัว ถึงแม้ว่าสังคมไทยจะรับเอาอารยธรรมตะวันตกเข้ามา ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูง การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ และการเข้าถึงสถานบันเทิง อยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง เนื่องจาก นักเรียนที่อยู่ในช่วงวัยเรียน การเรียนในระบบโรงเรียน มีความสนใจ เอาใจใส่ในเรื่องเรียน อีกทั้งกฎระเบียบและการดูแลอย่างเคร่งครัดจากสถานศึกษา ไม่มีเวลาอิสระมากที่จะไปเที่ยวสถานบันเทิง หรือใช้สื่อกระตุ้นทางเพศมาก แต่ขณะเดียวกัน วัยนี้ก็เป็นวัยที่จะก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเพื่อนและสื่อกระตุ้นต่างๆ จะมีอิทธิพลมากเด็กเติบโตอยู่ในสังคมเมืองท่องเที่ยว สังคมธุรกิจกลางคืนเป็นเหมือนชีวิตปกติ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมจึงอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง แต่ไม่ถึงระดับปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับมาก แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก็ถือเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากแนวโน้มของเด็กไทยในการก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้น ส่วนเพศหญิงเริ่มมีหน้าอกโตขึ้น เริ่มมีประจำเดือน ซึ่งส่วนมากเกิดขึ้นเมื่ออายุ 12-13 ปี แต่บางคนเริ่มตั้งแต่อายุ 10 ปี เด็กผู้หญิงที่มีเต้านมโตขึ้นก่อนอายุ 8 ปี<sup>19</sup> มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่เร็วขึ้น แต่ยังมีพัฒนาการทางด้านความคิดที่ไม่สัมพันธ์กัน จึงอาจส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมกับวัย ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงที่วัยรุ่นเริ่มให้ความสนใจเพศตรงข้าม ให้ความสำคัญกับเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ อารมณ์อ่อนไหวง่าย



แปรปรวน วัตถุประสงค์ของสิ่งเร้าภายนอก โดยเฉพาะสื่อเทคโนโลยีที่ล่อแหลมทางเพศต่างๆ ที่วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่าย ทำให้เกิดการเลียนแบบที่ไม่เหมาะสม<sup>20</sup>

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะคิดต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน ทั้ง 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ร้อยละ 42.5

2.1 การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .474, p < .001$ ) การบริโภคสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน<sup>9</sup> วัยรุ่นที่สามารถเข้าถึงสื่อที่ช่วยได้มากมีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง ซึ่งในปัจจุบันสื่อต่างๆ นอกจากช่องทางการสื่อสารต่างๆ จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงความรู้หรือข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ได้ง่ายและสะดวกแล้ว ขณะเดียวกันก็เป็นช่องทางของการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาขึ้นกับวัยรุ่นเช่นเดียวกัน ปัจจัยของการดูสื่อลามกส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ได้ โดยวัยรุ่นที่ดูสื่อลามกมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้ดูสื่อลามก<sup>12</sup> ไม่ว่าจะเป็นการอ่านคอลัมน์ตอบปัญหาทางเพจ ดูลิขิไป วีดีโอ/ซีดีไป เสพสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ โทรทัศน์/อินเตอร์เน็ต/หนังสือ/นิตยสาร รวมทั้งจากโทรศัพท์มือถือ เป็นช่องทางการสื่อสารที่วัยรุ่นคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน วัยรุ่นหมกมุ่นกับการดูสื่อที่เกี่ยวข้องกับ กิจกรรมทางเพศ ทำให้เกิดความต้องการ อยากรู้ อยากลอง ช่องทางการเข้าถึงสื่อ

กระตุ้นมีความสะดวก และง่าย การไม่สามารถควบคุมคุณภาพของสื่อได้ ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ<sup>21</sup>

2.2 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .165, p < .003$ ) จากผลการศึกษารั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.6) มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01-4.00 ทั้งนี้เนื่องจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นเครื่องบอกถึงสติปัญญา ความรู้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของบุคคล<sup>18</sup> ผู้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจะมีสติปัญญา ความรู้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ วัยรุ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจะมีความสามารถในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีกว่าเด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ เด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีการเรียนซ้ำชั้น เกิดความล้มเหลวทางการเรียน<sup>18</sup> จากการศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสามารถร่วมทำนายความแปรผันของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

2.3 ทักษะคิดต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .092, p < .002$ ) ทั้งนี้ เนื่องจากบุคคลมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่ถูกต้องเหมาะสมเรื่องเพศ ย่อมส่งผลให้มี พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่หากบุคคลมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่ไม่ถูกต้องเรื่องเพศจะทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้<sup>23</sup> นักเรียนที่มีเจต



คติต่อพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง<sup>24</sup> จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเฉลี่ยค่อนข้างสูงเท่ากับ 35.33 (S.D. = 4.17) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ทัศนคติและเข้าใจว่าการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้มาก การมีแฟนหรือคูรักในวัยรุ่น ไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรักเป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนได้

2.4 การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .167, p < .004$ ) ทั้งนี้เนื่องจาก เพื่อน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ช่วงวัยนี้ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กกรวมกลุ่ม การเข้าใจปัญหาของกันและการต่อต้านกฎระเบียบตามลักษณะธรรมชาติของวัยรุ่น ให้ความสำคัญกับความพอใจของตนเอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและสังคม การรับรู้การมีเพศสัมพันธ์ของเพื่อนมีอิทธิพลต่อการมีประสบการณ์ทางเพศ<sup>9</sup> ดังนั้นวัยรุ่นจึงมีพฤติกรรมคล้ายตามกลุ่มได้ง่าย เมื่อถูกชักชวนให้ปฏิบัติสิ่งที่เป็นผลเสีย โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนสนิท<sup>18</sup> สนใจและใส่ใจในกลุ่มเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ วัยรุ่นจะใช้เวลากับเพื่อนมากกว่า

พ่อแม่<sup>23,24</sup> มีกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้น เพื่อนจึงเป็นสังคมที่สำคัญของวัยรุ่นที่มีผลต่อพฤติกรรมทำให้เกิดพฤติกรรมเหมือนๆ กันได้ในกลุ่มเพื่อนด้วยกัน ซึ่งผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีเพื่อนบางคนมีแฟน และมีการจับมือถือแขนแตะเนื้อต้องตัวกับเพื่อนต่างเพศ การชักชวนของเพื่อนให้ดื่มสุรา เพื่อนชวนให้ใช้ยาเสพติด เพื่อนชวนให้อ่านหนังสือโป๊ ดูหนังโป๊ ซึ่งการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ<sup>4</sup>

#### จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้าร่วมทำแบบสอบถาม คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเด็กในช่วงอายุ 12-15 ปี ในการเก็บข้อมูลมีข้อคำถามเรื่องเพศที่มีความป็นส่วนตัวสูง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจในการตอบข้อคำถามและเป็นการเปิดเผยข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในชีวิต ทำให้เห็นผลการวิจัยที่ได้ไม่ชัดเจน เท่าที่ควร

#### จุดแข็งของงานวิจัยนี้

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทาวิจัยครั้งต่อไปได้ดีในบริบทที่คล้ายกันกับเมืองพัทยา เนื่องจากพัทยาเป็นเมืองธุรกิจอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว โรงแรม สถานบันเทิงตอนกลางคืน ประชากรในพื้นที่ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากพื้นที่อื่น ที่เคยศึกษามาก่อนหน้านี้ ทำให้ผลการศึกษาจะแตกต่างและไม่สอดคล้องกับบริบทอื่น หากต้องการนำไปศึกษาในครั้งต่อไป

## สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ( $\beta = .474$ ) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ( $\beta = -.165$ ) ทศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ( $\beta = -.164$ ) และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน ( $\beta = .167$ ) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 42.5 ( $R^2 = .425$ ,  $p < .001$ ) ทั้ง 4 ปัจจัยมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้ นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหรือออกแบบโปรแกรมในการส่งเสริมหรือ ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเน้นความสำคัญของปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ การเฝ้าระวังการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ การดูแล การใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือค่านิยมที่ถูกต้องในการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ปัจจัยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนควรออกแบบโปรแกรม สร้างแรงจูงใจ และเข็มมุ่งให้เด็กไม่เรียน และเพิ่มกิจกรรมที่เน้นชี้แนะแนวทางให้เด็กตั้งเป้าหมายชีวิตและอนาคตของตนเอง ปัจจัยทัศนคติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ควรส่งเสริมและปลูกฝังให้เด็กเกิดทัศนคติ ที่ส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนควรจัดกิจกรรมสร้างสรรค์เชิงบวก

ร่วมกันทำกิจกรรมระหว่างเพื่อน เช่น กิจกรรมแข่งขันกีฬา โดยเน้นการปรับทัศนคติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกลุ่มวัยรุ่นหญิงตอนต้น

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน นำผลการวิจัยที่ได้นำเสนอต่อหน่วยงานเมืองพัทยา เพื่อนำไปกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับการดูแลและพัฒนาวัยรุ่นในชุมชน และหาแนวทางร่วมกันเพื่อนำมาดำเนินการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นโดยร่วมมือกันทุกภาคส่วนได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นพื้นฐาน และเป็นแนวทางเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการสร้างเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพโดยมีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้านความคิดเห็นและมุมมองของวัยรุ่นในเรื่องพฤติกรรมทางเพศเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง เพื่อให้ประเด็นของปัญหามีความชัดเจนขึ้น อาทิเช่น ทศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อริ การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ความแตกต่างด้านพื้นที่และบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การได้ข้อมูลจากแบบสอบถามเชิงปริมาณเพียงด้านเดียว อาจไม่ได้ข้อมูลที่สะท้อนบริบทที่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ ครบถ้วนเพียงพอที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่ตรงประเด็นของปัญหาอย่างแท้จริง และนำไปสร้างแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมต่อไป

## References

1. Ministry of Social Development and Human Security. Statistics of teen childbirth Thailand in the year 2015. Bangkok Information and Communication Technology Center; 2016. (in Thai).
2. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Childbirth rate of female adolescents aged 10-14 in the year 2017.2016 [cited 2016 Sep 10] Available from [http://rh.anamai.moph.go.th/download/all\\_file/index/](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/). (in Thai).
3. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Reproductive health situation of adolescents and youth in the year 2015. 2016 [cited 2016 Dec 1] Available from [http://rh.anamai.moph.go.th/download/all\\_file\\_index/CRH2558\\_New update.pdf](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file_index/CRH2558_New update.pdf). (in Thai).
4. Tipwareerom W, Powwattana A, Lapvongwatana P. The effectiveness of sexual risk behaviors prevention program for male adolescent in Phitsanulok province. *Journal of Public Health Nursing* 2013;27(1):31-45. (in Thai).
5. Prachanno W, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors influencing sexual behaviors among primary school students based on the information– motivation– behavioral skills model. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2017;29(2):39-51. (in Thai).
6. Pimrat Thammaraaksa, Arpaporn Powwattana, Supaporn Wannasunta, Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Factors related to multiple risk behaviors among female secondary school students *Journal of Boromarajonani* 2019; 35(1): 224-238. (in Thai).
7. Budjaroen W, et al. Factors that associated with risky sexual behavior of Thai students in junior secondary classes. *Journal of Public health science.* 2012; 42(1):30-40. (in Thai).
8. Pupunhong W, Wuttisin K, Traitip T. Factors Related to Sexual Behavior of Teenagers in Amphoe Meuang Kalasin Province. *Prae-wa Kalasin Journal of Kalasin University* 2016;3(2): 54-72. (in Thai).
9. Srisuriyawet, R., & Homsin, P. Motherdaughtersexual risk communication and psychosocial factors related to sexual experience among female students. *The Public Health Journal of Burapha University.* 2014, 9(2), 33-44. (In Thai)
10. Boontiam, Rungrat Srisuriyawet , Pornnapa Homsin. Predictive effects of developmental assets on appropriated sexual behaviors among male

- adolescents in ChonBuri Province. *Journal of Nursing and Education*, 8(1), 72-84. (in Thai)
11. Diclemente, R.J., Santelli, J.S., & Crosby, R.A. Adolescent health understanding and preventing risk behaviors. SanFrancisco: John Wiley & Sons. 2009
  12. Sittipiyasakul, V., Nuwong, P., Lucksitanon, R., &Uamasan, B. A survey on sexualexperiences, opinions and sexual risk behaviors among teenage students inThailand. *Journal of Health Science*. 2013, 22(6), 979-987. (In Thai)
  13. Bronfenbrenner, U. (2005). The bioecological theory of human development. *International encyclopedia of education*. Retrieved from [https://www.uncg.edu/hdf/faculty\\_staff/Tudge/Bronfenbrenner.pdf](https://www.uncg.edu/hdf/faculty_staff/Tudge/Bronfenbrenner.pdf).
  14. Parel, C.P., Caldito, G.C., Ferrer, P.L., De Guzman,G.G., Sinsioco, C.S., & Tan, R.H. Sampling design and procedures. New York: AIDIC. 1973
  15. Wichairam N. A study of factors determining risk behaviors lead to premarital sexual relations among the high school students Muang District, Burriram Province. (M.A. Thesis in Community Psychology). Nakhon Pathom: Faculty of Graduate Studies, Silpakorn University; 2002.
  16. Thanintayangoon N. Students sexual risky behavior in Khon Kaen Municipality Meuang District Khon Kaen Province (M.A. Thesis in Social Development) Faculty of Graduate Studies, Khon Kaen University; 2009.
  17. Best, J. W., & Kahn, J. V. (2003). *Research in education* (9<sup>th</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
  18. Petsumrit T, Pranee Ch and Hombupha S. Factors Affecting Sexual Health Behavior in Students of Junior High Schools in Nakhon Sawan Province. *Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities* 2014, 4(6), 71-84. (In Thai)
  19. Department of Health. Parent/guardian handbook: Pregnancy prevention in teens, (3rd ed.). Nonthaburi: Mahachulalongkorn-rajavidyalaya University. 2013 (In Thai)
  20. Kanpipat, R. (2014). Imitation behavior and value on tattoo of female adolescents Bangkok metropolis. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*. 2014, 25(3), 39-47.
  21. Watcharaporn Butcharoen, Panan Pichayapinyo, Arpaporn Pawwattana. Factors Related to Sexual Risk Behavior among Thai Secondary School Students. *Journal of Public Health*. 2012, 42(1), 29-39. (In Thai)

22. Wilai Khunkum . Factors Affecting Sexual Behavior Mattayomsuksa of 2 Students, Ubon Ratchathani Province. Journal of Graduate School, Pitchayatad, Ubon Ratchathani Rajabhat University. 2009, 5(1), 164-175. (In Thai)
23. Sosungnoen S, Bhanthumnavin D. Psychosocial Factors as Correlate of Smart Eating Choice Behavior of Secondary School Students, National Conference. Bangkok: School of Social and Environmental Development National Institute of Development Administration; 2016.( in Thai)
24. Supapon, S. Sex education with modernteensagers. The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine. 2013; 4(2), 70 –74. (In Thai)

# บทวิจัย

## วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล

วรณิช พัวไพโรจน์\*

กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ\*\*

### บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาลควรเป็นต้นแบบด้านวิถีชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่สุ่มแบบเจาะจง จำนวน 299 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.79, 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์สถิติเชิงสาเหตุโดยวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.6 อายุเฉลี่ย 23.4 ปี วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ในภาพรวมด้านการดูแลตนเอง และการกำกับตนเองปฏิบัติค่อนข้างน้อย ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองมีการรับรู้ค่อนข้างมาก การดูแลตนเองที่ปฏิบัติน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การจัดการปัญหาด้วยการคิดบวก และการออกกำลังกาย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุและชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และการกำกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าใช้จ่าย สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 20 อายุและการศึกษาทำนายการกำกับตนเอง ร้อยละ 16 ส่วนการศึกษาและเพศสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถตนเอง ร้อยละ 5 ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาพยาบาลมีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านการดูแลตนเอง และการกำกับตนเอง ซึ่งจะเป็นการพัฒนาให้มีความตระหนักรู้ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองต่อไป

**คำสำคัญ:** วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ/ การดูแลตนเอง/ การกำกับตนเอง/ การรับรู้ความสามารถตนเอง

\* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

E-mail: voranich2019@gmail.com

\*\* อาจารย์สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

## Health Promoting Lifestyle on Self care Self regulation and Self efficacy of Nursing Students.

Voranich puapairoj\*

Kittiyaporn Choksawadphinyo\*\*

### Abstract

Nursing students should be a health promoting lifestyle model included self care, self regulation and self efficacy. The objective of this research was to study health promoting lifestyle on self care, self regulation and self efficacy of them. The sample were 299 nursing students which was selected by purposive random sampling. The research tool was questionnaire of health promoting lifestyle on self care, self regulation and self efficacy which Cronbach's Alpha Coefficient was 0.79, 0.80 and 0.85 respectively. Data was analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation used to find the relationship. The causal statistics analyzed by using multiple regression analysis.

The results were as following; the most of nursing students were female 93.6% with average age of 23.4 years. The results of health promotion lifestyle found that self care and self regulation were practiced quite a few, while the level of self efficacy were perceived quite a lot. The least level of three health promoting lifestyle consisted of health examination, problem solving with positive thinking, and exercise. The relationship analysis found that age and level of studied were positive correlation among self care, self regulation and self efficacy. The perception on self efficacy was positive correlation both self care and self regulation with statistically significance at the level of 0.01. The analytical of causal statistics indicated that expenses can predict 20% of self care, age and education predict 16% of self regulation, while education and sex can predict 5% of self efficacy. Therefore, knowledge and motivation should be provided for nursing students to have the appropriately health promoting lifestyle of self care, self regulation and self efficacy, which will develop to become more aware of self efficacy.

**Key word: Health promoting lifestyle/ Self care/ Self regulation/ Self efficacy**

---

Article info: Received January 22, 2020; Revised March 25, 2020; Accepted April 30, 2020.

\*Corresponding Author, Lecturer of Community Health Nursing School of Nursing Shinawatra University

\*\* Lecturer of Community Health Nursing School of Nursing Shinawatra University

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรโลกเผชิญความเสี่ยงต่อโรคจากวิถีชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละปีเสียค่าใช้จ่ายสูงมากในการดูแลผู้ป่วยโรคจากวิถีชีวิต 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพคนไทยทั่วประเทศ โดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง<sup>1</sup> ซึ่งการศึกษาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพคนไทย พบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มการสูบบุหรี่ และดื่มสุราเพิ่มขึ้น ทั้งเพศหญิง และเพศชายขาดทักษะการจัดการความเครียดจนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและเป็นสาเหตุสำคัญเกี่ยวกับการเสียชีวิต และจากการสำรวจประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15ปีขึ้นไป จำนวน 54.8 ล้านคน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรที่สูบบุหรี่มีจำนวน 11.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) โดยที่เยาวชน อายุ 15-24 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 14.7 ของจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด มีผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.3 ของประชากรที่สำรวจทั้งหมด<sup>2</sup> นอกจากนี้จากการวิจัยวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งระบุว่า นักศึกษาส่วนมากมีการบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่ปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน ทำให้การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะได้สัดส่วนถูกต้องตามหลักโภชนาการ

ลดลง ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น โรควัณโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง<sup>3</sup>

สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนสภาพปัญหาสุขภาพในเยาวชน เพราะการดูแลสุขภาพในวัยนี้มีผลต่อสุขภาพของประชากรในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยทำงาน และมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศ หากสถาบันการศึกษาให้ความเอาใจใส่ในการจัดการศึกษา หรือจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศได้เป็นอย่างมาก<sup>4</sup> แต่บริบทของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่หอพัก ประกอบกับมหาวิทยาลัยอยู่ห่างไกลชุมชน ทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่เลือกบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่มีความสะดวก แต่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ประกอบกับการเรียนที่ค่อนข้างหนักและมีการฝึกปฏิบัติงานทำให้ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งนักทฤษฎีการปรับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ เสนอแนวทางในการปรับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนไว้ว่า ควรที่จะพัฒนาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy) การกำกับตนเอง (Self regulation) และการดูแลตนเอง (Self care) เพราะพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลสำคัญทำให้เกิดความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพที่ดี<sup>5</sup> ผลของการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และกิจกรรมการสร้าง



เสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมทักษะการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมให้กับนักศึกษาต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับ การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อทำนายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง กับ การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล

### คำถามการวิจัย

1. วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยทำนายวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพในการการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับ

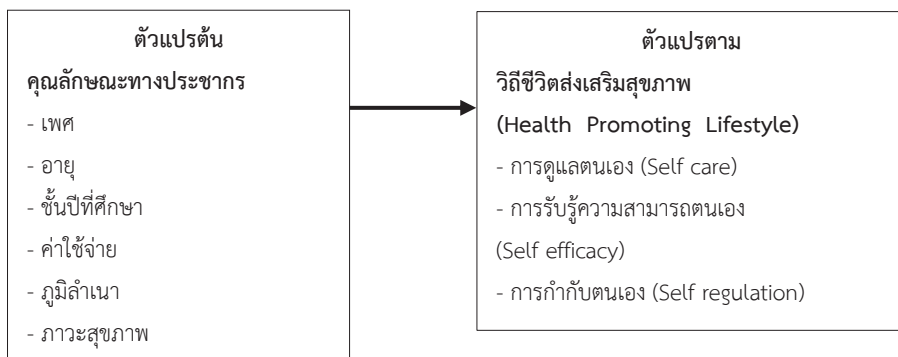
ตนเอง และการดูแลตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล มีปัจจัยใดบ้าง

### สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพด้าน การรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง
2. การรับรู้ความสามารถตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับ วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพด้านการกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง
3. คุณลักษณะทางประชากรของนักศึกษาพยาบาล สามารถทำนาย วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับการดูแลตนเอง และการกำกับตนเอง กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง กับการดูแลตนเอง และการกำกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ซึ่งกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 299 คน

**เครื่องมือในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการสร้างเสริมวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง กำหนดมาตรวัดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ให้ 4 คะแนน |
| ปฏิบัติบ่อย      | ให้ 3 คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง  | ให้ 2 คะแนน |
| ปฏิบัติน้อย      | ให้ 1 คะแนน |

โดยมีเกณฑ์แปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

- |             |                      |
|-------------|----------------------|
| 3.28 – 4.00 | ปฏิบัติมากที่สุด     |
| 2.52 – 3.27 | ปฏิบัติค่อนข้างมาก   |
| 1.76 – 2.51 | ปฏิบัติค่อนข้างน้อย  |
| 1.00 – 1.75 | ปฏิบัติที่น้อยที่สุด |

ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) 0.80, 0.70 และ 0.83 ตามลำดับ เมื่อปรับแบบสอบถามแล้ว นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ที่มหาวิทยาลัยเอกชนอีกแห่งหนึ่ง จำนวน 40 คน จากนั้นนำแบบสอบถามวิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.79 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ

**วิธีการเก็บข้อมูล** ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย ตามเลขที่ IRB19/15 และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แก่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้นักศึกษาสามารถตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และรวบรวมส่งแบบสอบถามคืน โดยใส่ซองปิดผนึกนำส่งคืนผู้วิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ใช้สถิติแบบพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลโดยเปรียบเทียบตามเกณฑ์ และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และวิเคราะห์สถิติเชิง

สาเหตุโดยวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis)

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 280 คน (ร้อยละ 93.6) และเพศชาย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 6.4) อายุเฉลี่ย 23.4 ปี เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 87 คน (ร้อยละ 29.1) รองลงมาคือชั้นปีที่ 3 จำนวน 79 คน (ร้อยละ 26.4) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 69 คน (ร้อยละ 23.1) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 64 คน (ร้อยละ 21.4) ตามลำดับ ในด้านสุขภาพนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ สำหรับปัญหาที่พบมาก คือการมีภาวะสายตาสั้น จำนวน 73 คน (ร้อยละ 24.3)

ผลการศึกษาวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาล ด้านการดูแลตนเอง (Self care) ในภาพรวมมีการปฏิบัติน้อย ( $\bar{x}=1.99$ , S.D.=0.87) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านที่ ปฏิบัติค่อนข้างมาก ได้แก่ การสูบบุหรี่หรืออยู่ ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่เสมอ ( $\bar{x}=2.63$ , S.D.=0.97) นอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอในแต่ละวัน ( $\bar{x}=2.62$ , S.D.=0.99) ด้านที่ปฏิบัติค่อนข้างน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เสฟ สิ่งเสฟติดและของมีนเมาทุกชนิด ( $\bar{x}=2.39$ , S.D.=0.74) การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพในทุกมื้อ ( $\bar{x}=2.35$ , S.D.=0.98) และการควบคุมการ รับประทานอาหาร โดยทุกมื้อจะคำนึงถึง ประโยชน์และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับ ( $\bar{x}=2.19$ , S.D.=0.98) ส่วนด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การจัดการกับปัญหาและ การกิจในชีวิตให้สำเร็จได้ด้วยการคิดบวก และ

มองโลกในแง่ดีเสมอ ( $\bar{x}=1.47$ , S.D.=0.98) การออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่าง น้อย 5 วัน วันละ 30 นาที ( $\bar{x}=1.60$ , S.D.=0.65) และการตรวจสุขภาพ ( $\bar{x}=1.74$ , S.D.=0.63)

ด้านการกำกับตนเอง (Self regulation) ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ( $\bar{x}=2.33$ , S.D.=0.81) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านที่ปฏิบัติค่อนข้างมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูหนัง ฟังเพลง เล่นกีฬา อ่านหนังสือทางศาสนา ( $\bar{x}=3.12$ , S.D.=0.97) รองลงมาคือ การรับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน ( $\bar{x}=2.96$ , S.D.=0.65) และ ทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายและคลายเครียด ( $\bar{x}=2.85$ , S.D.=0.65) ด้านที่ปฏิบัติค่อนข้างน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ รับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ในแต่ละวัน ( $\bar{x}=2.44$ , S.D.=0.91) การนำ หลัก/ คำสอนทางศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวใน ชีวิต ( $\bar{x}=2.37$ , S.D.=0.85) และการรับประทาน ผักและผลไม้เพียงพออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน ส่วนด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี (ค่าเฉลี่ย 1.38) นั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย ( $\bar{x}=1.61$ , S.D.=0.96) และออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ( $\bar{x}=1.64$ , S.D.=0.67)

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy) ในภาพรวมรับรู้ว่ามีความสามารถ ปฏิบัติอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ( $\bar{x}=2.91$ , S.D.=0.71) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านที่รับรู้ ว่าสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด ได้แก่ การสร้าง สัมพันธไมตรีกับบุคคลทุกคน ( $\bar{x}=3.34$ ,

S.D.=0.66) ส่วนด้านที่รับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติได้ก่อนข้างมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ การหาวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม ( $\bar{x}$  =3.24, S.D.= 0.62) บอกได้ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต ( $\bar{x}$  = 3.23, S.D.=0.66) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ( $\bar{x}$  = 2.93, S.D.=0.83) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

**Table 1 The results of Health Promoting lifestyle self care, self regulation, self efficacy. (n=299)**

Health Promoting lifestyle Self care, Self regulation, Self efficacy	Mean	S.D.	Interpret
<b>1. Self Care</b>			
1.1 Study for health knowledge to be used in taking care of their own health regularly.	2.18	0.91	Quite a few
1.2 Check the health regularly and strictly follow the advice of doctor.	1.74	0.63	The Least
1.3 Having nutritious food that was suitable for their age and health condition in every meal.	2.35	0.98	Quite a few
1.4 Having high in fat food, fried food/ Coconut milk	1.79	0.89	Quite a few
1.5 Having salty or extremely sweet food or add fish sauce / add sugar.	1.70	0.97	The Least
1.6 Having fresh fruits and vegetables at least half of kilogram per day.	2.01	0.85	Quite a few
1.7 Diet control with every meal taking into account the benefits and energy intake of the food received.	2.19	0.98	Quite a few
1.8 Working with physical force or continuously moving until feeling tired and sweating.	1.75	0.92	The Least
1.9 Continuously exercising until feeling tired for at least 5 days and 30 minutes a day.	1.60	0.65	The Least
1.10 Exercise regularly in a way that was appropriate for their health and daily life.	1.87	0.97	Quite a few
1.11 Successfully handle life's problems and tasks by being positive thinking and always optimistic.	1.47	0.98	The Least

Health Promoting lifestyle	Mean	S.D.	Interpret
<b>Self care, Self regulation, Self efficacy</b>			
1.12 Getting enough sleep and rest each day.	2.62	0.99	Quite a lot
1.13 Smoking or stay closed to the smoker.	2.63	0.97	Quite a lot
1.14 Avoiding smoking, using drugs, and any kinds of intoxicants.	2.39	0.74	Quite a few
1.15 Drinking alcohol or alcoholic beverages.	1.69	0.66	The Least
<b>Summary</b>	<b>1.99</b>	<b>0.87</b>	<b>Quite a few</b>
<b>2. Self Regulation</b>			
2.1 Pay attention to the emotions and abnormalities that occur in their health.	2.67	0.96	Quite a lot
2.2 Annual health check every year.	1.38	0.62	The Least
2.3 Record healthy life style regularly to control and supervise their health to be well.	1.78	0.73	Quite a few
2.4 Exercise at least 3 times a week.	1.64	0.67	The Least
2.5 Pay attention to have the amount and nutritional value of food each day.	2.22	0.98	Quite a few
2.6 Having enough fruits and vegetables at least 3-4 days a week.	2.25	0.93	Quite a few
2.7 Having 3 full meals in 1 day.	2.96	0.65	Quite a lot
2.8 Having completely the nutrition in each day.	2.44	0.81	Quite a few
2.9 Drinking at least 8 glasses of water per day.	2.61	0.69	Quite a lot
2.10 Setting their goals to be healthy and take care of themselves to achieve that goals.	2.57	0.72	Quite a lot
2.11 Pay more attention to their health when they had gotten at risk of disease.	2.69	0.82	Quite a lot
2.12 Meditate to calm their mind and relaxation.	1.61	0.96	The Least
2.13 Performed religious activities for happiness and peace of mind.	1.99	0.64	Quite a few
2.14 Relieved stress by watching movies, listening to music, playing sports, reading religious books.	3.12	0.97	Quite a lot

Health Promoting lifestyle Self care, Self regulation, Self efficacy	Mean	S.D.	Interpret
2.15 Used religious doctrine as an anchor in life.	2.37	0.85	Quite a few
2.16 Doing hobbies to relax and relieve stress.	2.85	0.91	Quite a lot
2.17 Deep sleep all night and fresh when awake.	2.52	0.83	Quite a lot
<b>Summary</b>	<b>2.33</b>	<b>0.81</b>	<b>Quite a few</b>
<b>3. Self efficacy</b>			
3.1 Taking information from various sources for health caring	2.76	0.66	Quite a lot
3.2 Strictly practices to follow the advice of speakers and medical personnel.	2.62	0.71	Quite a lot
3.3 Able to Inform what important in their life.	3.23	0.66	Quite a lot
3.4 Able to Inform their strengths and weaknesses.	3.20	0.68	Quite a lot
3.5 Regularly exercise to slow down the degeneration of the body.	2.55	0.76	Quite a lot
3.6 Set the schedule for exercise to look after their own health.	2.36	0.77	Quite a few
3.7 Regularly exercise 3 times a week for 30 minutes.	2.93	0.83	Quite a lot
3.8 Choose sufficiently useful food without relying on medications / supplements.	2.31	0.78	Quite a few
3.9 Building relationship with all people.	3.34	0.66	The Most
3.10 Looking at the various things that happen to them in a good way.	3.19	0.69	Quite a lot
3.11 Finding the effectively way to relieve stress that suits for them.	3.24	0.62	Quite a lot
3.12 Changed their healthy life style to be better than before.	3.18	0.65	Quite a lot
<b>Summary</b>	<b>2.91</b>	<b>0.71</b>	<b>Quite a lot</b>

### ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะประชากร การรับรู้ความสามารถ ตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลตนเองกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ และชั้นปีที่ศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้ความ

สามารถตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการกำกับตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนอายุ ค่าใช้จ่าย ภูมิถิ่น และภาวะสุขภาพของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

Table 2 The correlation between demographic data and health promoting lifestyle. (n=299)

Data	Correlation		
	Self efficacy	Self regulation	Self care
Sex	0.158**	0.147**	0.206**
Age	0.063	0.230	0.106
Level of study	0.128**	0.240**	0.203**
Payment	-0.124	0.068	0.066
Native Habitat	-0.670	-0.089	-0.101
Health status	0.930	0.072	-0.79
Self care	0.317**	0.629**	-
Self regulation	0.342**	-	0.509**
Self efficacy	-	0.403**	0.475**

\*\* P-value < 0.01

### ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณลักษณะทาง ประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับวิถีชีวิตส่งเสริม สุขภาพ

#### ด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา และค่าใช้จ่าย ( $R^2 = .106, .126, .103, .207$ ) ตามลำดับ โดยเพศสามารถทำนายวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพกับการดูแลตนเองได้ร้อยละ 10.6 อายุทำนายได้ร้อยละ 12.6 ชั้นปีที่ศึกษาทำนายได้ร้อยละ 10.3 และค่าใช้จ่าย ทำนายได้ร้อยละ 20.7

ปัจจัยที่สามารถทำนายวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพกับการกำกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ภูมิสำเนา และภาวะสุขภาพ ( $R^2=.161, .169, .019, .143$ ) ตามลำดับ โดยอายุสามารถทำนาย วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพกับการกำกับตนเองได้ ร้อยละ 16.1 ชั้นปีที่ศึกษาทำนายได้ร้อยละ 16.9 ภูมิสำเนาทำนายได้ร้อยละ 1.9 และภาวะสุขภาพ ทำนายได้ร้อยละ 14.3

ส่วนปัจจัยทำนายวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ กับการรับรู้ความสามารถตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ภูมิสำเนา ( $R^2=.014$ ) ซึ่งสามารถทำนายวิถีชีวิต ส่งเสริมสุขภาพกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ได้ร้อยละ 1.4 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

Table 3 The results of multiple regression analysis on self care self regulation and self efficacy. (n=299)

Variables	R	R <sup>2</sup>	Adjust R <sup>2</sup>	F	Sig.
<b>Health promoting lifestyle on self care</b>					
Sex	.326	.106	.052	1.968	.013*
Age	.355	.126	.073	2.390	.002*
Education	.321	.103	.049	2.270	.018*
Expense	.455	.207	.159	4.307	.000*
Native habitat	.297	.088	.033	1.599	.064
Health status	.198	.039	-.019	0.673	.828
<b>Health promoting lifestyle on self regulation</b>					
Sex	.244	.060	.002	1.043	.412
Age	.402	.161	.110	3.169	.000*
Education	.411	.169	.119	3.351	.000*
Expense	.289	.083	.028	1.498	.094
Native habitat	.136	.019	.015	13.181	.000*
Health status	.378	.143	.091	2.752	.000*
<b>Health promoting lifestyle on self efficacy</b>					
Sex	.236	.056	.016	1.403	.164
Age	.204	.041	.001	1.031	.420
Education	.236	.056	.016	1.412	.159
Expense	.213	.046	.005	1.137	.330
Native habitat	.117	.014	.010	4.154	.042*
Health status	.158	.025	-.016	.608	.835

P <0.05



### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวีถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ผลการศึกษาวีถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ส่วนด้านการดูแลตนเองในภาพรวมมีการปฏิบัติน้อย ( $\bar{x} = 1.99$ , S.D.=0.87) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านที่ปฏิบัติค่อนข้างมาก ได้แก่ การสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่เสมอ ( $\bar{x} = 2.63$ , S.D.=0.97) นอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอในแต่ละวัน ( $\bar{x} = 2.62$ , S.D.=0.99) ด้านที่ปฏิบัติค่อนข้างน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เสพลิงเสพติดและของมีเมาทุกชนิด ( $\bar{x} = 2.39$ , S.D.=0.74) การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพในทุกมื้อ ( $\bar{x} = 2.35$ , S.D.=0.98) และการควบคุมการรับประทานอาหาร โดยทุกมื้อจะคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับ ( $\bar{x} = 2.19$ , S.D.=0.98) ส่วนด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การจัดการกับปัญหาและภารกิจในชีวิตให้สำเร็จได้ด้วยการคิดบวกและมองโลกในแง่ดีเสมอ ( $\bar{x} = 1.47$ , S.D.=0.98) การออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อย 5 วัน วันละ 30 นาที ( $\bar{x} = 1.60$ , S.D.=0.65) และการตรวจสุขภาพ ( $\bar{x} = 1.74$ , S.D.=0.63) ซึ่งสะท้อนว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งจากสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ การออกกำลังกายน้อย และการจัดการปัญหาความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chow<sup>6</sup> พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมดูแลตนเองน้อย เนื่องจากภาระการเรียนหนักทำให้นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ดื่มน้ำน้อยและไม่ออกกำลังกาย นอกจากนี้การศึกษาของ Nassar and Shaheen<sup>7</sup> พบว่า นักศึกษาพยาบาลในจอร์แดนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุดในด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kasipon, Lekvijitthada, and Jinayon<sup>8</sup> พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ วานิช สุขสถาน<sup>9</sup> ถึงวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลสวนสุนันทา พบว่า นักศึกษามีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพในด้านร่างกาย และด้านการจัดการความเครียดในระดับสูง

ด้านการกำกับตนเองในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ( $\bar{x} = 2.33$ , S.D.=0.81) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านที่ปฏิบัติค่อนข้างมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูหนัง ฟังเพลง เล่นกีฬา อ่านหนังสือทางศาสนา ( $\bar{x} = 3.12$ , S.D.=0.97) รองลงมาคือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน (ค่าเฉลี่ย 2.96) และทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลาย ( $\bar{x} = 2.85$ , S.D.=0.91) ด้านที่ปฏิบัติค่อนข้างน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ( $\bar{x} = 2.44$ , S.D.=0.81) การนำหลัก/ คำสอนทางศาสนามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ( $\bar{x} = 2.37$ , S.D.=0.85) และการรับประทานอาหารผักและผลไม้เพียงพอน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน ส่วนด้านที่

ปฏิบัติน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ( $\bar{x}=1.38$ ,  $S.D.=0.62$ ) นั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย ( $\bar{x}=1.61$ ,  $S.D.=0.96$ ) และออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ( $\bar{x}=1.64$ ,  $S.D.=0.67$ ) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ พบว่า วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ โดยค่าเฉลี่ยกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย<sup>10</sup> ซึ่งสะท้อนว่าการกำกับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพตนเองของนักศึกษาพยาบาล จะต้องได้รับการส่งเสริมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในภาพรวมรับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ( $\bar{x}=2.91$ ,  $S.D.=0.71$ ) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านที่รับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์มิตรกับบุคคลทุกคน ( $\bar{x}=3.34$ ,  $S.D.=0.66$ ) ส่วนด้านที่รับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติได้ค่อนข้างมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ การหาวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม ( $\bar{x}=3.24$ ,  $S.D.=0.62$ ) บอกได้ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต ( $\bar{x}=3.23$ ,  $S.D.=0.66$ ) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อธิบายว่าครั้งละ 30 นาที ( $\bar{x}=2.93$ ,  $S.D.=0.83$ ) ซึ่งสะท้อนว่านักศึกษามีการรับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการสุขภาพในระดับสูง โดยเฉพาะด้านจิตสังคม คุณลักษณะดังกล่าว เพนเดอร์ และคณะ<sup>11</sup> อธิบายว่าการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะ หรือ

ความสามารถตนเอง จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นจึงควรมีการสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาพยาบาลมีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ส่วนด้านที่ยังรับรู้ความสามารถตนเองว่ามีการปฏิบัติค่อนข้างน้อยคือการจัดแบ่งตารางเวลาในการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ ซึ่งอาจเกิดจากการที่นักศึกษาต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้จัดสรรเวลาไม่ได้และการอยู่หอพัก ทำให้ไม่มีโอกาสเลือกบริโภคอาหารที่หลากหลายและส่วนใหญ่เลือกบริโภคอาหารสำเร็จรูป สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติยา คำพึงพร และสุภาพร แซ่ฉั่ว<sup>12</sup> และ Musikthong<sup>13</sup> ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทัศนคติในการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารยังไม่เหมาะสม ทั้งนี้เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ<sup>14</sup> ระบุว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะในการฝึกปฏิบัติงานและมีปฏิบัติเวรป่วย-ดึก ทำให้เวลาในการออกกำลังกายไม่แน่นอนสม่ำเสมอ และในการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ก็ซื้อจากร้านค้าภายในโรงพยาบาล ซึ่งไม่สะดวกต่อการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพอนามัย แม้แต่การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์พยาบาล ก็ยังพบว่าอาจารย์พยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากปัญหาจากการไม่มีเวลา มีภาระงานมาก ไม่สะดวก เป็นต้น<sup>15</sup>

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง

และการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสะท้อนว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเองสูงกว่าชั้นปีที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย เซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการดูแลสุขภาพสูงกว่าชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 (ค่าเฉลี่ย 3.91)<sup>16</sup> ส่วนเพศ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ โดยเพศหญิงมีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย<sup>17</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับการกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งบ่งชี้ถึงหากนักศึกษาพยาบาลรับรู้ความสามารถตนเองในระดับมาก ก็จะมีการกำกับตนเอง และการดูแลตนเองในระดับมากเช่นกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ในลักษณะผกผัน กล่าวคือ นักศึกษารับรู้ความสามารถตนเองในระดับมากทั้งด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และการจัดการความเครียด แต่การกำกับตนเองและการดูแลตนเองกลับอยู่มีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย ซึ่งแตกต่างจากการรายงานวิจัยอื่นที่ระบุว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ก็จะมีการแสดงออกซึ่งวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม<sup>18</sup> เพราะความพยายามที่จะกำกับตนเองส่วนบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้

ความสามารถตนเองว่าจะกระทำหรือไม่ และ ความคาดหวังในผลที่จะเกิดจากการกระทำ พฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด<sup>19</sup> สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura<sup>20</sup> เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยบุคคลที่เชื่อว่าตนมีความสามารถในการกระทำ พฤติกรรมจะมีความอดทน อุทิศสาหะในการปฏิบัติ พฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และสามารถประสบความสำเร็จในที่สุด

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนาย วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา และค่าใช้จ่าย ปัจจัยที่สามารถทำนายวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพกับการกำกับตนเอง ได้แก่ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ภูมิฐานะ และภาวะสุขภาพ ส่วนปัจจัยทำนายวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพกับการรับรู้ความสามารถตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ภูมิฐานะ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนเอกสารของดาร์วินธรณ เศรษฐธรรม และคณะ<sup>21</sup> เสนอว่าการวิจัยจำนวนมาก บ่งชี้ว่ารายได้ การศึกษา และสถานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ คนที่มีรายได้สูงกว่ามักมีสุขภาพดีกว่าคนที่รายได้ต่ำกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสะท้อนว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่า

จะมีการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเองสูงกว่าชั้นปีที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม ความเป็นไปได้ในการทำนาย อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เพราะอำนาจการทำนายที่ดีอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือได้ อย่างไรก็ตามไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 20<sup>22</sup> ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายยังขาดตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวแปรเกณฑ์ที่ศึกษา วิถีชีวิตเชิงสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเอื้อเช่น การมีสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เช่นร้านอาหารที่ บริการอาหารที่มีคุณภาพ ครอบคลุมราคาไม่แพง หรือมีแหล่งพื้นที่อุปกรณ์การออกกำลังกายที่สะดวก และปัจจัยเสริมได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ผู้ปกครองหรือคณาจารย์ ในเรื่องการเป็นแบบอย่างที่ดี Healthy and Happy Role Model เป็นต้น<sup>23</sup>

**งานวิจัยครั้งนี้มีจุดแข็ง** ได้แก่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาทั้งหมด ทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสูง ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดการเรียนการสอนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อให้ให้นักศึกษามีความตระหนักยิ่งขึ้น

**งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน** เนื่องจาก การเก็บรวบรวมข้อมูล มีเพียงการสำรวจพฤติกรรมด้วยแบบสอบถาม แต่ควรมีการสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้

จากแบบสอบถามด้วย จะช่วยให้ข้อมูลมีความครอบคลุมมากขึ้น

**สรุป** การวิจัยนี้เป็นการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นด้านวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิด การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ยังมีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการปัญหาด้วยการคิดบวก เป็นต้น ผลจากการวิจัยระดับความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ การนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลให้มีเหมาะสมอาจต้องเพิ่มเติมตัวแปรที่เป็นสาเหตุปัจจัยเอื้ออำนวย และเสริมให้พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุโดยตรงของวิถีชีวิตเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้น

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า นักศึกษายังมีปัญหาด้านวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งควรนำข้อมูลจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพเชิงบวกในด้านการผ่อนคลายความเครียดเป็นส่วนใหญ่ เช่น การดูหนัง การฟังเพลง ซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ตลอดจนนำไปสู่พฤติกรรมการเที่ยวกลางคืน ที่อาจจะส่งผลต่อการเรียนได้ ในขณะที่ด้านการลดความเครียดโดยการใช้วิถีทางศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะ ยังปฏิบัติในระดับค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมในมิติการสร้างเสริมด้านจิตวิญญาณ โดยนำหลัก

คำสอนทางศาสนาเป็นแนวทางจัดกิจกรรม เพื่อให้ให้นักศึกษามีความเข้มแข็งด้านจิตใจ

2. จากกรณีพฤติกรรมการออกกำลังภายในระดับน้อยที่สุด จึงควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายหลังเลิกเรียนทุกวัน

3. การมีความใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสเป็นผู้สูบบุหรี่รายใหม่ หรือเป็นผู้รับผลกระทบบุหรี่มือสอง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จึงควรมีการกำหนดเชิงนโยบายสำหรับกลุ่มผู้สูบบุหรี่ภายในมหาวิทยาลัย เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ การประกาศให้เป็นองค์กรปลอดบุหรี่ เป็นต้น

4. นักศึกษามีการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับน้อยที่สุด ดังนั้นหน่วยงานควรมีการจัดสวัสดิการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับนักศึกษา

#### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

การวิจัยครั้งนี้ บ่งชี้ว่า วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลยังไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงควรมีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง ดังนั้นจึงควรทำการการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ในมิติการจัดโปรแกรมการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพนักศึกษาทั้งในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด

2. ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเสพติดเช่นบุหรี่ จึงควรมีการศึกษาถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากบุหรี่มือสองและบุหรี่มือสาม เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

#### **กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณผู้บริหารที่อนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามในการวิจัยนี้

## References

1. Ekkapakorn W., et al. Health survey report Thai people by the 4<sup>th</sup> physical examination 2008 - 2. Nonthaburi: The Graphigo Company Systems; 2010. (in Thai).
2. National Statistical Office. Smoking behavior survey and drinking of the population, B.E. 2014. Bangkok: Tex and Joural; 2015. (in Thai).
3. SriMorakot P., et al. Development of sustainable health promoting behaviors concerning exercise, nutritional consumption, and stress management through participation of faculty of nursing, Mahidol University and affiliated nursing institutes community Mahidol University And associate institutions. Bangkok: Manat Film; 2008. (in Thai)
4. Pongphiphat S., Yhattharakron P., & Phukaman T. Health behavior of students Chiang Mai University. CMU Journal of Education 2017; 1(1): 34-45. (in Thai).
5. Intarakamhang A. Health knowledge: measurement and development. (1<sup>st</sup> ed). Bangkok: Sukhumvit Printing; 2017 (in Thai).
6. Chow J. Self care for caring practice: Student nurses' perspectives. International Journal for Human Caring 2008; 12(3): 31-7
7. Nassar, O. S. & Shaheen, A.M. Health promoting behaviors of university nursing students in Jordan. Health 2014; 6(1): 2756-63.
8. Kasipon T., Lekvijitthada P., & Jinayon A. Selected factors affecting health promoting behaviors of undergraduate students in Huacheiw Chalermprakiet University. Huacheiw Chalermprakiet University Journal 2012; 15(30):31-46.
9. Suksathan V. Factors related to health promoting behavior of Suan Sunandha nursing students. The Third National and International conference on Technology and Innovation, 2017. (in Thai)
10. Thuwanon S., & Sathitutsakorn T. Behavioral health of nursing students nursing University Chalermkanchana Sisaket. Academic Chalermkanchana Journal 2017; 4(2): 92-6. (in Thai)
11. Pender N. J., Murdaugh C., & Parsons M. A.. Health promotion in nursing practice (4<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Upper Saddle River, 2006.
12. Kumpuengporn K., & Saechua S. Healthy life style of students Nakornpatom Rajabhat University. Thesis of Master Degree in Public

- Health Administration, Science Faculty, Nakhonratchasirajabhat University. (in Thai)
13. Musikthong J., & Rungamornrat S. Competency in Health Promotion of Nursing Professionals in Central Area of Thailand 2016; 34(1): 88-100. (in Thai)
14. Chuchuen U., et.al. .Effect of potential Development in Health Promotion Leadership on Nursing students' knowledge, Attitude, and Practice of Health Promotion 2012; 7(3):127-131. (in Thai)
15. Sirakamol S., et.al. Health Promotion behaviors of Nursing Lecturers. Faculty of Nursing, Chaing Mai University. Research Report. Chaing Mai University. (in Thai)
16. Lertsakomsiri M., & Khampunyo C. Factors Associated with Health Promoting behaviors of Nursing students at Saint Louis College during Practice in the Health care service. Naresuan University Journal: Science and Technology 2017; 25(3): 67-76. (in Thai)
17. Chaiyasit B. Health Promotion behavior of provincial public health officers Ubol Rachathani. Thesis of Master Degree of Public Health in Health Promotion, Graduate School, Ubol Rachathani Rajabhat University, 2008. (in Thai)
18. Sirited P., & Thammaseeha N. Self-Efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019;20(2): 58-65. (in Thai).
19. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986
20. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. Freeman, New York, 1997.
21. Setteethama D., Nathapintthu K., & Ichida W. Determinant of Health. 2004. No appear the place of printing.
- 22 . Agunbiade D, & Ogunyinka P. Effect of Correlation Level on the Use of Auxiliary Variable in Double Sampling for Regression Estimation, Open Journal of Statistics 2013, 3(5); 312-8. doi: 10.4236/ojs.2013.35037.
23. Green L, & Kreuter M. Health program planning An educational and ecological approach. 4<sup>th</sup> ed, McGraw Hill, New York, 2005.

# บทวิจัย

## ภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา\* อนุชิต จุลบาทก์\*\*

เอกราช เกียวใจ\*\*\* วิรชา ภูแสนกล้า\*\*\*ศราวุฒิ ปุยชัยภูมิ\*\*\*

ศรีประภา สมิติ\*\*\* ศรีนภา แสงจันทร์งาม\*\*\* ศศิภา สุขมาก\*\*\*

ศุภาพิชญ์ วรรณกานต์\*\*\* สุรัตน์ ช่วยสม\*\*\* อรทัย พิมพ์า\*\*\* อัจฉรา บวบทอง\*\*\*

### บทคัดย่อ

ความสำคัญของการมีภาพลักษณ์เชิงบวกในวิชาชีพการพยาบาล ยังขาดข้อเท็จจริงประจักษ์ว่า นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ได้รับการศึกษาในทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติเพื่อให้การรักษาและการดูแลที่เป็นการปฏิบัติที่ดีและการให้บริการที่ดี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล 2) เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี 3) เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2561 จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie & Morgan ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 256 คน แบ่งเป็นชั้นปีละ 64 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.94 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.981 และ 0.984 ตามลำดับ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา Paired t-test และ One-way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}$  = 201.62, SD. = 20.33;  $\bar{X}$  = 202.97, SD.= 21.20) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จัดอยู่ในระดับดีมาก โดยชั้นปีที่ 1 และ 2 มีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติไม่แตกต่างกัน ขณะที่ชั้นปีที่ 3 และ 4 มีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในอุดมคติสูงกว่าในสถานการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพระหว่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 พบว่าไม่มี ความแตกต่างกันในการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติ ( $F_{(3)}=1.111, p=.345; F_{(3)}=2.218, p=.086$  ตามลำดับ

การวิจัยแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตามชั้นปีที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้นักศึกษามีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลในทางที่ดีตั้งแต่เมื่อเริ่มเข้าศึกษาจะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล

**คำสำคัญ:** ภาพลักษณ์/ พยาบาลวิชาชีพ/ นักศึกษาพยาบาล/ การรับรู้

\*ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

\*\*พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ)

\*\*\*นักวิชาการสาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ)



## The Image of Professional Nurses Perceived by Nursing Students

Kitsanaporn Tipkanjanaraykha\* Anuchit Junlabat\*\*

Aekkarach Kiawjai\*\*\* Viracha Phuseankla\*\*\*Sarawut Puichaiyaphum\*\*\*

Sariprapa Sameedee\*\*\*Srinapa Sangjanngam\*\* Sasipa Sukmak\*\*\*

Supapich Wannakarn\*\*\* Surat chuysom\*\*\*Orathai Pimpa\*\*\*Atchara Buabthong\*\*\*

### Abstract

The importance of having a positive image in the nursing profession was still lacking of evidence regarding nursing students whose educated in the theory and practice to provide good treatment and care and providing good service according to social expectations. This study is the descriptive research aimed to 1) explore image of professional nurses as perceived by nursing students, 2) compare the actual and the ideal images of professional nurses as perceived by nursing students according to year of studying, and 3) compare the actual and the ideal images of professional nurses as perceived by nursing students between different year. The sample comprised of 1<sup>st</sup> to 4<sup>th</sup> years of nursing students at Boromarajonani College of Nursing Bangkok enrolled in 2561 BE academic year. Sample size calculation using the Krejcie and Morgan table based on population of 589 yield the total sample size of 256 with 64 each year. The sample was randomly selected using the lottery method without replacement. The instruments for collecting data were the perception of the actual and ideal images of professional nurse questionnaires which the content validity was .94. and the scale reliabilities were 0.981 and 0.984, respectively. Data was analyzed using descriptive statistic, Paired t-test and One-way ANOVA. Results showed that the actual and ideal images of professional nurses perceived by overall nursing students were at very good level ( $\bar{X}$ =201.62, SD. = 20.33;  $\bar{X}$ = 202.97, SD.= 21.20). The mean scores of actual and ideal images of professional nurses perceived by 1<sup>st</sup> to 4<sup>th</sup> year nursing students were at very good level. The actual and ideal images of professional nurses perceived by the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> year nursing students were not different. Whereas, the ideal image of professional nurses perceived by 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> year nursing students was higher than the actual image. Comparison of perceived images of professional nurses among 1<sup>st</sup> to 4<sup>th</sup> year nursing students were not different both ideal and actual images. ( $F_{(3)}=1.111$ ,  $p=.345$ ;  $F_{(3)}=2.218$ ,  $p=.086$  respectively)

This study revealed that the perceptions on images of professional nurse of nursing students increased according to years spent in nursing college. Arrange activities to promote good perception of professional nurse images start from the beginning of program will enhance students to appreciate the value of nursing profession.

**Keyword:** Image/ Professional nurse/ Nursing students/ Perception

Article info: Received January 22, 2020; Revised March 25, 2020; Accepted April 30, 2020.

\*Corresponding Author Senior Professional Level from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok.

\*\*Ministry of Public Health Employee (Registered Nurse)

\*\*\*Public Health Technical Officer (Registered Nurse)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและได้มาตรฐานแก่ผู้รับบริการ ต้องทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งปัจจุบันมีหลากหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ สาธารณสุข และแพทย์แผนไทย<sup>1</sup> โดยมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาภาพลักษณ์ที่ดีของบุคลากรในหน่วยงานอันจะนำไปสู่ภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร<sup>2</sup> ดังนั้นการพัฒนาภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลให้เป็นที่น่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นสิ่งจำเป็น<sup>3</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างคุณค่าและความศรัทธาต่อวิชาชีพพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับแก่ผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานและสังคม<sup>4</sup>

ภาพลักษณ์ (Image) เป็นภาพที่เกิดจากความรับรู้สึนึกคิดในจิตใจของบุคคลหรือที่คิดว่าควรจะเป็นเช่นนั้น<sup>5</sup> เป็นความคิดรวบยอดที่มีต่อองค์กร สถาบัน บุคคล หรือการดำเนินงาน อันเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อมที่บุคคลรับรู้มา เป็นความคิด ความรู้สึก ความประทับใจ ตลอดจนจินตนาการ การตีความเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านกระบวนการรับรู้ของตนเอง ภาพลักษณ์จึงมีผลต่อทัศนคติและการกระทำใด ๆ ที่บุคคลจะมีต่อไปในอนาคต<sup>6</sup> ภาพลักษณ์จึงเปรียบเสมือนภาพสะท้อนหรือกระจกเงาที่แสดงออกให้เห็นถึงภาพทางบวกหรือทางลบก็ได้ ภาพลักษณ์จึงมีความสำคัญมากต่อสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ต่อหน่วยงาน สถาบัน และองค์กรต่าง ๆ<sup>7</sup> และภาพลักษณ์ที่ดีถือว่ามีคุณค่าอย่างยิ่งทั้งต่อบุคคลและองค์กร ในทางตรงกันข้ามหากเป็นภาพลักษณ์เชิงลบ การแก้ไขและการเรียกกลับคืนย่อมทำได้ยาก หากยังมีมากอาจส่งกระทบถึงภาพลักษณ์เชิงลบขององค์กรนั้น ๆ

ได้ ฉะนั้นผู้บริหารจึงจำเป็นต้องบริหารภาพลักษณ์ควบคู่ไปพร้อมกับการบริหารนโยบาย<sup>8</sup> และ Kotler อธิบายถึงภาพลักษณ์เป็นองค์รวมของความเชื่อ ความคิด และความประทับใจที่ บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติและการกระทำใด ๆ ที่คนเรามีต่อสิ่งนั้นจะมีความเกี่ยวพันอย่างสูงกับภาพลักษณ์ของสิ่งนั้น ๆ<sup>9</sup>

ภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล หมายถึง วิถีซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไร ภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงาน การมองภาพลักษณ์ของตนเองเชิงวิชาชีพในทางลบทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมและการแสดงออกในทางลบ ตามภาพในใจที่ตนเองเชื่อ รู้สึกถึงการขาดพลังอำนาจและแรงจูงใจไปสู่ความก้าวหน้า ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง<sup>10</sup> ปัจจุบันภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลได้ถูกมองในด้านลบเป็นจำนวนมาก ในการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ และยุวดี เกตสัมพันธ์ พบว่า เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2547-2558 พบว่ามีจำนวนชาวเชิงลบเฉลี่ยเท่ากับ 12.10 ชาวต่อปี จำนวนชาวเชิงบวก เฉลี่ยเท่ากับ 11.30 ชาวต่อปี จำนวนชาวทั่วไปเกี่ยวกับ พยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 9.50 ชาวต่อปี และพบว่าจำนวนชาวพยาบาลในช่วง 12 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากเดิม ในปี พ.ศ. 2547 จำนวน 20 ชาวต่อปี เพิ่มเป็นจำนวน 69 ชาว ต่อปี ในปีพ.ศ. 2558 ซึ่งการที่มีชาวด้านลบของวิชาชีพพยาบาลได้ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้รับบริการ<sup>11</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการศึกษาของ ณัทกวี ศิริรัตน์ โดยการใช้แบบสอบถามตามแนวคิดภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพของ Strasen<sup>12</sup> ที่สร้างขึ้นโดยเรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ และอรอนงค์ วิชัยคำ ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์

พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของนักศึกษา พยาบาลรวมทุกชั้นปีอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ( $\bar{X}=4.12$ , S.D.= 0.49) และเมื่อพิจารณาแต่ละชั้นปี พบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ( $\bar{X}=4.16$ , S.D.=0.53;  $\bar{X}=4.09$ , S.D.=0.51;  $\bar{X}=4.01$ , S.D.=0.38;  $\bar{X}=4.29$ , S.D.=0.50 ตั้งแต่ชั้นปี 1- 4 ตามลำดับ) ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล รวมทุกชั้นปี อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ( $\bar{X}= 4.74$ , S.D.=0.35) เมื่อพิจารณาแต่ละชั้นปี อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ( $\bar{X}= 4.71$ , S.D.=0.32;  $\bar{X}=4.71$ , S.D.=0.39;  $\bar{X}= 4.72$ , S.D.=0.63 และ  $\bar{X}= 4.78$ , S.D.=0.28 ตามลำดับ) เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามคุณลักษณะที่เกิดขึ้นจริงกับภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตาม คุณลักษณะในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีและรวมทุกชั้นปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001<sup>13</sup> การศึกษาของ ภาณุมาศ ไกรสัย และวลัยนารี พรหมลา ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชน จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า ภาพลักษณ์ พยาบาลเชิงวิชาชีพตามอุดมคติของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.91 ( $\bar{X}=4.53$ , S.D.= 0.40) ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพ ที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 88.68 ( $\bar{X}=4.64$ , S.D.=0.40) 3) สัมพันธภาพระหว่างภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามอุดมคติมีความสัมพันธ์กับ

ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ในระดับสูง ( $r=.896$ )<sup>14</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ นันทวัน ไม่แก่น และคณะ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติ สูงกว่าที่เกิดขึ้นจริง ( $t=24.58$ ,  $p<.001$ ) การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้สูงกว่าเพศชาย ( $t= 2.725$ ,  $p<.01$ ) การรับรู้ของผู้ที่ได้เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.00-2.50 สูงกว่าผู้ที่ได้เกรดเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป ( $F=4.26$ ,  $p<.05$ ) การรับรู้ของผู้ศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสูงกว่าผู้ศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงกลาโหม ( $F=13.50$ ,  $p<.001$ ) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 การมีญาติเป็นพยาบาล เกรดเฉลี่ยสะสม การได้รับทุนการศึกษา และสังกัดของสถาบันการศึกษา แตกต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติไม่แตกต่างกัน ( $p>.05$ )<sup>15</sup>

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาทั้งในสถาบันรัฐบาลและเอกชน รวมไปถึงการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนก เมื่อปี พ.ศ. 2555 ในช่วงระยะเวลา 7 ปีที่ผ่านมา ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเข้าถึงสื่อสารสนเทศในอดีตยังไม่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับปัจจุบัน ทำให้การเผยแพร่ข่าวสารที่สะท้อนการทำงานของพยาบาลในปัจจุบันมีความหลากหลายทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่งผลต่อทัศนคติและการรับรู้ภาพลักษณ์ของพยาบาล บริบทของการศึกษาในภาครัฐ ภาคเอกชน และวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีความแตกต่างกันทั้งหลักสูตรการเรียนการสอน

และลักษณะของผู้มาใช้บริการตามสถานบริการที่เป็นแหล่งฝึก อาจส่งผลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลตามมุมมองของนักศึกษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล อีกทั้งงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 29 แห่ง 380 คน พบว่ามีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในระดับดี แต่การศึกษาดังกล่าวมีระยะเวลานานเกือบ 10 ปี นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบภาพลักษณ์เชิงวิชาชีพทั้งที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ นำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพให้กับนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งเป็นการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เห็นความมีคุณค่าในตนเองและคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลในการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในอนาคต<sup>1</sup>

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ระหว่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ตามสถานการณ์จริงกับการรับรู้ในอุดมคติมีความแตกต่างกัน

2. ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติของระหว่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ไม่มีความแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดทฤษฎีในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพ ตามแนวคิดของ Strasen<sup>12</sup> ประกอบด้วย การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติ มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับการศึกษาและความรู้พื้นฐาน 2) การปฏิบัติระดับวิชาชีพ 3) ค่าตอบแทน 4) การสนับสนุนวิชาชีพ 5) รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล 6) ด้านการติดต่อสื่อสาร และ 7) ด้านการควบคุมตนเอง

### นิยามศัพท์

ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพ หมายถึง วิธีซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไร ภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับการศึกษาและความรู้พื้นฐาน 2) การปฏิบัติระดับวิชาชีพ 3) ค่าตอบแทน 4) การสนับสนุนวิชาชีพ 5) รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล 6) ด้านการติดต่อสื่อสาร และ 7) ด้านการควบคุมตนเอง โดยประเมินได้จากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตาม

การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลของ เรมวล นันท์สุภวัฒน์ และอรอนงค์ วิชัยคำ ซึ่งได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

### ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2562 ถึงวันที่ 17 มิถุนายน 2562

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

**ประชากร** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ลงทะเบียนเรียนปีการศึกษา 2561 จำนวน 589 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ลงทะเบียนเรียนปีการศึกษา 2561 จำนวน 589 คน ชั้นปีที่ 1 จำนวน 142 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 142 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 162 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 143 คน

**การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้ตารางคำนวณของ Krejcie & Morgan (ฮานินทร์ ศิลป์จารุ)<sup>16</sup> ได้จำนวน 232 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้จำนวน 23 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 255 คน แบ่งเป็น 4 ชั้นปี ได้ชั้นปีละ 64 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Simple random sampling โดยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา อายุ ประสบการณ์ที่ได้รับจากพยาบาล การมีญาติเป็นพยาบาล การได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาล รายได้ต่อเดือน และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามความเป็นจริง ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของเรมวล นันท์สุภวัฒน์ และอรอนงค์ วิชัยคำ<sup>17</sup> ซึ่งแปลและพัฒนาจากแนวคิดภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพของ Strasen<sup>12</sup> มีทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วยคุณลักษณะพยาบาล (3 ข้อ) การสนับสนุนวิชาชีพ (5 ข้อ) รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล (6 ข้อ) การติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพ (9 ข้อ) การควบคุมตนเอง (5 ข้อ) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง โดยการให้คะแนนเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 ระดับคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึงระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวม 45 ถึง 225 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรายด้านสามารถแปลผลได้ ดังตารางที่ 1 แบบสอบถามได้ผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้สร้างแบบสอบถาม มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha = .981

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามอุดมคติ ซึ่งใช้คำถามเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha = .984

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพรายด้าน

รายด้าน /ระดับคะแนน	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
1.การศึกษาและความรู้พื้นฐาน	8 - 14.39	14.4 - 20.79	20.8 - 27.19	27.2 - 33.59	33.6 - 40
2.การปฏิบัติระดับวิชาชีพ	9 - 16.19	16.2 - 23.39	23.4 - 30.59	30.6 - 37.79	37.8 - 45
3.ค่าตอบแทน	3 - 5.39	5.4 - 7.79	7.8 - 10.19	10.2 - 12.59	12.6 - 15
4.การสนับสนุนวิชาชีพ	5 - 8.99	9.0 - 12.99	13.0 - 16.99	17.0 - 20.99	21.0 - 25
5.รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล	6 - 10.79	10.8 - 15.59	15.6 - 20.39	20.4 - 25.19	25.2 - 30
6.การติดต่อสื่อสาร	9 - 16.19	16.2 - 23.39	23.4 - 30.59	30.6 - 37.79	37.8 - 45
7.การควบคุมตนเอง	5 - 8.99	9.0 - 12.99	13.0 - 16.99	17.0 - 20.99	21.0 - 25
รวม	45 - 80.99	81.0 - 116.99	117.0 - 152.99	153.0 - 188.99	189.0 - 225

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร 2562-S-14 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะส่วนบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่ส่งไปถึงอาสาสมัครวิจัย ใช้ระบบเก็บข้อมูลใน Google Drive การเข้าถึงข้อมูลจะต้องใช้รหัสผ่านเข้าไปยังที่เก็บข้อมูลใน Google Drive ซึ่งจะมีรหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลเพื่อการอภิปรายหรือเผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดจากการตอบแบบสอบถามสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามและยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลกระทบในการมารับบริการแต่อย่างใด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่นักศึกษากลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยนัดหมายวันเวลากับหัวหน้าชั้นปี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเป็นผู้กระจายแบบสอบถาม

2. ส่งแบบสอบถามในระบบออนไลน์ ไปยังกลุ่มตัวอย่างโดยใช้รูปแบบ Google Form ในหน้าแรกจะมีคำอธิบายเกี่ยวกับเอกสารแสดงความยินยอม หากยินยอมจะสามารถตอบแบบสอบถามได้ จากนั้นจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที จนครบทุกข้อและส่งกลับเข้าระบบ

3. ได้ตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับการส่งกลับเข้าระบบได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การมีญาติเป็นพยาบาล เกรดเฉลี่ยสะสม การได้รับทุนการศึกษา และสังกัดของสถาบันการศึกษา

วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. คะแนนภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ โดยใช้สถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติในแต่ละชั้นปี โดยใช้สถิติ One-way ANOVA

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.30 อายุเฉลี่ย 20.86 ปี (S.D.= 1.494) ส่วนมากเคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 98.8 โดยเคยพบเห็นการให้การพยาบาลจากพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.10 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติเป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 58.20 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 97.30 โดยได้รับข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล เช่น อินเทอร์เน็ต สื่อโซเชียล โทรทัศน์หรือสื่ออื่น ๆ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.2 มีรายได้เฉลี่ย 5,516.01 บาท (S.D.=6441.49) มีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.05 (S.D.=0.25) มีรายละเอียดดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 256)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
1.1 หญิง	249	97.3
1.2 ชาย	7	2.7
<b>2. อายุ</b> Mean=20.86 S.D.= 1.494		
<b>3. ประสบการณ์ที่ได้รับจากพยาบาล</b>		
3.1 เคยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล	192	75.0
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล	64	25.0
3.2 เคยพบเห็นการให้บริการของพยาบาลตามสถานพยาบาล	200	78.1
ไม่เคยพบเห็นการให้บริการของพยาบาลตามสถานพยาบาล	56	21.9
3.3 เคยทำกิจกรรมร่วมกับพยาบาล เช่น ทำจิตอาสา ออกหน่วยบริการ	117	45.7
ไม่เคยทำกิจกรรมร่วมกับพยาบาล เช่น ทำจิตอาสา ออกหน่วยบริการ	139	54.3
3.4 ไม่เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล	3	1.2
เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล	253	98.8

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>4. การมีญาติเป็นพยาบาล</b>		
4.1 มี	107	41.8
4.2 ไม่มี	149	58.2
<b>5. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาล</b>		
5.1 ได้รับข่าวสารทางสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล เช่น อินเทอร์เน็ต สื่อโซเชียล โทรทัศน์หรือสื่ออื่น ๆ	231	90.2
ไม่ได้รับข่าวสารทางสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล เช่น อินเทอร์เน็ต สื่อโซเชียล โทรทัศน์หรือสื่ออื่น ๆ	25	9.8
5.2 เคยเข้าร่วมกิจกรรม Open House ของคณะพยาบาลศาสตร์ตามโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ	101	39.5
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม Open House ของคณะพยาบาลศาสตร์ตามโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ	155	60.5
5.3 เคยเข้าร่วมกิจกรรมแนะแนวการศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์	80	31.3
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมแนะแนวการศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์	176	68.8
5.4 เคยเข้าค่ายเกี่ยวกับการศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต่าง ๆ จัดขึ้น	36	14.1
ไม่เคยเข้าค่ายเกี่ยวกับการศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต่าง ๆ จัดขึ้น	220	85.9
5.5 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาลจากรุ่นพี่ ญาติสนิท คนรู้จัก หรือจากพยาบาลเอง	127	49.6
ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาลจากรุ่นพี่ ญาติสนิท คนรู้จัก หรือจากพยาบาลเอง	129	50.4
5.6 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาลเลย	7	2.7
เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาล	249	97.3
<b>6. รายได้</b> Mean= 5516.01 S.D.= 6441.49		
<b>7. GPAX</b> Mean= 3.0550 S.D.= .24524		

2. การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ  
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี กรุงเทพ ตามสถานการณ์จริงและใน  
อุดมคติรายด้านรวมทุกชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับดีมาก ( $\bar{X}$ =201.62, S.D.=2033,  $\bar{X}$ =202.97,  
S.D.=21.20 ตามลำดับ) มีรายละเอียดดังแสดงใน  
ตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การรับรู้ภาพลักษณ์ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติรายด้าน (n=256)

ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพ	การรับรู้ภาพลักษณ์ตามสถานการณ์จริง		การรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติ	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ระดับการศึกษาและความรู้พื้นฐาน	36.59	3.85	36.57	4.06
2. การปฏิบัติระดับวิชาชีพ	40.54	4.50	40.60	4.58
3. ค่าตอบแทน	12.71	1.92	13.23	1.80
4. การสนับสนุนวิชาชีพ	22.32	2.65	22.57	2.59
5. รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล	27.12	2.98	27.27	3.09
6. การติดต่อสื่อสาร	40.33	4.63	40.56	4.54
7. การควบคุมตนเอง	22.02	3.13	22.17	3.09
รวม	201.62	20.33	202.97	21.20

3. การรับรู้ภาพลักษณ์ตามสถานการณ์จริงในแต่ละชั้นปีรายด้าน มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรับรู้ภาพลักษณ์ตามสถานการณ์จริงในแต่ละชั้นปีรายด้าน (n แต่ละชั้นปี = 64)

ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพ	การรับรู้ภาพลักษณ์ตามสถานการณ์จริง							
	ปี 1		ปี 2		ปี 3		ปี 4	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ระดับการศึกษาและความรู้พื้นฐาน	35.89	4.54	36.64	4.31	36.95	3.26	36.86	3.10
2. การปฏิบัติระดับวิชาชีพ	39.78	5.11	40.66	5.15	40.53	3.95	41.17	3.56
3. ค่าตอบแทน	12.84	1.88	12.61	2.23	12.25	1.93	13.13	1.51
4. การสนับสนุนวิชาชีพ	21.95	2.73	22.41	3.02	22.13	2.75	22.81	1.98
5. รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล	26.89	3.38	27.13	3.44	26.91	2.83	27.55	2.10
6. การติดต่อสื่อสาร	40.17	4.93	40.25	5.61	39.91	4.23	40.98	3.50
7. การควบคุมตนเอง	21.66	2.87	21.88	3.94	21.69	3.30	22.86	2.01
รวม	199.19	22.74	201.56	24.69	200.36	17.16	205.36	15.16

จากตารางที่ 4 พบว่า ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านระดับการศึกษาและความรู้พื้นฐานมากที่สุด ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติระดับวิชาชีพ ค่าตอบแทน การสนับสนุนวิชาชีพ รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล การติดต่อสื่อสาร การควบคุมตนเอง และรวมทุกด้านมากที่สุด

4. การรับรู้ภาพลักษณ์ตามในอุดมคติในแต่ละชั้นปีรายด้าน มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5  
 ตารางที่ 5 การรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติในแต่ละชั้นปีรายด้าน (n แต่ละชั้นปี = 64)

ภาพลักษณ์พยาบาลเชิง วิชาชีพ	การรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติ							
	ปี 1		ปี 2		ปี 3		ปี 4	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ระดับการศึกษาและความรู้พื้นฐาน	36.11	4.34	36.34	4.56	37.11	3.41	36.72	3.85
2. การปฏิบัติระดับวิชาชีพ	39.66	5.12	40.67	5.17	40.72	3.98	41.34	3.83
3. ค่าตอบแทน	12.97	1.71	13	2.08	13.13	1.81	13.84	1.42
4. การสนับสนุนวิชาชีพ	21.86	2.75	22.50	2.98	22.67	2.34	23.23	2.08
5. รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล	26.61	3.39	26.98	3.59	27.38	2.89	28.11	2.15
6. การติดต่อสื่อสาร	39.67	4.84	40.30	5.41	40.58	4.20	41.69	3.29
7. การควบคุมตนเอง	21.63	2.94	21.94	3.83	22.19	3.11	22.94	2.14
รวม	198.52	22.82	201.73	25.14	203.77	18.74	207.88	16.37

จากตารางที่ 5 พบว่า ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านระดับการศึกษาและความรู้พื้นฐานมากที่สุด ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติระดับวิชาชีพ ค่าตอบแทน การสนับสนุนวิชาชีพ รูปร่างและคุณลักษณะส่วนบุคคล การติดต่อสื่อสาร การควบคุมตนเอง และรวมทุกด้านมากที่สุด

5. เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติแต่ละชั้นปี พบว่า ชั้นปีที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนชั้นปีที่ 3 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ในอุดมคติมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้ตามสถานการณ์จริง มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงกับในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี (n แต่ละชั้นปี = 64)

ชั้นปี	Mean	Paired difference		t	p-value	
		Mean	SD			
1	ตามสถานการณ์จริง	199.19	.67	7.09	.758	.451
	ในอุดมคติ	198.52				
2	ตามสถานการณ์จริง	201.56	-.17	11.11	-.124	.902
	ในอุดมคติ	201.73				

ชั้นปี	Mean	Paired difference		t	p-value	
		Mean	SD			
3	ตามสถานการณ์จริง	200.36	-3.41	11.94	-2.282	.026
	ในอุดมคติ	203.77				
4	ตามสถานการณ์จริง	205.36	-2.52	6.65	-3.024	.004
	ในอุดมคติ	207.88				

6. เปรียบเทียบคะแนนภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงกับในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีพบว่า คะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิง

วิชาชีพตามสถานการณ์จริงระหว่างชั้นปีไม่แตกต่างกัน และคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติระหว่างชั้นปีไม่แตกต่างกัน มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงกับในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปี (n = 256)

ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
<b>ตามสถานการณ์จริง</b>					
Between Groups	1375.516	3	458.505	1.111	.345
Within Groups	103988.969	252	412.655		
Total	105364.484	255			
<b>ในอุดมคติ</b>					
Between Groups	2947.855	3	982.618	2.218	.086
Within Groups	111622.953	252	442.948		
Total	114570.809	255			

### อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ตามสถานการณ์ในอุดมคติ รายด้านรวมทุกชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับระดับดีมาก ( $\bar{X}$ =202.97, S.D.=21.20) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุมาศ ไกรสัย และวลัยนารี

พรมลา<sup>14</sup> และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากการเรียนการสอนมีการปลูกฝังเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทั้งการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงอาจารย์มีการวางตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษา อาจส่งผลให้

นักศึกษาพยาบาลรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงอยู่ในระดับมากที่สุด

การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ตามสถานการณ์จริง รายด้านรวมทุกชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}$ =201.62, SD.= 20.33) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัททวิศิริรัตน์ และวิมล อ่อนเสียง<sup>13</sup> มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากเนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารในช่วงเวลาที่ต่างกันจากสังคม สื่อออนไลน์ต่าง ๆ และประสบการณ์เดิมที่ได้พบเห็นหรือได้รับบริการจากพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งลักษณะความเป็นอยู่ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จึงเป็นไปได้ว่านักศึกษาพยาบาล อาจได้รับการดูแลและอบรมจากรุ่นพี่ และอาจารย์พยาบาลเกี่ยวกับการวางตัวให้เหมาะสมในการเข้าสู่วิชาชีพ และเมื่อได้เริ่มเรียนในหมวดวิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลรวมทั้งการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยทำให้ได้รับประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับวัฒนธรรมและสังคมของวิชาชีพพยาบาลจากอาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นครูพี่เลี้ยงบนวอร์ดรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพประจำบนหอผู้ป่วยซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ อาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงอยู่ในระดับดีมาก

2. เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติ ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีพบว่า ชั้นปีที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนชั้นปีที่ 3 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เห็นได้ว่าระดับชั้นปีที่สูงขึ้นจะมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามสถานการณ์จริงและอุดมคติที่

แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัททวิศิริรัตน์<sup>13</sup> ที่ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 มีค่าเฉลี่ยคุณลักษณะที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ระดับนัยสำคัญ .001 โดยที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ไม่แตกต่างกัน การที่นักศึกษาพยาบาลได้เข้ามาอยู่ในสังคมวิชาชีพพยาบาลได้รับการถ่ายทอดจากกระบวนการกลุ่มเกลาของวิชาชีพพร้อมกันได้รับการปลูกฝังจากสถาบันการศึกษา ที่กำหนดให้สถาบันการศึกษาที่ผลิตวิชาชีพการพยาบาล ต้องมีการจัดการหลักสูตรการเรียนการสอนให้เป็นไปตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2554 จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้นักศึกษาพยาบาลทุกคน มีความคาดหวังในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพเพื่อที่จะกำหนดเป็นภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในอุดมคติของตนเอง ซึ่งจากผลการศึกษาของ นันทวัน ไม้แก่น<sup>15</sup> พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 เป็นเสมือนภาพสะท้อนที่สำคัญให้เห็นภาพลักษณ์ของตนเองที่จะเป็นพยาบาลและที่พยาบาลควรจะเป็น

3. เปรียบเทียบคะแนนภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงกับในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีที่ 1-4 พบว่า คะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงระหว่างชั้นปีที่ 1-4 ไม่แตกต่างกัน และคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติระหว่างชั้นปีที่ 1-4 ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากหลักสูตรการเรียนการสอนไม่มี

ความแตกต่างกัน และอาจารย์ผู้สอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติในทุกปีเป็นอาจารย์จากสถาบันเดียวกัน แหล่งฝึกภาคปฏิบัติเป็นแหล่งฝึกเดียวกันทุกชั้นปี อีกทั้งลักษณะความเป็นอยู่ของนักศึกษาพยาบาลซึ่งพักอาศัยอยู่ในหอพักของสถาบันเดียวกัน ส่งผลให้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงกับในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีไม่มีความแตกต่างกัน

**จุดอ่อน** ของงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษภาคตัดขวาง ที่ศึกษา จากการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพียงมิติเดียว ถ้าเป็นไปได้ควรมีการศึกษาจากการรับรู้ของผู้ใช้บริการร่วมด้วย โดยเฉพาะความไว้วางใจ หรือความมั่นใจกระบวนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และควรมีรูปแบบความหลากหลายของสถาบันที่จัดการศึกษาพยาบาล

**จุดแข็ง** ของการวิจัยนี้ การวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปี ทำให้เห็นพัฒนาการของการเรียนรู้ที่มีภาพลักษณ์เพิ่มขึ้น ในระดับชั้นที่สูงขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอที่จะจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มนักเรียนของแต่ละชั้นปีได้

#### สรุปผลการวิจัย

1. การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติรายด้านรวมทุกชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

2. เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ตามสถานการณ์จริงและในอุดมคติแต่ละชั้นปี พบว่าชั้นปีที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนชั้นปีที่ 3 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยการรับรู้ในอุดมคติมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้ตามสถานการณ์จริง

3. เปรียบเทียบคะแนนภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงกับในอุดมคติตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปี พบว่า คะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามสถานการณ์จริงระหว่างชั้นปีไม่แตกต่างกัน และคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติระหว่างชั้นปีไม่แตกต่างกัน

#### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้นำสถาบันการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สามารถนำข้อมูลที่ได้ทำการศึกษาไปพิจารณาทบทวนและวางแผนในการจัดการ เพื่อสร้างความก้าวหน้าของสถาบันในการสร้างแรงจูงใจ และจัดสวัสดิการที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงภาพลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงให้ดีขึ้น และสร้างเสริมทัศนคติตลอดจนเผยแพร่ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่ดีต่อสังคม

2. ผู้นำสถาบันการศึกษา สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของสหสาขาวิชาชีพ

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพกับคุณภาพบริการทางการพยาบาล

## References

1. Kummanang R, Chaimongkol N, Rattanajarana S, Wongsuttitham S. Image of professional nurse as perceived by high-school students in the Eastern Region. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017;25(4):11-20. (in Thai).
2. Wongmontha S. Public relations: theory and practice. Bangkok: Diamond in business world; 2542. (in Thai).
3. Cohen, S. The image of nursing: how do others see us how do we see ourselves. *American Nurse Today* 2007;2(5):25-6.
4. Yothabariban S. Organizational culture and performance achievement of Muang Nakhonpathom District Council, Nakhonpathom province, *Academic Services Journal, Prince of Songkla University* 2011;22(2):100-9. (in Thai).
5. The Royal Institute. *Royal Institute Dictionary BE. 2554.* Bangkok: Nanmeebooks Publications; 2011
6. Suteethorn B. Strategic communication for communicating the corporate image Handout [online] Available from <http://issuu.com/2556>.
7. Phuhoey M. The image of professional nurses perceived by community hospital professional nurse Uttaradit province. [Master degree's thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2007. (in Thai).
8. Chaichansuk P. CEO PR & Image, Tactics for creating executive image by managing communication and public relations Bangkok : Base network media; 2005. (in Thai).
9. Kotler P. *Marketing management, 10<sup>th</sup> ed.* New Jersey: Prentice-Hall, Inc; 2000.
10. Choya S. Professional self- image as perceived by professional nurses in hospitals under the jurisdiction of the medical services department, the ministry of public health, Bangkok metropolis [Master degree's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
11. Phuphaibul R, Chinlumprasert N, Kedsumpun Y. Image of Thai Nurses in Newspapers between 2004 and 2015. *Thai Journal of Nursing Council* 2560;32(1):5-17. (in Thai)
12. Strasen, L. (1992). *The image of professional nursing: Strategies for action.* Philadelphia: J. B. Lippincott.
13. Sirirut N, On-Sang W. Professional Nurse Image as Perceived by Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing in Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. *Journal of Health Science Research* 2012;6(2):38-46. (in Thai).
14. Kraissai P, Promla W. Professional nurse image as perceived of nursing students Private University in Pathumthani Province. *SSRU Graduate Studies Journal* 2016; 2(2):446-53. (in Thai).
15. Maigan N, Chaimongkol N, Wongsuttitham S. Image of professional nurse as perceived by senior nursing students. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2016;43(3):57-73. (in Thai).
16. Charu T. *Research and statistical analysis with 9<sup>th</sup> ed.* Bangkok: Business R&D; 2008.
17. Ramon N. Wichaikhum O, *Nursing professional image of themselves.* Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2006.

# บทวิจัย

## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการ อุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งแรก

สุธิสา เต็มทับ\* กิตติกร นิลมานัต\*\*

รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์\*\*\* กิรติ หงษ์สกุล\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาดังวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับ (Transcatheter Arterial Chemoembolization: TACE) การศึกษาเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE ครั้งที่ 1 ณ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE จำนวน 65 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ-C30) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาการที่บ่งชี้ในผู้ป่วยมะเร็งตับ (Quality of Life HCC18: HCC18) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงที่คู่

ผลวิจัยพบว่าก่อนเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.49$  คะแนน S.D.=0.43) หลังรักษาดังวิธี TACE ครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=5.34$  คะแนน S.D.=0.42) และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมหลังการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการรักษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการรักษามะเร็งตับด้วยวิธี TACE สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ดังนั้น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องจัดเตรียมให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** มะเร็งตับ/ ยาเคมีบำบัด/ การอุดหลอดเลือดแดง/ คุณภาพชีวิต

\*ผู้วิจัยหลัก พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

E-mail: tsutisa@medicine.psu.ac.th

\*\*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\*พยาบาลชำนาญการพิเศษ

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## Quality of Life among Hepatocellular Carcinoma Patients Who Receive Initial Transcatheter Arterial Chemoembolization

Suthisa Temtap\*\* Kittikorn Nilmanat\*\*

Rungtip Udomvisatson\*\*\* Keerati Hongsakul\*\*\*\*

### Abstract

Quality of life is an important indicator of quality in nursing care for hepatocellular carcinoma patients, who have received Transcatheter Arterial Chemoembolization (TACE). This descriptive research aimed to compare the quality of life among hepatocellular carcinoma patients, before and after receiving initial TACE. Data were collected at a university hospital in southern Thailand, from November 2017 to October 2018. Sixty-five hepatocellular carcinoma patients were recruited. Research instruments included the EORTC QLQ-C30 and HCC18. Cronbach's alphas for the EORTC QLQ-C30 and HCC18 questionnaires were 0.79 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Initial scores before receiving TACE were of a moderate level ( $\bar{x}$ =3.49, S.D.=0.43), while after receiving TACE for 4 weeks, the mean score was at a high level ( $\bar{x}$ =5.34, S.D.=0.42). Mean scores of global health status, post-TACE at 4 weeks, were significantly and statistically higher than pre-TACE scores ( $p < 0.001$ ).

The results suggest that TACE improves the quality of life and global health status among hepatocellular carcinoma patients, particularly through emotional-functioning dimensions. In order to improve the quality of life in hepatocellular carcinoma patients receiving TACE, it is essential for nurses to provide information and consultancy continuously.

**Keywords:** Hepatocellular carcinoma/ Chemotherapy/ Transcatheter arterial embolization/ Quality of life

---

Article info: Received October 18, 2019; Revised March 20, 2020; Accepted April 25, 2020.

\*Corresponding Author, Advanced Nurse Practitioner, Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University.

\*\*Associate Professor, Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

\*\*\*Registered Nurse, Senior Professional Level

\*\*\*\*Assistant Professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม โดยพบผู้ป่วยมะเร็งตับ 10.1 ราย ต่อประชากร 100,000 คน<sup>1</sup> และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งตับมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม<sup>3</sup>

การรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งตับหายขาดคือการผ่าตัดและเปลี่ยนตับ โดยสามารถใช้ในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะเริ่มแรก (Early stage A)<sup>4</sup> อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งตับส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate stage B)<sup>5</sup> ซึ่งการรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งตับ (Transcatheter arterial chemoembolization)<sup>6</sup>

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE จะต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยา โดยการฉีดยาเคมีบำบัดผสมกับสารไขมันชนิดพิเศษผ่านหลอดเลือดแดงตับแขนงที่เลี้ยงก้อนมะเร็ง และอุดหลอดเลือดแดงด้วยเม็ดโพนเจลาคตินขนาดเล็ก เพื่อให้ก้อนมะเร็งตับขาดเลือด และฝ่อตายไปในที่สุด รวมทั้งช่วยรักษาสภาพการทำงานของตับให้คงอยู่ในระดับดี ภายหลังการรักษา 4 สัปดาห์ จะมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของก้อนมะเร็งตับโดยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า<sup>7</sup> การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวิธีดังกล่าวช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค เพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิต รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้<sup>8-9</sup>

ถึงแม้การรักษาด้วยวิธี TACE ช่วยเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาดูด้วยวิธี TACE มีประสบการณ์อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งจากตัวโรคและการรักษา โดยหลังการรักษา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน<sup>10</sup> รวมทั้งกลุ่มอาการรบกวน 5 อันดับแรก คือ อ่อนล้า ความบีบคั้นทางจิตใจ เศร้าหมอง นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร<sup>11</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการอ่อนล้า เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ มีอิทธิพลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่รับการรักษาด้วยวิธี TACE ในระยะ 4-8 สัปดาห์<sup>12</sup>

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งว่าตนมีความสามารถในการทำหน้าที่ หรือมีความผาสุกในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต<sup>13</sup> ซึ่งคุณภาพชีวิตมีความเป็นพลวัต และเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยที่เข้ามาในช่วงเวลานั้น โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาดูด้วยวิธี TACE ได้แก่ อายุ ความก้าวหน้าของโรค ระดับความรุนแรงของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล<sup>14</sup> จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ที่ผ่านมา พบว่าหลังการรักษา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยร้อยละ 12.1 มีคุณภาพชีวิตลดลง โดยคุณภาพชีวิตด้านที่ลดลงมากที่สุดคือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านสังคม และ

ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการที่มีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นคือ อาการอ่อนล้า อาการเบื่ออาหาร และอาการปวด<sup>15</sup>

โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่ศึกษาเป็นสถานที่บริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับที่มารับการรักษาด้วยวิธี TACE จาก 14 จังหวัดภาคใต้ ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เฉพาะทางแบบผู้ป่วยนอกเพื่อพิจารณาแนวทางการรักษามะเร็งระดับที่เหมาะสม จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จำนวน 62 ราย ปี พ.ศ. 2560 พบว่าหลังการวินิจฉัยผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาการรอคอยเตียงเพื่อเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 52 วัน และหลังการรักษาผู้ป่วยเพียงร้อยละ 17.74 ที่ผลการรักษาตอบสนองดี<sup>16</sup> ยังไม่มีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการรักษาด้วยวิธี TACE ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ<sup>17</sup> ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE จึงเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพที่สำคัญ

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งระดับครั้งที่ 1

#### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ให้แนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นกรอบแนวคิด โดยคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็ง

ว่าตนมีความสามารถในการทำหน้าที่ หรือมีความผาสุกในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต<sup>13</sup> ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์กรการศึกษาและวิจัยการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ-C30) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 6 มิติ คือ ร่างกาย บทบาท อารมณ์ การคิดและตัดสินใจ สังคมและเศรษฐกิจ และด้านอาการที่บดบังในผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตการเกิดอาการที่บดบังในผู้ป่วยมะเร็งระดับ (Quality of Life HCC18: HCC18) แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ<sup>18</sup>

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการศึกษา** การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative research)

**ประชากร** คือผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ที่โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้

**กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ที่ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 – ตุลาคม พ.ศ. 2561

**เกณฑ์การคัดเลือก** 1) ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่รับทราบข้อวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยวิธีตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ระดับ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าระดับ หรือการเจาะชิ้นเนื้อตับ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการ

รักษาด้วยวิธี TACE โดยใช้ยาเคมีบำบัดชนิด Mitomycin หรือ Adriablastina ครั้งแรก

**เกณฑ์การคัดออก** 1) ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จากโรงพยาบาลอื่นๆ ก่อนจะส่งตัวมารับการรักษาโรงพยาบาลที่ศึกษา 2) ผู้ป่วยมะเร็งตับหลังรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 แล้วผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

#### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ เรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรุนแรงของอาการอ่อนล้าเท่ากับ 3.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.26 และ 4.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31 ตามลำดับ<sup>11</sup> เมื่อคำนวณตามสูตรเพื่อหาการประมาณค่าอิทธิพลมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่คือ 0.65 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit & Beck<sup>19</sup> กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.01 แทนค่าในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง 65 ราย โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย** ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก บทบาทในครอบครัว

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วย** ประกอบด้วย ระยะโรคมะเร็งตับตามระบบบาร์เซโลนา (Barcelona Clinic Liver Cancer: BCLC) ขนาดก้อนมะเร็งตับ ระยะโรคตับแข็ง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การตอบสนองต่อการรักษา ระยะเวลาการรอคอยการรักษาหลังทราบผลการวินิจฉัย

**ชุดที่ 3 ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย** ใช้เครื่องมือ Eastern Cooperative Oncology Group: ECOG ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในการประเมินความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาแนวทางการรักษา แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือ ความสามารถปกติ ออกแรงทำงานได้เหมือนก่อนป่วย ไม่มีข้อจำกัดถึง 5 คือ เสียชีวิต<sup>20</sup>

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE** ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การการศึกษาและวิจัยการแพทย์เพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรปซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ<sup>18</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC QLQ-C30) 30 ข้อ และประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาการที่มีความเฉพะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับ (QOL-HCC18) 18 ข้อ โดยแบบวัด EORTC QLQ-C30 ประเมินคุณภาพชีวิต 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย 5 ข้อ มิติด้านบทบาท 2 ข้อ มิติด้านอารมณ์ 4 ข้อ มิติด้านการคิดและตัดสินใจ 2 ข้อ

มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3 ข้อ ด้านอาการต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย กลุ่มอาการ 3 กลุ่มอาการ คือ อาการปวด 2 ข้อ อาการอ่อนล้า 3 ข้อ อาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ข้อ และอาการเดียว 5 อาการ คือ อาการหายใจไม่อิ่ม อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก และอาการท้องเสีย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) โดยคะแนนสูงหมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ต่ำและมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ยกเว้นข้อ 29 และ 30 เป็นคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ แย่มาก (1) และดีเยี่ยม (7) สำหรับแบบประเมิน QOL-HCC18 ประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระดับ ประกอบด้วย อาการอ่อนเพลีย 3 ข้อ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 2 ข้อ อาการคันและตัวตาเหลือง 2 ข้อ ความผิดปกติด้านโภชนาการ 5 ข้อ อาการปวด 2 ข้อ อาการไข้ 2 ข้อ ผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ 1 ข้อ และ อาการท้องอืด 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 ข้อ 1-28 และแบบวัด QOL-HCC18 โดยแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละมิติความทุกข์ทรมานจากอาการมะเร็ง และความทุกข์ทรมานจากอาการมะเร็งระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ในระดับดีและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ในระดับต่ำและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับสูง

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 ข้อ 29 และ 30 โดยนำคะแนนทั้ง 2 ข้อ มารวมกัน และแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3.01-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5.01-7.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล อาจารย์แพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามความคิดเห็นและ

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับเปลี่ยนภาษาและยกตัวอย่างประกอบในข้อคำถาม 7 ข้อ เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 และ QOL-HCC18 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จำนวน 20 ราย เพื่อคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยทำหนังสือขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 8 คน ทดลองใช้แบบสอบถามทั้งหมดกับผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยใช้วิธีขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยการพูดคุย แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเมื่อพบกันครั้งแรก บริเวณโต๊ะให้คำปรึกษาประจำหอผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการรักษาจากแพทย์และการพยาบาล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลง

ชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หลังรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-40 นาที

### การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข REC 60-206-15-7 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และได้รับการชี้แจงถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนาการแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตตามค่าพิสัยของค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t test)

## ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.92 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 70.77 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.30 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 76.92 เกินกึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 18.46 (12 ราย) ว่างานก่อนเจ็บป่วย หลังการเจ็บป่วยว่างงานเพิ่มเป็นร้อยละ 56.92 (37 ราย) สำหรับสิทธิคำรักษาพยาบาลพบว่า ร้อยละ 52.31 ใช้สิทธิสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพทางการเงินเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 35.39 รองลงมาคือ ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 24.62 กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 58.47 และผู้ดูแลหลักมากกว่ากึ่งหนึ่งเป็นคู่สมรส ร้อยละ 58.46

**ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่าง** ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับในระยะกลางและมีสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระดับดี (Child Pugh Score A) ร้อยละ 92.30 เท่ากัน ค่าคะแนนความสามารถด้านร่างกายโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานหนักได้ตามปกติ (ECOG=0) ร้อยละ 66.15 ระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วัน ร้อยละ 78.38 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.46 มีภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ อาการปวดท้อง อาการไข้ และอาการคลื่นไส้ตามลำดับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดในช่วง 1-5 วัน หลังการรักษา ผลการรักษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.84 ตอบสนองต่อการ

รักษาบางส่วนจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 2 โดยพบว่าขนาดก้อนมะเร็งตั้งก่อนการรักษาส่วนใหญ่มีขนาดกลางคือ 5-10 เซนติเมตร ร้อยละ 63.07 (41 ราย) หลังการรักษา 4 สัปดาห์ พบว่าขนาดก้อนมะเร็งตั้งขนาดกลางลดลงเหลือร้อยละ 50.76 (33 ราย) โดยกลุ่มตัวอย่างมีขนาดก้อนมะเร็งตั้งน้อยกว่า 5 เซนติเมตร เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.02 (15 ราย) เป็นร้อยละ 41.54 (27 ราย) ระยะเวลาการรอคอยการรักษาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนกระทั่งได้รับการเฉลี่ย 56 วัน

**คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาดังวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับ**

ก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  =3.49 คะแนน S.D.=0.43) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านก่อนการรักษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก คือ ด้านร่างกาย ( $\bar{X}$ =1.34 คะแนน S.D.=0.15) ด้านอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ ( $\bar{X}$ =1.82 คะแนน S.D.=0.16) และด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ( $\bar{X}$ =2.09 คะแนน S.D.=0.16) (Table 1)

เมื่อพิจารณารายข้อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระดับต่ำสุด 3 ลำดับแรก คือ คุณรู้สึกกังวล ( $\bar{X}$  = 3.68 คะแนน S.D.=0.47) สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณ ( $\bar{X}$  = 3.46 คะแนน

S.D.=0.50) และคุณรู้สึกดีถึงเครียด ( $\bar{X}$ = 3.32 คะแนน S.D.=0.53) ตามลำดับ

หลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$ =5.34 คะแนน S.D.=0.42) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านที่อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก คือ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $\bar{X}$ =1.11 คะแนน S.D.=0.17) ด้านอารมณ์ ( $\bar{X}$ =1.25 คะแนน S.D.=0.30) และด้านอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$ =1.51 คะแนน S.D.=0.14) (Table 1)

เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำสุด 3 ลำดับแรก คือ สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณ ( $\bar{X}$ =3.22 คะแนน S.D.=0.29) สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณ ( $\bar{X}$ =2.89 คะแนน S.D.=0.31) สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษา

ทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงิน ( $\bar{X}$ =2.78 คะแนน S.D.=0.82) ตามลำดับ

**เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งที่ 1**

พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์ดีกว่าก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการคิดและตัดสินใจ ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง และด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งตับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (Table 1)

Table 1 Comparison between the quality of life among hepatocellular carcinoma patients before and after they receive initial TACE at 4 weeks.

quality of life	Before initial TACE			After initial TACE 4 weeks					
	Mean	S.D.	level	mean	S.D.	level	$\bar{d}$	t	p-value
Physical functioning	1.34	0.15	good	1.11	0.17	good	-0.23	9.12	0.001*
Emotional functioning	2.68	0.26	moderate	1.25	0.30	good	-1.43	31.97	0.001*

quality of life	Before initial TACE			After initial TACE 4 weeks			d <sup>-</sup>	t	p-value
	Mean	S.D.	level	mean	S.D.	level			
Role functioning	2.51	0.15	moderate	2.36	0.32	moderate	-0.15	3.16	0.002**
Cognitive Functioning	2.44	0.58	moderate	1.73	0.32	good	-0.71	8.20	0.001*
Social and Financial functioning	3.08	0.31	low	3.07	0.31	low	-0.01	0.27	0.784
Symptom of cancer patients	2.09	0.16	moderate	1.67	0.13	good	-0.42	15.12	0.001*
Symptom of hepatocellular carcinoma patients (QOL HCC 18)	1.82	0.16	good	1.51	0.14	good	-0.31	10.94	0.001*
Global health (QOL-C 29-30)	3.49	0.43	moderate	5.34	0.42	good	1.85	23.28	0.001*

\*p-value<0.001 \*\*p-value<0.05

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับปานกลางและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1-4 สัปดาห์อยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะ

สุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE พบว่าหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1-4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพ



โดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งระดับดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการรักษามะเร็งระดับด้วยวิธี TACE เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะกลางที่มีสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระดับดีและผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงจากตัวโรคมะเร็ง โดยการให้ยาเคมีบำบัดผสมกับลิปีโดคอลเข้าไปสะสมในก้อนมะเร็งตับและอุดหลอดเลือดด้วยเม็ดโพลีเมเจอร์ขนาดเล็ก เพื่อให้ก้อนมะเร็งตับขาดเลือดและฝ่อตายไปในที่สุด รวมทั้งช่วยรักษาสภาพการทำงานของตับให้คงอยู่ในระดับดี<sup>21-22</sup> สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคกลางพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งแรก 4-8 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>12</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งตับมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>23</sup>

คุณภาพชีวิตรายด้านก่อนและหลังรักษาด้วยวิธี TACE โดยส่วนใหญ่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่มีความแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตรายด้านที่มีระดับดีสุด 3 อันดับแรก คือ ด้านร่างกาย ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งตับ และด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง และพบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 3 ด้านหลังการรักษาดีกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากเกณฑ์ของการรักษาด้วยวิธี TACE คือมีสมรรถภาพการทำงานของร่างกายปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและทำงานหนัก

ได้ (ECOG = 0) ถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทำงานหนักได้แต่มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย (ECOG = 1) ค่าสมรรถภาพการทำงานของตับต้องอยู่ในระดับดีถึงปานกลาง (Child Pugh Score A-B) และขนาดของก้อนมะเร็งตับไม่เกินร้อยละ 50 ของปริมาตรเนื้อตับทั้งหมด<sup>22</sup>

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 66.15 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานหนักได้ตามปกติ (ECOG=0) ค่าสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.30 และก้อนมะเร็งตับส่วนใหญ่มีขนาดกลางคือ 5-10 เซนติเมตร แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีขนาดก้อนมะเร็งตับลดลงหลังการรักษา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่มีอาการและอาการแสดงจากมะเร็งตับ และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและอาการจากโรคมะเร็งและมะเร็งตับดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การลดลงของขนาดของก้อนมะเร็ง จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้น<sup>24</sup> อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งตับ รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการทั่วไปของมะเร็งตับส่วนใหญ่ลดลงหลังการรักษา แต่พบว่าประเด็นโรคหรือการรักษาที่มีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากโรคมะเร็งตับมีผลต่ออาการลักษณะที่ส่งผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ คือ ภาวะไตล้มเหลวในเพศชาย ภาวะผอมแห้ง หุ่นกระดูก<sup>25</sup> รวมทั้งการรักษามะเร็งตับด้วยวิธี TACE ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการจากภาวะ

จิตใจ<sup>11</sup> ซึ่งภาวะที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจเรื่องเพศสัมพันธ์<sup>25</sup>

คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์หลังการรักษาดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคุณภาพชีวิตรายข้อพบว่าก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลและความตึงเครียดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการรักษา มะเร็งตับด้วยวิธี TACE เป็นการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ ไม่ใช่การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาด<sup>7</sup> กลุ่มตัวอย่างทุกรายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเครียดวิตกกังวลได้สูงจากการไม่ทราบข้อมูล ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา<sup>26</sup> ดังกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า *“วันแรกที่รู้ว่า เป็นมะเร็งตับ นอนไม่หลับเลย เครียดมาก เพราะไม่รู้ว่าจะอยู่ได้นานแค่ไหน เป็นห่วงลูก”* นอกจากนี้ หลังทราบการวินิจฉัยกลุ่มตัวอย่างต้องรอคอยการรักษาเป็นระยะเวลาานเฉลี่ย 56 วัน ซึ่งการรอคอยการรักษาหลังทราบการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลสูงขึ้น<sup>27-28</sup>

อย่างไรก็ตามหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1-4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีที่ปรึกษาและมีพยาบาลคอยติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้รับข้อมูลที่เพียงพอสามารถช่วยลดความวิตก

กังวลของผู้ป่วยได้ ดังกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า *“ได้รู้ว่าก่อนมะเร็งยังพอที่จะรักษาได้ ก็สบายใจขึ้นเยอะ”* ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามพบว่าการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และผลข้างเคียงของการรักษา แก่ผู้ป่วยตามความต้องการสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้<sup>29</sup>

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการรักษา ซึ่งคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีระดับต่ำสุด 3 อันดับแรกคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านอารมณ์ และด้านบทบาทหน้าที่ตามลำดับ โดยคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคมก่อนและหลังการรักษาไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = 0.784$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 76.92 เป็นเพศชาย ซึ่งเกินกึ่งหนึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการเจ็บป่วยส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 56.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพระหว่างเจ็บป่วยซึ่งสภาวะว่างงานส่งผลกระทบต่อรายได้ในการเลี้ยงชีพ จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.62 มีหนี้สิน และร้อยละ 35.39 มีเงินพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บรวมทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะว่างงานเพิ่มขึ้นจาก 12 คนเป็น 37 คน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะว่างงานมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในผู้ป่วยมะเร็ง<sup>30</sup>

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลใน 14 จังหวัดภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องเดินทางมา

โรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อพบแพทย์ประมาณ 2 ครั้ง จึงจะได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE และการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แต่แต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 70,000 บาท/ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องร่วมบริจาคบางส่วนตามเศรษฐกิจฐานะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการรักษา และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### **จุดแข็งของงานวิจัย**

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดแข็งคือ มีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ซึ่งสามารถเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรง

#### **จุดอ่อนของงานวิจัย**

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดอ่อนคือ การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างหลังทำ TACE 4 สัปดาห์ อาจไม่สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ต่อเนื่องระยะยาว รวมทั้งระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ

รักษาโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ หลังการรักษาด้วยวิธี TACE

#### **สรุปผลการวิจัย**

การรักษามะเร็งเรื้อรังด้วยวิธี TACE สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

#### **ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์**

บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังอย่างองค์รวมตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา โดยก่อนการรักษาควรให้ความสำคัญกับการบรรเทาความทุกข์ใจ วิตกกังวล การส่งเสริมด้านการคิดและตัดสินใจ รวมทั้งควรให้การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสังคม และการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาการสื่อสารเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อสุขภาพทางเพศ

## References

1. Mohammadian M, Mahdaviifar N, Mohahhadian-Hafshejani A, Salehini H. Liver cancer in the world: epidemiology, incidence, mortality and risk factors. *WCRJ* 2018; 5 (2): e1082.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136(5): 359-86.
3. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand: assessing cancers with the highest burdens. *Cancers* 2017; 9(8): e108
4. Daher S, Massarwa M, Benson AA, Khoury T. Current and future treatment of hepatocellular carcinoma: an updated comprehensive review. *J Clin Transl Hepatol* 2018; 6(1): 69-78.
5. Yi PS, Zhang M, Zhao JT, Xu MQ. Liver resection for intermediate hepatocellular carcinoma. *World J Hepatol* 2016 8(14): 607-15.
6. Roayaie S. TACE vs. surgical resection for BCLC stage B HCC. *J Hepatol* 2014; 61(1): 3-4.
7. Raoul JL, Forner A, Bolondi L, Cheung TT, Kloeckner R, de Baere T. Updated use of TACE for hepatocellular carcinoma treatment: How and when to use it based on clinical evidence. *Cancer Treat Rev* 2019; 72: 28-36.
8. Guan YS, He Q, Wang MQ. Transcatheter arterial chemoembolization: history for more than 30 years. *ISRN Gastroenterol* 2013; 480650.
9. Chhaniwal N, Li C, Wang J, Qiang G, Qi T, Maher H. Hepatocellular carcinoma: review of current treatment with a focus on transarterial chemoembolization and radiofrequency ablation. *Open J Radiology* 2015; 5(1): 50-8.
10. Mason MC, Massarweh NN, Salami A, Sultenfuss MA, Anaya DA. Post-embolization syndrome as an early predictor of overall survival after transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)* 2015; 17(12): 1137-44.

11. Cao W, Li J, Hu C, Shen J, Liu X, Xu Y, Ye Z. Symptom clusters and symptom interference of HCC patients undergoing TACE: a cross-sectional study in China. *Support Care Cancer* 2013; 21(2): 475-83.
12. Aroon N., Pongsri S., Kessiri W., Somrach T. Factors predicting quality of life of hepatocellular carcinoma patients undergoing transarterial chemoembolisation. *Thai J of Nursing Council* 2019; 34(2): 127-40. (in Thai)
13. Wongchan P. Best nursing practice in cancer care. Chanmaung Prining: Songkhla; 2011. (in Thai)
14. Shun SC, Chen CH, Sheu JC, Liang JD, Yang JC, Lai YH. Quality of life and its associated factors in patients with hepatocellular carcinoma receiving one course of transarterial chemoembolization treatment: a longitudinal study. *Oncologist* 2012; 17(5): 732-9.
15. Hinrichs JB, Hasdemir DB, Nordlohne M, Schweitzer N, Wacker F, Vogel A, et al. Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma treated with initial transarterial chemoembolization. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2017; 40(10) :1559-66.
16. Suthisa T, Indicator report of advanced nurse practitioner, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital: 2017. (in Thai)
17. Wible BC, Rilling WS, Drescher P, Hieb RA, Saeian K, Frangakis C, et al. Longitudinal quality of life assessment of patients with hepatocellular carcinoma after primary transarterial chemoembolization. *J Vasc Interv Radiol* 2010; 21(7): 1024 -30.
18. Silpakit C, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Qual Life Res* 2006; 15(1): 167-72.
19. Polit FD, Beck TC. Inferential statistic: Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p 404-32.
20. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of

- the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5(6): 649-55.
21. Lencioni R, de Baere T, Soulen MC, Rilling WS, Geschwind JF. Lipiodol transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: a systematic review of efficacy and safety data. *Hepatology* 2016; 64(1): 106-16.
22. Bruix J, Reig M, Sherman M. Evidence-based diagnosis, staging, and treatment of patients with hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2016; 150(4): 835-53.
23. Ahmed S, de Souza NN, Qiao W, Kasai M, Keem LJ, Shelat VG. Quality of life in hepatocellular carcinoma patients treated with transarterial chemoembolization. *HPB Surg* 2016; 2016: 6120143.
24. Eltawil KM, Berry R, Abdoell M, Molinari M. Quality of life and survival analysis of patients undergoing transarterial chemoembolization for primary hepatic malignancies: a prospective cohort study. *HPB (Oxford)* 2012; 14(5): 341-50.
25. Steel J, Hess SA, Tunke L, Chopra K, Carr BI. Sexual functioning in patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer* 2005; 104(10): 2234-43.
26. Hansen L, Rosenkranz SJ, Vaccaro GM, Chang MF. Patients with hepatocellular carcinoma near the end of life: a longitudinal qualitative study of their illness experiences. *Cancer Nurs* 2015; 38(4): E19-27.
27. Song H, Fang F, Valdimarsdóttir U, Lu D, Andersson TML, Hultman C, et al. Waiting time for cancer treatment and mental health among patients with newly diagnosed esophageal or gastric cancer: a nationwide cohort study. *BMC Cancer* 2017; 17:2. doi10.1186/s12885-016-3013-7.
28. Wang ZX, Yuan CQ, Guan J, Liu SL, Sun CH, Kim SH. Factors associated with psychological characteristics in patients with hepatic malignancy before interventional procedures. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(1): 309-14.
29. Sudarat B, Rachanee N, Varin B. Effectiveness of the nursing practice guideline on the anxiety of patients with advanced liver cancer. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2017; 10(2):

- 74-86. (in Thai)
30. Paul C, Boyes A, Hall A, Bisquera A, Miller A, O'Brien L. The impact of cancer diagnosis and treatment on employment, income, treatment decisions and financial assistance and their relationship to socioeconomic and disease factors. *Support Care Cancer* 2016; 24(11): 4739-46.

# บทวิจัย

## การศึกษานำร่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม

โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

จุฬาลักษณ์ ลิมสีษา\*

### บทคัดย่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำมีความสำคัญต่อการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample random sampling) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของวิภาวรรณ อะสงค์ และที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.058$ ,  $p=.321$  ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในการบริโภคอาหารและน้ำหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.008$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำก่อนและหลังการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.356$ ) เมื่อเปรียบเทียบการทำงานของไต (eGFR) พบว่า การทำงานของไตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.268$ )

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ/ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

\*ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

E-mail: j\_pijisun@hotmail.com



## The Effectiveness of health promotion on dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease in a nephrology clinic: Pilot study at Thalang Hospital, Phuket

Julaluck Limluecha\*

### ABSTRACT

Dietary and fluid consumption behavior modification is important for reducing impairment in chronic kidney disease (CKD) patients. This Quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a health promotion program on dietary and fluid consumption behaviors for CKD patients at the Nephrology Clinic, Thalang Hospital, Phuket. Forty subjects were divided into two groups as experimental and comparison groups by randomly assigning 20 subjects to each group. The instruments were of 2 types, one was the health behavior promotion program and the other was the knowledge and behaviors of dietary and fluid consumption for CKD patient questionnaire developed by Wipawan Asong was used in this study. The reliability of knowledge questionnaire (KR-20) was .80 and Cronbach's alpha reliability of behaviors on dietary and fluid consumption behaviors in CKD patient questionnaires was .82. Percentage, means, standard deviation, paired t-test and independent t-test were used in data analysis.

Results showed that the experimental group had higher mean scores ( $\bar{x}=12.85$ ,  $SD=43.4$ ) of knowledge and behaviors than the control group ( $\bar{x}=10.35$ ,  $SD=41.20$ ). At post-test, the experimental group had mean scores of knowledge of dietary and fluid consumption behaviors significantly higher than pre-test at a p-value of .008. However, it was not statistically significant of knowledge and behaviors among the experiment group as compared to the control group ( $p = .356$ ). Also, the experimental group showed a better filtering rate of the kidney, but not statistically significant with p-value of .268.

**Keywords:** Health promotion behavior/ Dietary program/ Chronic kidney disease patients

---

Article info: Received December 9, 2019; Revised March 24, 2020; Accepted April 28, 2020

\* Corresponding Author, Master of Nursing Science, Advanced Practice Nurse (Medical-Surgical Nursing), Thalang Hospital Phuket

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดซึ่งในปัจจุบันยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น<sup>1</sup> จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> พบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถึง 3.5 เท่าจาก 217.04 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 743.46 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 สำหรับข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559<sup>3</sup> พบว่ามีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในคลินิกตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2560 พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมจนทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น การดูแลรักษาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีผลกระทบต่อความรุนแรงของโรค ปัญหาทางด้านอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยคือการขาดโปรตีนและพลังงาน ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น<sup>4</sup> สำหรับการบริโภคน้ำหากไตเสื่อมไม่มากไม่บวมก็สามารถบริโภคได้ตามปกติ หากไตเสื่อมมากผู้ป่วยบริโภคน้ำได้ไม่เกินวันละประมาณ 500 ml ไม่ควรบริโภคน้ำแร่และน้ำหนักไม่ควรเพิ่มเกิน

0.5 กิโลกรัม<sup>5</sup> จากการศึกษาของสุภาพร<sup>6</sup> พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย คือการไม่ตระหนักต่อภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ไม่สามารถทำใจปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามที่แนะนำได้ และขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ว่าโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้นสามารถป้องกันได้ด้วยตัวเอง รวมทั้งการปรับพฤติกรรมการบริโภคก็สามารถทำได้ด้วยตัวเอง การป้องกันหรือการชะลอโรคไตเสื่อมเรื้อรังไม่ให้ไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดปัญหาเฉพาะหน้า ทั้งของผู้ป่วยและสังคม การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงโรคและเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เช่น การจำกัดโปรตีนในอาหาร ถือเป็นวิธีหนึ่งที่มีหลักฐานเพียงพอว่าสามารถช่วยผู้ป่วยชะลอโรคได้ การบริโภคอาหารประเภทโปรตีนเกลือแร่ และน้ำอย่างถูกต้องจะช่วยให้ไตไม่ต้องทำหน้าที่มากเกินไป ลดการบาดเจ็บการอักเสบที่ไตได้<sup>7,8</sup>

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของวิภาวรรณ อะสงค์<sup>9</sup> พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ( $p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $p < .05$ ) และความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ( $p < .05$ ) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ( $p < .001$ ) โดยสามารถ

ทำนายได้ร้อยละ 27.2 จะเห็นได้ว่าการควบคุมอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะช่วยชะลอความเสื่อมของไตและชะลอการบำบัดทดแทนไตให้ช้าลง<sup>10</sup> นอกจากนี้การส่งเสริมพฤติกรรมงดเค็มผู้ป่วยไตเรื้อรังมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อที่จะปรับพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถแห่งตนเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้ฝึกปฏิบัติ<sup>11</sup> การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเป็นที่ปรึกษาโดยมีแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการลุกลามของโรคถึงระยะที่สี่และห้าซึ่งเป็นระยะสุดท้ายที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หรือต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง นับเป็นการศึกษานำร่องเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่การชะลอความเสื่อมของไต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เพื่อเปรียบเทียบการทำงานของไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมเรื่องการบริโภคอาหารและน้ำหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

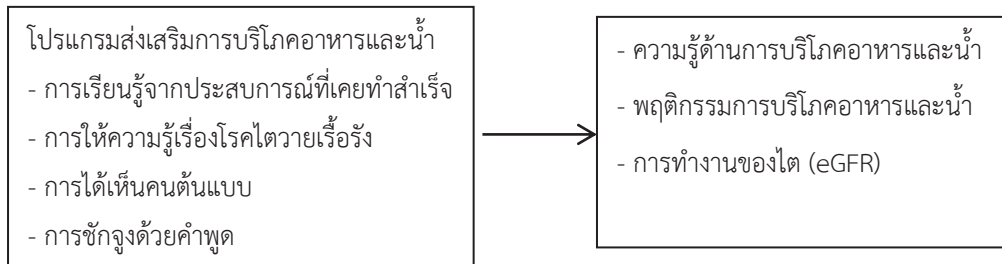
2. อัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา<sup>12</sup> ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) แบนดูราได้เสนอแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ที่มีลักษณะเฉพาะเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมโดยเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมงดเค็มตนเองจะนำไปสู่การลงมือปฏิบัติ และเมื่อได้ผลตามที่คาดหวังไว้บุคคลก็จะกระทำสิ่งนั้นอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยการส่งเสริมให้ได้รับข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด

และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ร่วมกับการส่งเสริมการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเลือก

แนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



กรอบแนวคิดการวิจัย

#### นิยามศัพท์เฉพาะ

**โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ** หมายถึง รูปแบบวิธีการในการให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังเกี่ยวกับการควบคุมการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเกลือแร่ไขมันและน้ำดื่มโดยผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**ความรู้ด้านการบริโภคอาหารและน้ำ** หมายถึง ความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการรับประทานอาหารทั้งในด้านความถี่และปริมาณของอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ ไขมัน และน้ำ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้การบริโภคอาหารและน้ำโดยใช้แบบประเมินของวิภาวรรณ อะสงศ์<sup>9</sup>

**พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการรับประทานอาหารทั้งในด้านความถี่และปริมาณของอาหารประเภท โปรตีน เกลือแร่

ไขมัน และน้ำ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำของวิภาวรรณ อะสงศ์<sup>9</sup> ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

**การทำงานของไต** หมายถึง การหาค่าการทำงานของไตโดยวัดด้วยการเจาะเลือดในหลอดเลือดดำผู้ป่วยและวัดค่าซีรั่มครีเอตินินด้วยวิธี Enzymatic method แล้วนำมาคำนวณค่าอัตราการกรองของไตด้วยสูตร CKD-EPI ค่าปกติคือ  $\geq 90 \text{ mL/min/1.73m}^2$  ถ้าหากระดับ GFR ลดลง  $< 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$  จึงแสดงถึงระดับการทำงานของไตลดลงแล้วประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะปกติ และเป็นระดับที่จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง ได้แก่กลุ่ม

เปรียบเทียบซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำ โดยมีการประเมิน ความรู้และพฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำ ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง และประเมินการทำงานของ ไต ก่อน และ หลัง การทดลอง ทั้งในกลุ่ม เปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

### สถานที่ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง ทำการศึกษา ณ คลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลกลาง โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ

- 1) มีอายุระหว่าง 35-75 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิเมตรต่อนาที
- 3) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-50 มิลลิเมตรต่อนาที
- 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ เข้าใจมีการรับรู้วันเวลาและบุคคลตามปกติ
- 5) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง
- 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น พบการทำงานของไตเสื่อมลงหรือเปลี่ยนระยะความรุนแรงของโรคจนต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง ตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน 2560 มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่มาแต่ละนัดตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย และนำมาจับฉลากแบบไม่คืนที่ เข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 การบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จัดทำเป็นเอกสารคู่มือความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มี 3 ชุด ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อความปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับค่า Serum BUN, Serum creatinine น้ำหนักตัว ค่าการทำงานของไต (eGFR) ระยะของโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นข้อมูลของวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในวันที่เก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังโรคร่วมอื่น

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของวิภาวรรณ อะสงค์<sup>9</sup> ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อและคำถามด้านลบจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

	คะแนนข้อความด้านบวก	คะแนนข้อความด้านลบ
ปฏิบัติประจำ (6-7 วัน/ สัปดาห์)	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-5 วัน/ สัปดาห์)	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง (1-3 วัน/ สัปดาห์)	2	3
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

#### การแปลผลคะแนน

พิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น<sup>13</sup> ดังนี้

คะแนนช่วง 45.01-60.00 หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำเหมาะสมระดับดี

คะแนนช่วง 30.01-45.00 หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำเหมาะสมระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 15.00-30.00 หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำเหมาะสมระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำของวิภาวรรณ อะสงค์<sup>9</sup> ประกอบด้วยคำถามความรู้ในการควบคุมโปรตีน เกลีสโซเดียม ฟอสเฟต โพแทสเซียม ไขมัน ข้าวและแป้ง และน้ำ มีคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อแบบสอบถามนี้วิภาวรรณ อะสงค์<sup>9</sup> นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังจำนวน 85 ราย โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจให้ 0

คะแนน การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนมารวมกันคะแนนอยู่ในช่วง 0-22 คะแนน

คะแนนความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนนมากกว่า 16.50 คะแนนช่วง 11.00 - 16.50 และคะแนนน้อยกว่า 11.00 หมายถึงผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำในระดับสูงปานกลางและต่ำตามลำดับ

#### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย**

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

##### **1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา**

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข และไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของวิภาวรรณ อะสงค์<sup>9</sup> ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยวิธีการหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งค่าเท่ากับ .93

##### **2. การตรวจสอบความเที่ยง**

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง จำนวน 20 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80 และวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .82

#### **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเอกสารรับรองเลขที่ PKPH 2017-004 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### **การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล**

กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยรายบุคคล จากนั้นเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายและใช้แบบสอบถามทั้ง 3 ชุดกับผู้ป่วยแต่ละราย เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานของไต

ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังจากนั้นนัดหมายเพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำครั้งต่อไป

2. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยอีกครั้งตามนัด กล่าวทักทายผู้ป่วยหลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านสุขภาพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอีกครั้ง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดอีกครั้ง และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

หมายเหตุ: หลังสิ้นสุดการศึกษาแล้ว กลุ่มเปรียบเทียบจะเข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำเหมือนกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำในแต่ละครั้งห่างกัน 2 เดือน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด

2. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำ ดังนี้

2.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบริโภคอาหารและน้ำ

2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไต การให้คู่มือที่ทันสมัย และได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบ ให้คู่มือการบริโภคอาหารและน้ำ จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยหรือข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม

2.3 ให้กลุ่มทดลองได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากผู้ป่วยอื่นโดยใช้คนต้นแบบที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์การซักงูด้วยคำพูด เป็นแบบอย่างในการควบคุมอาหารและน้ำอย่างสม่ำเสมอ

2.4 นัดหมายผู้ป่วยในการประเมินผลการทดลอง

2.5 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยรายบุคคลตามนัดหมาย กล่าวทักทายผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านสุขภาพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไตตามคู่มือการบริโภคอาหารและน้ำอีกครั้ง แล้วประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยซักถามปัญหา อุปสรรคในการรับประทานอาหารและน้ำภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและน้ำ จากนั้นให้กำลังใจ ชมเชย กระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย



### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 และ ร้อยละ 45 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.76 ปี ร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 55 ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62.80 ปี ร้อยละ 85 มีสถานภาพสมรส การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกรายการ

2. ข้อมูลสุขภาพก่อนการทดลอง พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 และ

ร้อยละ 90 ตามลำดับ และมีโรคประจำตัวเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มเปรียบเทียบมีค่า BUN เฉลี่ย 24.95 และค่า Creatinine เฉลี่ย 1.49 ส่วนในกลุ่มทดลองมีค่า BUN เฉลี่ย 22.24 และค่า Creatinine เฉลี่ย 1.61 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านข้อมูลสุขภาพ ของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังจากทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.058$ ,  $p=.321$  ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังจากทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.733$ ,  $p=.550$  ตามลำดับ) ดังตาราง 1 และ ตาราง 2 เมื่อนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการบริโภคอาหารและน้ำหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.008$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.356$ ) ดังตาราง 3

Table 1 Comparison between the pre-test and post-test of the mean scores of knowledge on dietary and fluid consumption of chronic kidney disease patients concerning the experimental and the comparison with statistics independent t-test.

Knowledge score	comparison group(N= 20)		experimental group (N= 20)		t	p
	M	SD	M	SD		
	Pre-experimental	10.50	3.59	10.10		
Post- experimental	10.35	4.22	12.80	3.87	1.952	.058

Table 2 Comparison between the pre-test and post-test of the mean scores of behavior on dietary and fluid consumption of chronic kidney disease patients concerning the experimental and the comparison group with statistics independent t- test.

Behaviors score	Comparison group (N= 20)		experimental group (N= 20)		t	p
	M	SD	M	SD		
	Pre-experimental	41.2	8.03	42.4		
Post-experimental	42.4	8.03	43.4	3.33	1.006	.321

Table 3 Comparisons the difference of Pre and Post-test mean scores of knowledge aspect on dietary and fluid consumption behavior modification program within experimental and comparison group with statistics pair t- test.

Variable		Pre-experimental (N= 20)		Post-experimental (N= 20)		t	p-value
		M	SD	M	SD		
		Comparison group	Knowledge	10.50	3.59		
	Behaviors	42.4	2.94	41.20	8.03	.700	.492
Experimental group	Knowledge	10.1	3.76	12.85	3.87	2.943	.008
	Behaviors	42.4	3.83	43.4	3.33	.947	.356

4. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทำงาน ของไต พบว่า การทำงานของไตของกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อ ทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .268$ ) ดังตาราง 3

Table 4 Comparison between the pre-test and post-test of the mean scores of kidney function in chronic kidney disease patients concerning the experimental and the comparison group with statistics Independent t-test.

Kidney Function	comparison group (N= 20)		Experimental group (N= 20)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Pre-experimental	40.04	7.06	41.33	8.27	.094	.926
Post-experimental	39.81	8.33	44.63	10.19	1.124	.268

#### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ใน คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง ผู้วิจัย อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

**สมมติฐานข้อที่ 1** กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และพฤติกรรมเรื่องการบริโภคอาหารและน้ำหลัง การทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าภายหลัง การทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของกลุ่ม ทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .058$ ,  $p = .321$  ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบการสอน ที่ช่วยให้กลุ่มทดลองผ่อนคลาย และให้ความรู้ เพื่อเพิ่มทักษะการเรียนรู้ รวมทั้งมีคู่มือเอกสาร

ประกอบ ร่วมกับการให้กลุ่มทดลองได้เห็น ประสบการณ์หรือตัวอย่างจากผู้ป่วยอื่น โดยใช้คน ต้นแบบที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ การชักจูงด้วย คำพูด การให้กำลังใจจากผู้วิจัยพูดชักจูง และชื่น ชมในพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำที่กลุ่ม ทดลองปฏิบัติ ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติตามแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยที่เน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจึงไม่ เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>14</sup> และ เนื่องจากลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน คือเป็นผู้สูงอายุมี อายุเฉลี่ย 65.76 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบและในกลุ่ม ทดลอง 62.80 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ ในระดับประถมศึกษาและมีรายได้ไม่เพียงพอทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งจากการศึกษาของอรุณรัตน์<sup>15</sup> และ

การศึกษาของอาทิตยา<sup>16</sup> พบว่าปัจจัยด้านอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความคิดความรู้สึก อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะฉะนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ<sup>17</sup> จึงอาจจะเป็นข้อจำกัดในการบริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสม นอกจากนี้ การศึกษาของ ภทรพรรณ และขวัญชัย<sup>18</sup> พบว่าปัจจัยด้านประชากรคืออายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลจะสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์<sup>19</sup> ที่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยพบว่าหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $p=0.000$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างกันในบริบทและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก และระยะเวลาสั้น ผลการทดลองจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทำให้ไม่เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำชัดเจน

## สมมติฐานข้อที่ 2 การทำงานของไตในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบการทำงานของไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำพบว่า การทำงานของไตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p= .268$ ) อธิบายได้ว่าการทำงานของไตไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญน่าจะเป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองนั้นมีแนวโน้มของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและน้ำที่ดีขึ้นสามารถชะลอหรือยับยั้งการเสื่อมของไตการทำงานของไตจึงมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยทราบถึงโอกาสเสี่ยง และมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับซึ่งหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีผู้ป่วยมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีในการดูแล

ตนเองก็จะสามารถชะลอการเสื่อมของไต และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้<sup>15</sup> แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 คือมีอัตราการกรองของไต อยู่ระหว่าง 30 มิลลิเมตรต่ออนาที ถึง 59 มิลลิเมตรต่ออนาที ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี การดำเนินของโรคจึงอยู่ในระดับค่อนข้างดีและคงที่อยู่แล้ว นอกจากนี้ การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาการศึกษาที่สั้นเพียง 3 เดือน อาจจะไม่ทำให้การทำงานของไตเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในทันที ทำให้ไม่สามารถเห็นความเปลี่ยนแปลงของการทำงานของไตได้<sup>20</sup> เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางผลเลือดจะเริ่มแสดงให้เห็นว่าไตเสื่อมช้าลงกว่าเดิมเร็วที่สุดคือ ระยะ 6 เดือน และเห็นชัดเจนภายใน 1 ปี ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องใช้ความอดทนปฏิบัติตามตัวอย่างเคร่งครัดไปตลอด ไม่อาจเห็นผลการเปลี่ยนแปลงในระยะ 2-3 เดือน แล้วสรุปว่าการปฏิบัติตามดังกล่าวได้ผลดีหรือไม่ได้ผลแต่การเปลี่ยนแปลงบางอย่างอาจเป็นเครื่องชี้แนะว่าจะได้ผลดีแก่การรักษา<sup>21</sup> จึงต้องใช้ระยะเวลาประเมินที่ยาวนาน

#### จุดอ่อนของการวิจัย

ศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาที่ศึกษาทำให้ไม่เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ชัดเจน

#### จุดแข็งของการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำให้ทราบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และได้มีการเห็นแบบอย่างคนต้นแบบในโรคเดียวกันที่สามารถประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดความตระหนักและมีความใส่ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น

#### สรุป

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ได้ว่าภายหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบการทำงานของไต (eGFR) ก็พบว่า การทำงานของไตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเพิ่มมากขึ้น ทราบถึงโอกาสเสี่ยง และมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และได้เห็นบุคคลต้นแบบ มีการรับรู้ถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถชะลอการเสื่อมของไต และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ต่อไปในอนาคต

#### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และคุณสุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษาตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และขอพระคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อสละเวลา และให้

ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามศึกษาในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

และประเมินผลลัพธ์อื่นๆ เช่น ความคงอยู่ของพฤติกรรมและการดำเนินของโรค

2. การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุควรศึกษาร่วมกับครอบครัวหรือผู้ดูแลและเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพในการประเมินปัญหา และอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำของกลุ่มตัวอย่าง

### References

1. The Nephrology Society of Thailand. Recommendations for Chronic Kidney Disease Patients before doing the renal replacement therapy with dialysis. Bangkok: Takada (Thai); 2015.
2. Document from Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health., 2016.
3. Thalang Hospital. Document from Chronic Kidney Disease Clinic. 2016.
4. Seanchaiwut N. Production of Food Knowledge Handbook for Chronic Kidney Disease Patients: Case Study, Siriraj Hospital (dissertation). Bangkok: Rajamangala University of Technology PhraNakhon., 2013.
5. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guidelines for Chronic kidney disease. (1<sup>st</sup> Ed). Bangkok. BoehringerIngelheim (Thai).Co.,Ltd. 2009.
6. Ongsuriyanondh S. Self-care behavior development among chronic renal disease patients, Chaoprayayomraj Hospital, Suphanburi Province. Journal of Public Health and Development. (2008)6(1). p 35-41.
7. Hostetter, T.H., Olson, J. L., Rennke, H. G., Venkatachalam, M. A., & Brenner, B. M. .Hyperfiltration in remnant nephrons:a potentially adverse response to renal ablation.Journal of American Society Nephrology. (2001)12(6). p 1315-25.

8. Wang W, Soltero L, Zang P, Huang X (2011).15(1) p 74-87.  
R, Land H Y, Adroque H J. et al. Renal inflammation is modulated by potassium in chronic kidney disease: Possible role of Smad 7. American Journal of Physiology Renal Physiology. (2007) 293, F1123-F1130.
9. Asong W. Factors influencing dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease(dissertation).Chon Buri: Burapha University., 2015.
10. Susantitaphong P, Eiam-ong S. Overview of Chronic Kidney Disease. in Eiam-ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsin K, Tangsanga K editors. Textbook of Hemodialysis. Nakhon Pathom: aiprinting; 2010.p.1-42.
11. Thammaraksa P. The effectiveness of health education program applying self - efficacy theory in diabetes mellitus patients at Health Center in Bangkok Metropolitan. Journal of Faculty of Physical Education Srinakharinwirot University.
12. Rattanaaruang R, Prapaipanich W, Visudtibhan P J, Lekhyananda S. Effects of a Food Intake Focused on Protein Promoting Program in End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis. Rama Nurse Journal. (2014) 20(3) p 341-55.
13. Kannasut P. Statistics for the Behavioral science research. (3<sup>th</sup> ed). Bangkok. Darnsutha Press Co.,Ltd. 1999.
14. Samranrum P, Thato R, Chimluang J. The effect of Health Belief Modification Program on Food Consumption Behavior of Chronic Kidney Disease Patients at Pre Renal Replacement Therapy Stage. Thai Journal of Nursing. 2015; 64(4). p15-24.
15. Satee A. Behavior and Factors related to salt and diet control of kidney disease patients in the period before kidney replacement therapy. Independent Study Master of Nursing Science. KhonKaen: KhonKaen University, 2011.

16. Tawong A. Factors Associated with Self-care Behavior among Elderly: A Case Study of Kuangpao Sub-district, Jomthong district, Chiangmai province. Master of Arts (Social Development Administration). Chiangmai: Chiangmai University., 2009.
17. Kuhirunyaratn P, Ratanasiri A, Jindawong B, Natiboot P, Watchanapanl, Junthakhun C, Supapinij. Health Promotion behaviors of Elderly Living in an Urban Community of KhonKaen Province. *Srinagarind Medical Journal*. (2018)33(2). p 153-160.
18. Unaphak P, Rattanamanee K. The Correlation Factors of Self-Care Behaviors to Prevent Complications among Patients with Chronic Kidney Disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. *The Public Health Journal of Burapha University*.(2015) 10(2) p 44-54.
19. Klyprayong P, Boonchuaythanasit K. Effectiveness of health education program in promoting health behaviors for slow progression of chronic kidney disease to the end stage renal disease among chronic kidney disease patients stage 3 and 4 at outpatient department, Ramathibodi hospital. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*. (2008) 19(2) p 49-60.
20. Panpeankunpak P. The Effect of Food Control Program for Chronic Kidney Disease Patients at CKD Clinic, PhraNakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. (2016)6(3) p 206-15.
21. Rattanakun C. Generalpractice, diet principles and methods for chronic and moderate renal disease patients. Bangkok: Chulalongkorn University., 1993.



# บทวิจัย

## การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ

คมเนตร สกุธณะศักดิ์\*

ลธิธิพันธ์ จันทร์พงษ์\*\* พูนสุข ทองเลื่อน\*\*\*

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เพียงร้อยละ 9.21 และไม่เข้าถึงการรักษาเนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจนจะรวมอยู่ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเพียงการคัดกรองโรคประจำปี ไม่มีการส่งต่อเพื่อรักษา ข้อมูลการคัดกรองโรค ไม่ถูกนำมาใช้วางแผนการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล 46 คน ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม 30 คน และผู้ดูแล 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม คะแนนกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value .01 ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 70.94 ใช้แนวการปฏิบัติในการดูแลในเครือข่ายร้อยละ 98.7 เข้าถึงการรักษาร้อยละ 100 ระยะเวลาการเข้าสู่การรักษา ลดลงเป็น 6.9 วัน พยาบาลมีความรู้การดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value .01 ผู้ดูแลพึงพอใจร้อยละ 92.4 การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนารูปแบบการเพิ่มทักษะการดูแลและการแก้ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

คำสำคัญ: การพยาบาล/ ผู้สูงอายุ/ สมองเสื่อม

---

\* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)

ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ E-mail: komnatnok@gmail.com

\*\* อายุรแพทย์ระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

\*\*\* นักจิตวิทยาชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

## The development of a care system for the elderly with dementia in Sisaket Province

Khomnate Sakuntanasak\*

Shittipun Changprong\*\* Poonsuk Sainthong \*\*\*

### ABSTRACT

Elderly dementia care in Sisaket Province involves screening for dementia for the elderly at the community level at the Tambon Health Promotion Hospital (RPS) and the community hospitals (ARD). Some 9.21% with dementia do not have access to treatment because there are no joint practice guidelines for these patients. Elderly dementia care is not yet included in elderly health promotion activities, which only involves annual disease screenings with no referral for treatment. Disease screening information isn't being used in care plans, causing those with dementia to become more dependent.

This research was conducted between October 2017 and September 2018 involving consenting participants: 46 nurses, 30 dementia elderly and 30 caregivers. Daily routine assessments were based on a preliminary brain test, Thai version, with practice specified in the manual for nursing care for the elderly with dementia. Research results showed that daily activity scores significantly increased statistically, p-value of .01. Of the 70.94% screened for dementia, most were treated using care guidelines (98.7%), with full access to treatment. Duration of hospitalization was reduced to 6.9 days. Nurses gained knowledge of providing care more effectively at post intervention with statistical significance, p-value of .01. Also, 92.4% of caregivers expressed satisfaction with elderly patient treatment. Further research should focus on increasing skills in the community to address dementia with reduced dependency of the elderly.

**Keyword: Nursing Care/ Elderly / Dementia**

---

Article info: Received October 14, 2019; Revised January 12, 2020; Accepted April 22, 2020.

\* Corresponding Author, Advance Practice Nurse, Gerontological Nurse, Sisaket Hospital

\*\* Neurologist, Lecturer, Faculty of Medicine, Ubon Ratchathani University, Sisaket Hospital

\*\*\* Psychologist, Sisaket Hospital

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียหน่วยความจำ และการเสื่อมสภาพทางบุคลิกภาพและพฤติกรรม ส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันเกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในสมอง ความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมขึ้นอยู่กับสาเหตุพื้นฐานของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า กลุ่มอายุ 60-64 ปี, 65-69 ปี, 70-74 ปี, 75-79 ปี, 80-84 ปี, 85-89 ปี และ 90 ปีขึ้นไป มีความชุกโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ) 1.6, 2.6, 4.2, 6.9, 11.6, 18.7 และ 35.4 ตามลำดับสำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชากรโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 พบว่า ความชุกโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 6.8 เพศหญิงร้อยละ 9.2<sup>1</sup> และมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุขัยของประชากรสำหรับจังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลศรีสะเกษพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไม่มีข้อมูลรายงานชัดเจน แต่พบผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รักษาตามแนวทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL, Instrumental Activities of Daily Living: IADL) เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาเฉพาะด้านสมองเสื่อม ซึ่งเป็นระบบการดูแลลักษณะเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ที่ไม่เข้าใจภาวะของโรคและยังไม่มี การดูแลที่ชัดเจน ซึ่งสนธยา มณีรัตน์ และสมณทนา บุญชัย<sup>2</sup> ได้พัฒนาระบบการดูแลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ช่วย

ให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น ก้าวร้าว เอะอะ การหลงทางกลับบ้าน เป็นต้น และสามารถเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและลดภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยได้ ส่วนเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษได้มีการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่ยังไม่เข้าถึงการดูแลเฉพาะทาง จึงทำให้ญาติหรือผู้ดูแลจัดการกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วยไม่ได้ จำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดศรีสะเกษนี้ขึ้น โดยใช้กลุ่มวิชาชีพพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องและกระจายในพื้นที่ครอบคลุมเครือข่ายมากที่สุด เป็นแกนหลักของการพัฒนาใช้ วิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่ให้ความสำคัญเครือข่าย การส่งต่อแบบการมีส่วนร่วมเชิงรุก ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในระบบบริการสุขภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและการพัฒนาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของการวิจัยและพัฒนาทฤษฎีระบบ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลป้อนกลับ รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในลักษณะ (R&D; Research and Development)

### ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Input)

ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ทำ Focus groups พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ เกี่ยวกับประเด็นความรู้ ทักษะ ทศนคติ ปัญหา อุปสรรค ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนา



### ระยะที่ 2 กระบวนการ (Process)

- 2.1 ผู้ป่วย: ใช้กระบวนการพยาบาล: ประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล
- 2.2 เครือข่าย: อบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม กลุ่มอาสาสมัคร และพยาบาล รพ.สต. รพช.
- 2.3 การพัฒนาระบบ: CPG การส่งต่อในเครือข่าย/ การจัดบริการคลินิก Memory รพ. ศรีสะเกษ



### ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ (Output)

#### ด้านผู้ป่วยและญาติ

- ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม TMSE
- ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ADL/ IADL
- ความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแล

#### ด้านเครือข่าย

- ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ
- ระยะเวลาการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ

#### ด้านการพัฒนาระบบ

- คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังอบรมของพยาบาล
- ร้อยละการปฏิบัติตาม CPG
- ความพึงพอใจของทีมพยาบาลในการปฏิบัติตาม CPG

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) เริ่มดำเนินการเดือนตุลาคม 2560-2562 โดยมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ทีมพยาบาล ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ 22 แห่ง คำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตรการคำนวณของดาร์ณี เทียมเพ็ชร และคณะ<sup>3</sup> ได้จำนวน 46 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยไม่มีการคืนที่ (Sampling without replacement) จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2) จำนวน 30 คน

**เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่**

1) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

2) มีลักษณะของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ อย่างน้อย 1 ใน 4 อาการต่อไปนี้ ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายกระวนกระวาย (Agitation) วิตกกังวล มีอารมณ์ตึงเครียด (Anxiety) นอนไม่หลับ (Insomnia) หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไร้อารมณ์ (Apathy)

3) มีความพร้อมของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอย่างน้อย 1 ใน 10 ด้าน ตามแบบประเมิน Barthel Index of Activity of daily living

4) ญาติยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วม

โครงการวิจัย

**เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่**

1) ผู้สูงอายุมีอาการอะอะอาละวาด ก้าวร้าว หรือควบคุมตัวเองไม่ได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิด อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2) ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 2 คน

3) ญาติไม่ยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1) สำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ

1.1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)

1.2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL)

1.3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental activities of daily living: IADL) ใช้เครื่องมือจากคู่มือแนวทางการจัดตั้งดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>4</sup>

2) สำหรับพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของพิตพิร สิริทิพากร 2558<sup>5</sup> คือ

2.1) คู่มือการพยาบาล การให้การดูแล และการเตรียมญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2) แบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล

2.3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

นำเครื่องมือดังกล่าว มาตรวจความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำไปตรวจความตรงจากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจำนวน 5 คน และนำไปทดลองหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ จากพยาบาลอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Reliability = 0.74

3) สำหรับผู้ดูแลหรือญาติ คือ แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมและนำไปทดลองหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ จากผู้ดูแลหรือญาติผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Reliability = 0.78

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลภาวะสมองเสื่อม ใช้วิธีการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus groups) พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุใน รพช. รพ.สต. ในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 46 คน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นความรู้ ทักษะทัศนคติ ปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็นเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนา

ระยะที่ 2 นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

2.1 ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) พัฒนาการจัดตั้งคลินิก

ตามคู่มือแนวทางการจัดตั้ง ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และประกอบด้วย

- การคัดกรองผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยอาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน รพ.สต. รพช.
- การส่งต่อถึงผู้เชี่ยวชาญ
- การปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification) การเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกาย (Physical Activities & Exercise)
- ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การใช้สมุนไพรบำบัด (Aroma therapy)
- กิจกรรมระลึกถึงความทรงจำในอดีต (Reminiscence) เป็นต้น

กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยลดอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เช่น อาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย (Agitation) ปัญหาด้าน การนอน (Sleep disorder) ได้ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถดำเนินการได้โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คือ นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดปัญหา และแผนการพัฒนา 2) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ กระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคม การสาธิตการจัดกิจกรรม

ด้านจิตสังคม การฝึกปฏิบัติวิเคราะห์กรณีศึกษา และการนำไปใช้ และ 3) การพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาล เพื่อนำไปใช้เป็นคู่มือปฏิบัติ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ เป็นการวิเคราะห์เครื่องมือและสื่อที่มีอยู่ นำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทการพยาบาล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ครอบคลุมขั้นตอน การประเมินสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังนี้

1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และญาติก่อนเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการโดยพยาบาลประจำคลินิก Memory

2) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมสุขภาพกาย จิต สังคม ความเชื่อ ประสาทสัมผัส ความสามารถพื้นฐาน ปัญหา และความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วย

3) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการพยาบาลรายบุคคลที่สอดคล้องกับ ปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

4) ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่กำหนด โดยดำเนินการในคลินิก Memory โรงพยาบาลศรีสะเกษในช่วงเวลา 9.00-12.00 น. ทุกสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 1 ปี ส่วนญาติจะได้รับความรู้และการให้คำปรึกษาจากพยาบาลที่เป็นทีมร่วมปฏิบัติการ

2.2 โรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายระดับอำเภอ พัฒนาการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุหรือช่องทางบริการที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เน้นบทบาทรับผู้ป่วย

ที่คัดกรองจากชุมชน รพ.สต. เพื่อเตรียมความพร้อมและเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งต่อถึงแม่ข่ายระดับจังหวัด โดยประสานการส่งต่อก่อนถึงผู้เชี่ยวชาญ และรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีอาการคงที่และ/หรือดีขึ้น เพื่อให้การดูแลในพื้นที่ให้บริการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย การให้คำปรึกษา ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เช่น อาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ปัญหาด้านการนอนเบื้องต้น

2.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแม่ข่ายระดับตำบล บูรณาการการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ เน้นบทบาทการคัดกรองผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยอาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน รพ.สต. การส่งต่อถึง รพช. ให้การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย กิจกรรมทางสังคม การให้คำปรึกษาด้านสมองเสื่อมเบื้องต้น และการติดตามเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้แก่

1) ด้านผู้ป่วย และที่ญาติประเมินร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (TMSE) คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ADL/ IADL ร้อยละความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแล

2) ด้านเครือข่ายประเมินร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญและระยะเวลาการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญลดลง

3) ด้านการพัฒนากระบวนการ คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อน-หลังอบรมของพยาบาล ร้อยละ

การปฏิบัติตาม CPG และความพึงพอใจของทีมพยาบาลในการปฏิบัติตาม CPG ระยะเวลาการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ได้รับคำรับรองในการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 071

#### ผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า มีระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน รพ.สต. และ รพช. แต่ยังขาดการเชื่อมโยงเพื่อให้เข้าถึงผู้เชี่ยวชาญและการรักษา ไม่มีแนว

ปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีม พยาบาลยังมีความรู้ ทักษะ ไม่เพียงพอกับบทบาทการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม รวมถึงไม่มีแนวทางการพยาบาลภาวะสมองเสื่อมที่เป็นรูปธรรม การรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน รพช. ยังไม่ชัดเจน จะรวมอยู่ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงจะเป็นภาระของญาติที่รักษาไปตามความเชื่อ เช่น รักษาทางไสยศาสตร์ การกักบริเวณ และไม่เข้าใจผู้ป่วยจนกระทั่งมีปัญหาการสื่อสาร การระแวงเรื่องทรัพย์สิน เป็นต้น

Table 1 Mean and standard deviation of Thai Mental State Examination (TMSE) before and after development system. (N= 30)

TMSE	$\bar{x}$	S.D.	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before developing system	10.80	5.68	<.0001	8.79	12.80
After developing system	13.80	5.59		11.78	15.95

Remark: score of TMSE cut of point: cognitive Impairment about no study, <14/ primary school <17/ high primary school < 22

Table 2 Mean and stand deviation of the barthel Activity of Daily Living (ADL) before and after developing system. (n= 30)

ADL	$\bar{x}$	S.D.	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before developing system	13.43	5.68	<.0001	11.68	15.92
After developing system	16.07	4.52		14.38	17.76

Remark: Score ADL= 0-20, ADL= 0-4 refer to completed dependent, ADL= 5-8 refer to severe dependent, ADL= 9-11 refer to moderated dependent and ADL=12-20 refer to no dependent



**Table 3 Mean and standard deviation Instrumental Activities of Daily Living (IADL) before and after developing system. (n= 30)**

IADL	$\bar{x}$	SD	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before developing system	6.80	1.24	<.0001	7.22	7.96
After developing system	10.40	1.36		4.01	4.82

Remark: Score IADL= 0-12, IADL 0-2 refer to severe dependent IADL 3-5 refer to moderated dependent, IADL= 6-8 refer to mild dependent, 9-12 refer to no dependent

**Table 4 The percentage of screening test, access to treatment, satisfaction of relatives, practice with CPG and satisfaction of nurses with caring system of elderly with dementia.**

Variables	N	Percentage
Risk group of receiving dementia screening*	141,845	70.94
Suspected group of dementia condition*	5,524	3.89
Risk group of receiving treatment in Memory Clinic Sri Sa Kat hospital**	89	100
High satisfaction of relatives	30	92.41
High level of practice with GPG	46	98.7
High level of satisfaction of nurses	46	94.3
Duration of elderly with dementia access to expert (day)**	Before 257 day	After 6.9 Day

\* Dementia Screening Sisaket Province 2018

\*\* Memory Clinic Sisaket Hospital

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา การจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น คะแนนความรู้ของพยาบาล ผลลัพธ์ทางการ

พยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติ เปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนาระบบฯ (paired t-test) คะแนนความพึงพอใจ การปฏิบัติตาม CPG วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ

Table 5 Mean and standard deviation of score of knowledge of nurses before and after developing system. (n= 46)

Score	$\bar{x}$	SD	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before training	4.41	1.36	<.0001	3.96	4.77
After training	7.59	1.24		7.17	7.91

**ด้านเครือข่าย** มีแนวทางส่งต่อที่ชัดเจน และร้อยละผู้มีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกรองและส่งต่อถึงผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น

**ด้านการพัฒนาระบบ** ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพยาบาลด้านผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า พยาบาลที่เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด ผลการนำคู่มือทางการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมไปใช้ พบว่า มีเนื้อหาที่ครอบคลุม กิจกรรม มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N 30) ดังนี้

1.1 มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย จำนวน 11 คน มีอาการเฉยเมย ร่วมกับปัญหาการนอนหลับ จำนวน 8 คน มีปัญหาความวิตกกังวลร่วมกับปัญหาการนอนหลับ จำนวน 4 คน และมีปัญหา agitation ร่วมกับปัญหาการนอนหลับ จำนวน 6 คน

1.2 มีความพร้อมของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับ 1 ขึ้นไปอย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม และโกนหนวด จำนวน 8 ราย

ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ราย ด้านการรับประทานอาหารและการอาบน้ำ จำนวน 7 ราย และด้านการอาบน้ำร่วมกับการสวมใส่เสื้อผ้า จำนวน 10 ราย

2. คู่มือกิจกรรมบำบัดสำหรับโรคสมองเสื่อม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดคือ เวลา 9.00-12.00 น. สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ และติดตามให้ผู้ดูแลจัดกิจกรรมที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ติดตาม 1 ปี ตามแพทย์นัด

2.2 แผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นแผนรายบุคคล และสามารถทำกิจกรรมได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

2.3 เนื้อหากิจกรรมบำบัดประกอบด้วย

- 1) กิจกรรมพื้นฐานๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย กิจกรรมกลางแจ้ง และ Brain Activation

- 2) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและกระตุ้นการรับรู้ตามความเป็นจริง

- 3) กิจกรรมการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน

- 4) กิจกรรมทางเลือกโดยการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 เช่น การนวดเท้า

ด้วยลูกแก้ว และการใช้กลิ่นบำบัด ดนตรีบำบัด  
กิจกรรมระลึกความทรงจำ เป็นต้น

3. ผลการใช้แผนการพยาบาลสำหรับ  
รายบุคคลในการแก้ปัญหาด้านพฤติกรรม และ  
อารมณ์ร่วมของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประเมิน

ด้วยการสังเกตและการจดบันทึกของผู้ดูแลก่อน  
และหลังการใช้แผนการพยาบาล แยกเป็นปัญหา  
การอยู่ไม่สุข กระวนกระวาย การเหม็นเฉย  
การนอนหลับ ความกังวล การรับประทานอาหาร  
การอาบน้ำ การแต่งตัว พบว่า

Table 6 Behavior problems and dependent condition ADL. (n=30)

behavior problems/ ADL	Before developing	After developing
	system	system
Agitation	11	0
Sleep disorder	18	0
Anxiety & Sleep disorder	4	0
Agitation & Sleep disorder	6	0
ADL such as face wash, brush teeth	8	0
Eating	7	0
Eating with bathing	7	0
Bathing with dressing	10	0

ปัญหาด้านพฤติกรรมมีอาการลดลง  
ทั้งหมดร้อยละ 100 แต่อารมณ์เฉยเมยและ  
อารมณ์วิตกกังวล มีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น  
แต่ยังไม่ชัดเจน ความพร้อมของการปฏิบัติกิจวัตร  
ประจำวัน มีความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 0-1  
อย่างน้อย 1 ด้าน ร้อยละ 100 ความพร้อมของ  
ทักษะสังคม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีอาการ  
เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทุกราย

#### การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีความบกพร่อง  
ของสมอง ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน  
ทักษะสังคม สัมพันธภาพกับผู้อื่น มีปัญหาด้าน  
พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ มีการดำเนินโรค

เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึง  
จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถกระตุ้นปัจจัย  
ภายในและภายนอกของผู้ป่วยเพื่อให้แสดง  
พฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม สนับสนุนญาติให้  
มีการปรับตัวในการดูแลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่  
บ้าน ส่วนปัญหาการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมอง  
เสื่อมการศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ป่วยจะดูแลไปตาม  
ความเชื่อและความเข้าใจของสังคม เช่น คิดว่า  
ผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตใจก็ไปรักษาทางไสยศาสตร์  
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ออกจากบ้าน ก็จะเฝ้า  
ระวังไม่ให้ผู้ป่วยออกนอกบ้าน มีปัญหาการสื่อสาร  
หรือการระแวงเรื่องทรัพย์สิน ก็ยังไม่ทราบว่าเป็น  
อาการหลงลืมจึงไม่พามารักษา จนกระทั่งมี  
ภาวะหลงลืมเพิ่มขึ้น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุทธินันท์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ<sup>7</sup> กล่าวว่า โรคสมองเสื่อมมีการรับรู้ของชุมชนตามมิติทางการแพทย์ ได้แก่ 1) โรคทางกรรมพันธุ์เป็นแล้วไม่หาย 2) ผลจากการตีแม่แล้ว 3) คนที่มีความหลัง และ 4) อัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม ส่วนการรับรู้ในมิติทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ 1) โรคคนเฒ่าคนแก่ 2) ผีทำ 3) เป็นบ้าเป็นประสาท 4) วุฒิภาวะเหมือนเด็ก 5) สีมวิธิกินวิธื้ออยู่ และ 6) ภาวะและทุกข์ของครอบครัว ซึ่งการรับรู้ที่แตกต่างกันนำไปสู่การดูแลรักษาที่แตกต่างกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนลดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา มณีรัตน์ และสุนันทา บุญชัย<sup>8</sup> การลดและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควบคู่ไปกับการรักษาโดยการให้ยาได้ โดยให้พยาบาลเป็นหลักในการดูแล ใช้กิจกรรมการออกกำลังกาย การปลูกต้นไม้ การบริหารสมอง การกระตุ้นการรับรู้ตามจริง และการกระตุ้นประสาทสัมผัส โดยต้องมีการเตรียมความรู้ของพยาบาลด้านโรคสมองเสื่อม อย่างเป็นรูปแบบ สอดคล้องกับภาระงาน อัตรากำลังที่รองรับ อาศัยอาสาสมัครผู้สูงอายุเป็นฐานในชุมชน ซึ่งการศึกษาของสนธยา มณีรัตน์ และคณะ<sup>9</sup> ศึกษารูปแบบการพัฒนาการพยาบาลด้านจิต สังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพสามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรม เพิ่มทักษะการดูแลตนเอง ทักษะ

สังคมและสัมพันธภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งพรณานา โนนหัน<sup>10</sup> ศึกษาบทบาทพยาบาลด้านการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพราะมีความรู้ความเข้าใจและเกี่ยวข้องกับประชาชนมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ<sup>11</sup> เรื่องบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะก่อนการวินิจฉัย ระยะวินิจฉัย ระยะที่ดำรงชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม และระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะช่วยลดปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งในวิจัยนี้พยาบาลได้ให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติ ได้แก่ บุตร คู่สมรส และหลาน จนกระทั่งปัญหาด้านพฤติกรรมลดลงทั้งหมดร้อยละ 100 ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.41 สอดคล้องกับ นิชภา โมราถ<sup>12</sup> กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ เป็นบุตร คู่สมรส หลาน พี่หรือน้อง ตามลำดับ จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ชวนคุย อยู่เป็นเพื่อน ส่งเสริมการพักผ่อนหย่อนใจ ให้ยาและพาไปพบแพทย์ตามนัด

**งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน** ในเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ค่อนข้างช้าเนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่เก็บมาจากหลากหลายแหล่งข้อมูลทำให้ทีมผู้วิจัยมีขั้นตอนมีความยุ่งยากในการเดินทางและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ต้องใช้เวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มขึ้น

**งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง** ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นการพัฒนาที่มี การสร้างเครือข่ายการทำงานในระดับจังหวัด ศรีสะเกษ ที่มีการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่าง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการดูแล อย่างทั่วถึงและสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ เข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อม และบุคลากรด้านสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีมาตรฐาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

**สรุป** การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัย และพัฒนา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และ ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) รวมทั้งการใช้ กระบวนการพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลศรี สเกษ 22 แห่ง จำนวน 46 คน ผู้สูงอายุโรคสมอง เสื่อมจำนวน 30 คน โดยการพัฒนากระบวนการดูแล ผู้สูงโรคสมองเสื่อมและทดสอบผลการพัฒนา ระบบการดูแลก่อนและหลัง ผลการวิจัยพบว่า คะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < .0001$  คัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 70.94 ใช้แนวการปฏิบัติในการดูแลในเครือข่าย ร้อยละ 98.7 เข้าถึงการรักษาร้อยละ 100 ระยะเวลาการเข้าสู่การรักษาลดลงเป็น 6.9 วัน พยาบาลมีความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < .0001$  ผู้ดูแลพึง พอใจร้อยละ 92.4 พยาบาลพึงพอใจร้อยละ 94.3

การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาดูแลผู้ป่วยโรค สมองเสื่อมในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีทักษะในการ แก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเบื้องต้น ซึ่ง ช่วยลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ ประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ศรีสะเกษ ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร ควรนำระบบการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมกำหนดเป็นนโยบายของ โรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพทำงาน ร่วมกันอย่างเป็นระบบทั้งจังหวัด เขตสุขภาพ และ ประเทศ
2. ด้านบริการ ใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในคลินิกบริการผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม
3. ด้านวิชาการ ควรมีการสนับสนุนให้ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพได้มีการ พัฒนาด้านวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคสมอง เสื่อมได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง
4. ด้านวิจัย ควรสนับสนุนให้ทำวิจัยเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเพื่อสร้างองค์ ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ พื้นที่บริการ ที่มี ข้อจำกัดแตกต่างกัน

## References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly. [internet]. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2016 [Available from 02 Jan 2017]: <https://www.thaigri.org>.
2. Sonthaya Maneerat, Sampan Maneerat, Tivawan Kambunlua. Psychosocial nursing care for the elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Health Science Research*. 2018; 12(2): 1-9.
3. Daranee Tieampet, Kasima Sangrattanapiman, Monthita Aksornde, Penporn Taweebut, Woradate Changkaew. Development of Diabetes Mellitus (DM) Care System Continued Seamlessly to Communities, Muang District, Srakaew Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016; 25(3): 156-69.
4. Prasat Neurological Institute. Clinical Practice Guideline: Dementia. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2014.
5. Plthiporn Sirithipakon. Nursing care of Dementia for caregiver and The elderly with Dementia. [Internet]. Bangkok: Department of Nursing Siri raj Hospital Mahidol University; 2016. [Available from 02 Jan 2017] [https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/226/sins\\_nursing\\_manual\\_2559\\_03.pdf](https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/226/sins_nursing_manual_2559_03.pdf)
6. Institute of Geriatric Medicine Thailand. Clinical Practice Guideline of Geriatric Clinic. Institute of Geriatric Medicine, Ministry of public health. 2015. [Available from 02 Jan 2017] <http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/index.php/guidebook>
7. Suttinan Subindee, Bumpenchit Sangchart. Community's perception of the older persons with dementia. *Journal of Nursing Science & Health*. 2018; 41(3).

8. Sonthaya Maneerat, Sumonta Boonch. Development of a Psychosocial Nursing Care Model for Elderly with Dementia in Suansaranrom Psychiatric Hospital. Prince of Narathivas University Journal of Humanistic and social science. 2558; 2(1): 52-62.
9. Sonthaya Maneerat, Sampan Maneerat, Tivawan Kambunlua. Psychosocial nursing care for the elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Journal of Health Science Research. 2018; 12(2): 1-9.
10. Pornnapa Naknonehun. Nursing Role for Prevention Dementia in Elderly. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017; 10(2): 36-46.
11. Arthiditaya Suwan. Role of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia. Journal of Nursing and Health Care. 2017; 35(1): 6-15.
12. Nitchapa Morathop, Chamaiporn Kanchanakijksakul, Supasit Pannarunothai, Vipap Prachuabmoh, Bhuddhipong Satayavongthip. Role of Family Caregivers for The Elderly with Alzheimer's Disease. Journal of Nursing and Health Sciences. May-August, 2012; 6(2): 122-31.
13. Ministry of public health. HDC service: Screening of Dementia in Sisaket Province. 2016-2019. [Internet] [Available from 02 Jan 2017] <https://hdcservice.moph.go.th>

# บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำ  
หน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร

วชิราภรณ์ เรืองเดช\*

ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ\*\*

พัชรพร เกิดมงคล\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในกรุงเทพมหานครเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง กลุ่มทดลองจำนวน 25 คนได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 26 คนได้รับการพยาบาลตามระบบปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯโดยผู้วิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการรายกรณีที่ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสามารถเพิ่มความสามารถการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงได้ การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรม

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต/ ความสามารถในการทำหน้าที่/ ผู้สูงอายุ/โรคหลอดเลือดสมอง/การจัดการรายกรณี

---

\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.th

\*\*\*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



## Effects of a Case Management Program on Quality of Life and Functional Status of Dependent Older Adults Post Stroke in Bangkok

Wachiraporn Ruangdej\*

Kwanjai Amnatsatsue\*\*

Patcharaporn Kerdmongkol\*\*\*

### ABSTRACT

This quasi-experimental study was conducted to examine the effects of a case management program on the functional status and quality of life of older adults with stroke living at home in Bangkok. Study subjects were purposively recruited from those, who registered at two public health centres. An experimental group (n=25) received a 12-week case management program whereas a comparison group (n=26) received usual care. Data were collected by the researcher using a questionnaire before and after the experiment.

According to t-test, the experimental group had higher mean scores of functional status and quality of life than before the experiment with statistical significance ( $p < 0.05$ ). The findings support that the case management program, which applied Orem's Theory, can improve the quality of life of dependent older adults with stroke. A further study should be conducted to examine long-term effects of this case management program on functional status and quality of life with a clinical outcome follow-up.

**Key words: Quality of life/ Functional status/ Older adults/ Stroke/ Case management**

---

Article info: Received January 26, 2020; Revised March 2, 2020; Accepted April 30, 2020.

\*Master student, Faculty of Public Health, Mahidol University

\*\*Corresponding author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

\*\*\*Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้<sup>1</sup> จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2547<sup>2</sup> พบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดภาระโรค 46.6 ล้านปี DALYs และในช่วงปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2556 ก่อให้เกิดภาระโรคในประเทศกำลังพัฒนา 113 ล้านปีทั่วโลก<sup>3</sup> ทำให้ประชาชนคนไทยต้องสูญเสียปีแห่งสุขภาวะในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็น 14.9 ล้านปี<sup>4</sup> ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 พบอัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าอัตราป่วยโดยรวมทั้งประเทศถึง 5 เท่า<sup>5</sup> กรุงเทพมหานครมีความชุก ร้อยละ 1.2 พบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี<sup>6</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุหลักอันดับแรกที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุที่มีค่ารวมทั้งสิ้น 4.8 ล้าน DALYs<sup>7</sup>

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาท ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้<sup>8</sup> พบว่าร้อยละ 90 ต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานเสื่อมลง<sup>9</sup> โดยเฉพาะเซลล์สมองและเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง<sup>10</sup> ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง<sup>11</sup> และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี<sup>12</sup> มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต<sup>13</sup> เป้าหมายการพยาบาลผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง คือการเพิ่มความสามารถเพื่อการคงไว้ในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ<sup>14</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภันตรี บัวหลวง<sup>15</sup> ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์<sup>16</sup> ขนิษฐา รักษาเคน และคณะ<sup>17</sup> นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์และคณะ<sup>18,19</sup> ที่พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการประยุกต์หลายแนวคิด ส่วนใหญ่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านและการดูแลระยะยาว เน้นการให้ความรู้ และการฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>20,21</sup> การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครผู้ดูแล นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการจัดการรายกรณีซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ<sup>22</sup> และมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา (Clinical pathways) ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้<sup>23</sup> พบว่ามีการนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะซับซ้อน ต้องการการดูแลที่เฉพาะ เช่นผู้ป่วยโรคมะเร็ง สมองเสื่อม เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ โดยปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพในการกำหนดผลลัพธ์ อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่มีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณี (Case Management) สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ

พึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ของพื้นที่เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 60 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยนานกว่า 6 เดือน<sup>20</sup> ซึ่งได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้านด้วยระบบส่งต่อ เพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านโดยศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 18 แต่ยังคงขาดเครื่องมือ แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathways) และการประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่รับผิดชอบงานในพื้นที่ จึงเห็นความสำคัญของการประยุกต์แนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเพื่อวางแผนกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการจัดการผลลัพธ์ร่วมกันกับสหวิชาชีพ<sup>23</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เภสัชกร อาสาสมัครสาธารณสุขและ

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) และความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร

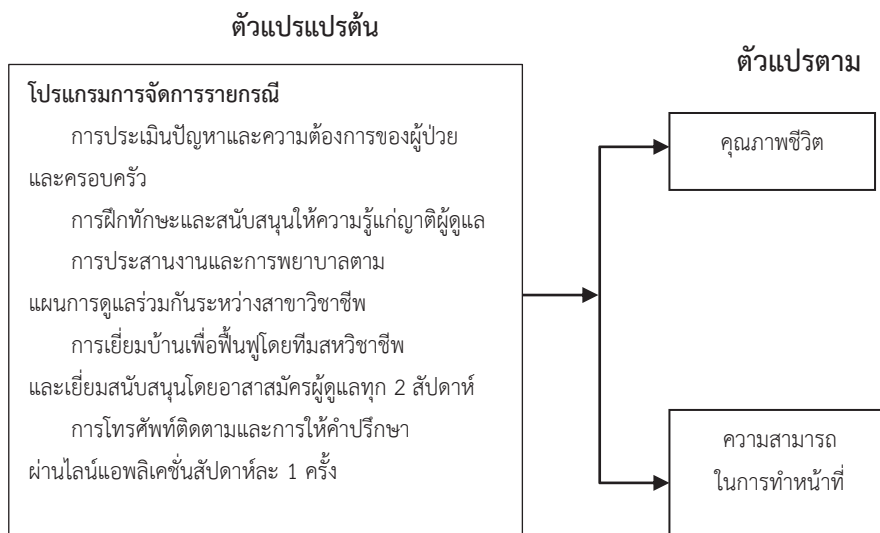
### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of life) สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวความคิดในการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนคือความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต



### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขึ้นทะเบียนในโครงการการติดตามให้การพยาบาลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างหมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขึ้นทะเบียนในโครงการการติดตามให้การพยาบาลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร ระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ (1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิด

ตีบหรือแตกตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนน ADL เท่ากับ 0 – 11คะแนน) มีผู้ดูแลที่บ้านที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ (LINE@) ได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ด้วยการคำนวณ Power Analysis จากค่า effect size จากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้<sup>24</sup> ได้ขนาดอิทธิพลมากกว่า 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ผู้วิจัยจับฉลากได้ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 ในเขตบางคอแหลมเป็นกลุ่มทดลองและศูนย์บริการสาธารณสุข 12 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) จากทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามให้การพยาบาลที่บ้านจากศูนย์บริการ

สาธารณสุขทั้ง 2 แห่งแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

(1) โปรแกรมการจัดการรายการณ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โลงัน แอปพลิเคชัน (2) คู่มือการจัดการรายการณ (3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในอดีต รายได้ โรคประจำตัวและระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง สถานพยาบาล และญาติผู้ดูแล 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Functional Independence Measure: FIM) สร้างขึ้นโดย Granger และ คณะ<sup>25</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย ฉวีญา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์<sup>26</sup> ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ rating scale มีระดับคะแนน 1-4 โดยคะแนน 1 หมายถึงผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และคะแนน 4 หมายถึงผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งมีคะแนนรวมตั้งแต่ 18-35 คะแนนรวมยิ่งมากแสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้น ตัวอย่างข้อคำถามเช่นท่านสามารถช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้หรือไม่

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่สร้าง

โดย Ferran และ Powers<sup>27</sup> และแปลเป็นภาษาไทยโดย สาลี เฉลิมวรรณพงศ<sup>28</sup> ประกอบด้วยคำถามจำนวน 36 ข้อ 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 16 ข้อ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 7 ข้อ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ 8 ข้อ และด้านครอบครัว 5 ข้อ แบบประเมินเป็นแบบลิเกิต มี 6 ตัวเลือก (1) หมายถึงไม่พึงพอใจอย่างมาก และ (6) หมายถึงพึงพอใจอย่างมาก คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 36 ถึง 216 คะแนนรวมยิ่งมากหมายถึงคุณภาพชีวิตยิ่งดีขึ้น

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FIM) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของ Ferrans and Power<sup>27</sup> เท่ากับ 0.8 และ 0.9 ตามลำดับ หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้วสีบุญเรือง จำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาชของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FIM) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิต

จากโรคหลอดเลือดสมองของ Ferrans and Power<sup>27</sup> มีค่าเท่ากับ 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ายอมรับได้<sup>29</sup>

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2018-072 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์จากกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ U026h/61 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามที่ได้รับอนุมัติอย่างเคร่งครัด

### การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยทำจดหมายถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 12, 18 และประสานกับพยาบาลวิชาชีพงานพยาบาลอนามัยชุมชนเพื่อประสานกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยนี้และนัดหมายเพื่อเข้าเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณี ก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมจัดการรายกรณีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยรายละเอียดต่อไปนี้

**สัปดาห์ที่ 1** เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการทำหน้าที่ (FIM) และ

คุณภาพชีวิต สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมมอบคู่มือและแบบบันทึกการจัดการรายกรณีของผู้ป่วย ประเมินและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวโดยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย

**สัปดาห์ที่ 2, 6, 10** ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินผลและปรับแผนดูแลผู้ป่วยและญาติให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

**สัปดาห์ที่ 3 และ 7** เยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ฝึกทักษะให้คำปรึกษา ให้การพยาบาลทั้งหมด/ให้การสนับสนุนและให้ความรู้ตามปัญหาที่พบตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathways)

**สัปดาห์ที่ 4 และ 8** ติดตามทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย เพื่อประเมินผลและสอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลพร้อมทั้งให้คำปรึกษา และสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสร้างความเข้าใจในปัญหาและอุปสรรคและสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathways)

**สัปดาห์ที่ 5 และ 9** เยี่ยมบ้านโดยผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้สูงอายุในการติดตามด้านกิจวัตรประจำวันและการให้กำลังใจญาติผู้ดูแล

**สัปดาห์ที่ 12** เยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อประเมินผลการให้การ

พยาบาลตามโปรแกรมการจัดการรายกรณีและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากโปรแกรม

**กลุ่มเปรียบเทียบ** ผู้วิจัยและผู้ช่วย วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการทำหน้าที่ (FIM) และคุณภาพชีวิตใน สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งระหว่างนี้กลุ่ม เปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติจาก ศูนย์บริการสาธารณสุขคือการเยี่ยมบ้านโดย พยาบาลเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วย สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อย ละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการ แจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติของโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test และ คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่และ คุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05

#### ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะประชากร คล้ายคลึงกันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 76.87 ปี S.D.=10.94 ปี และกลุ่ม ควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69.48 ปี S.D.=10.0 ปี

พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วน ใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 68.0 และ ร้อยละ 61.5 และมีรายได้พอเพียง ร้อยละ 92.0 และร้อยละ 80.8 ตามลำดับนอกจากนี้พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคร่วมความคล้ายคลึงกัน พบว่ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนรวม ADL เท่ากับ 0 ถึง 4 คะแนน ร้อยละ 72.0 และ ร้อยละ 80.8 ตามลำดับโดยกลุ่มทดลองมี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.78 ปี (S.D.=7.08) และกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลา การเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.01 ปี (S.D.=2.49) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีโรคร่วมที่ พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันใน เลือดสูง และโรคเบาหวานตามลำดับ

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ ทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน เฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพ ชีวิตก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันทาง สถิติ ( $p > 0.05$ )

Table 1 Comparison of mean scores of functional status and quality of life within the experimental group (n = 25) and the comparison group (n = 26) before and after the intervention.

Variable	Before		After		t	p-value
	intervention		intervention			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
<b>Functional status</b>						
Experimental group	41.32	15.01	44.52	16.4	5.17	<.001
Comparison group	41.92	12.62	42.77	12.1	1.29	.207
<b>Quality of life</b>						
Experimental group	18.99	4.92	22.14	4.34	9.43	<.001
Comparison group	20.48	1.87	20.82	2.09	10.14	0.32

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05)

Table2 Comparison mean scores of functional status and quality of life between the experimental group (n = 25) and the comparison group (n = 26) before and after the intervention.

variable	experimental group (n = 25)		comparison group (n = 26)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	<b>Functional Status</b>					
Before intervention	41.32	15.01	41.92	12.62	0.16	0.88
After intervention	44.52	16.44	42.77	12.09	0.43	0.67
<b>Quality of life</b>						
Before intervention	18.99	4.92	20.48	1.87	1.43	0.16
After intervention	22.14	9.43	20.82	2.1	1.38	0.18



### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

คุณภาพชีวิต (QOL) ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of life) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา รักษาเคน และคณะ<sup>17</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 เดือน ประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers<sup>27</sup> ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ด้านการรับรู้สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว

งานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและด้านจิตใจและจิตวิญญาณสูงขึ้น ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่เพิ่มขึ้น ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติอาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

กิจกรรมของโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่เน้นการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล มีการโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจและให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์แอด (LINE@) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งตามปกติ

ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา มูลฐิ<sup>21</sup> ที่ศึกษาพบว่าโปรแกรมฯ สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสอดคล้องกับการศึกษาของ Bernabei และคณะ<sup>30</sup> ที่พบว่าการจัดการรายกรณีสามารถเพิ่มการทำหน้าที่ทางกายในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้เป็นผลมาจาก การสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะการฝึกทักษะรายบุคคลผ่านการสอน โดยการใช้ภาพพลิก วีดีทัศน์ การสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การติดตามดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและอาสาสมัครสาธารณสุข การฟื้นฟูที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละบุคคลผ่านแผนการดูแลที่พัฒนาโดยทีมสหวิชาชีพ การบันทึกในคู่มือการดูแลการโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาและ

การใช้แอปพลิเคชันไลน์แอด (LINE@) รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน

อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของความสามารถในการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ กระบวนการเสื่อมของร่างกาย โรคประจำตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และภาวะโภชนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมาก และมีภาวะพึ่งพิงนานกว่า 6 เดือน ร่วมกับการมีโรคเรื้อรังหลายโรคส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่ นอกจากนี้ในการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมการได้รับบริการอื่นๆ ของกลุ่มเปรียบเทียบได้ อาจทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

**จุดแข็งของงานวิจัยนี้** คือแผนการจัดการรายกรณีสร้างจากแนวคิดทฤษฎีและความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างเป็นองค์รวมและมีความเฉพาะเจาะจง เนื่องจากการประเมินความพร้อมและความสามารถของญาติผู้ดูแลก่อนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี

**การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด** ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมี

ปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ เช่น กระบวนการเสื่อม หรือ ความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลเนื่องจากการสัมภาษณ์อย่างเดียว ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตการปฏิบัติจริงในกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้การอ้างอิงผลการศึกษามีข้อจำกัด

**สรุป** โปรแกรมการจัดการรายกรณี 12 สัปดาห์ สามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้ ซึ่งกิจกรรมหลักประกอบด้วย (1) การให้ความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง (2) การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพเพื่อกำกับติดตามผลลัพท์การดูแลตามแผนเดือนละ 1 ครั้ง (3) การเยี่ยมบ้านสนับสนุนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมทุก 2 สัปดาห์ (4) การโทรศัพท์ติดตามและการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอดเคชั่นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ (5) การประชุมทีมเดือนละ 1 ครั้ง

### **ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

ผู้บริหารศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีฯ ไปขยายผลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในชุมชน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไตวายเรื้อรัง โดยการสนับสนุนการพัฒนาทีมสหสาขา การออกแบบแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาการนำ

เทคโนโลยีมาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เหมาะสมในช่วงเวลาที่กำหนด

สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาโท หรือหลักสูตรอบรมระยะสั้น 4 เดือน เช่นหลักสูตรด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรผู้จัดการรายกรณี หรือระบบพยาบาลนิเทศ (Supervisor Nurse) เพื่อพัฒนาสมรรถนะทักษะการสื่อสาร ทักษะการประสานงาน การประเมินผลลัพธ์ของพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาหลักสูตรอบรมหรือคู่มือ เพื่อเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรม หรือนวัตกรรมเทคโนโลยี เพื่อช่วยให้สามารถติดตาม กำกับ ให้การดูแลสำหรับผู้ช่วยเหลือ

ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (Care Giver) ได้อย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากข้อจำกัดทางพยาธิสรีระของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยมานานกว่า 6 เดือนมีภาวะพึ่งพิง และมีโรคร่วม การฟื้นฟูสภาพที่จัดให้ในโปรแกรมในช่วง 3 เดือนอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการรายกรณีในระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วง 6 เดือนแรก

การเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นควรเพิ่มการประเมินหรือการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก หรือ biomarker ที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ควรนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีโรคร่วมอื่นๆ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ด้านอื่นที่เหมาะสมต่อไป

## References

1. World Health Organization. Stroke Cerebrovascular accident health topic. (Internet). 2015. (cited 2016 February 22). Available from [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/).
2. World Health Organization. Global burden disease. (Internet). 2004 (cited 2017 December 06). Available from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_part4.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf?ua=1).
3. Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett DA, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*.2015;45(3):161-76.
4. RussoT, Felzani G, Marini C. Stroke in the very old: a systematic review of studies on incidence, outcome, and resource use. *Journal of aging research*. 2011;108785.
5. Ministry of Public Health. Stroke morbidity rate. 2017; [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152).
6. Akpalakorn W. The 5<sup>th</sup> Thai people health survey report by physical exam. 2013. Nonthaburi Province: Health System Research Institute 2015. (in Thai)
7. International Health Policy Program. Burden of Disease and injuries among Thai people 2014. (Internet) 2014 (cited 2017 December 5). Available from [http://bodthai.net/download/Burden of disease report](http://bodthai.net/download/Burden_of_disease_report).
8. Theeranutr A, Sansom D, Meyakanchanasak N, Rouysoongnern W. Development of comprehensive care model for older adults with chronic care : A case study in Regional hospitals. *Journal of Nursing and Health Care*. 2012;27(2): 65-78. (in Thai)
9. Odklun P. Aging Theory. (Internet) 2008 (cited 2017 December 5). Available from <http://110.164.51.229/newbcnu/attachments/WorksTeacher/Panu/20panu.pdf>.
10. Pankong O. Gerontological Nursing. Nonthaburi: Yuthrin Printing Limited; 2009. (in Thai)

11. Forti P, Maioli F, Procaccianti G, Nativio V, Lega MV, Coveri M, et al. Independent predictors of ischemic stroke in the elderly: prospective data from a stroke unit. *Neurology*. 2013; 80(1)
12. Kooha O, Thammawat N. A study of health care system for the vulnerable older adults in community. Institute of Geriatric Medicine. Department of Medical Service, Ministry of Public Health, 2009. (in Thai)
13. Sasat S. Geriatric nursing : Common health problem and care plan. Bangkok Metropolitan: Active print Limited; 2011. (in Thai)
14. Pethpansri S. Science and Art in Gerontological nursing. In Thongchareon W. (editor). *Rehabilitation in Older Adults*. Bangkok: NP Press; 2015. P 111. (in Thai)
15. Bualung A. Factors related Quality of Life among older adults with stroke. (M.Sc. Thesis in Public Health Nursing). Bangkok. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2009. (in Thai)
16. Maharattanawong S. Quality of Life among patients with Stroke, Aumphur Lungsuwan, Chumporn Province. (MPH Thematic paper). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2012. (in Thai)
17. Ruksaken K, Sitthipakorn S, Wongwiriyaoytha A. Quality of Life among stroke survivors after 6 month Mahasarakam Hospital. *Journal of Mahasarakham University*. 2013; 165-71(in Thai)
18. Chooyingsakulsub N, Chanchai A, Kadudom P, Kawdang K. Quality of Life among stroke patients at Stroke unit, Rayong Hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. Chantaburi. 2016;54-64.
19. Chuajedton R, Thamdee D. Factors associated with Quality of Life among stroke survivors. *Journal of Associated Medical Sciences*. 2560;50(3):597-604.
20. Chuyingsakultip N., Chanchai A., Kaewdang K., Gadudom P., & Kaewdang K. Quality of Life of Acute Ischemic Stroke Patients in the Stroke Unit, Rayong Hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2016; 27(2): 54-64. (in Thai)
21. Moolthee W. Effects of Stroke care program for patients with transition from hospital to home on self care

- agency, complication, and satisfaction. (M.N. Thesis in Adult Nursing). Bangkok. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2015. (in Thai)
22. Imsuk K. Effects of a multidisciplinary stroke care management, Chophya-Abhaibhubejhr Hospital. Journal of Nursing Association (North-East session). 2011.
23. Ketsumpan Y. Case Management. (Internet) 2016. (cited 2017 October 28); Available from <http://www.tmchnetwork.com/node/152>.
24. Khumponsiri T. Quality of Life among stroke survivors Journal of Nursing Council. 2005; 20(1): 65-74
25. Granger CV, Hamilton BB, Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD. Performance profiles of the functional independence measure. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 1993; 72 (2):84-9.
26. Jitprapai C. and Wongpat P. Integrated Stroke rehabilitation Bangkok: Ruankwa Printing, 2009
27. Ferrans CE, Powers. Development of a conceptual model of quality of life. Scholarly inquiry for nursing practice. 1996;10(3):293-304.
28. Chalearmwannapong S. Effects of transitional care program on functional status and quality of life among stroke survivors. (PhD. Thesis in Nursing). Faculty of Graduate Studies, Chiangmai University, 2010. (in Thai)
29. Burns, N & Grove, S. Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. 4<sup>th</sup> ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA; 2001
30. Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. Z., & Carbonin, P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. British Medical Journal. 1998;316(7141):1348-51.
31. Raksaken K., Sittipakorn S., & Wongpiriyayothar A. Quality of Life of Stroke Survivors after the First Six Month, Mahasarakham Hospital. MSU Journals. 2014;165-71.

# บทความวิชาการ

## การจัดการรถอาหารเคลื่อนที่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา

วรรณรา ชื่นวัฒนา\*

### บทคัดย่อ

ธุรกิจรถอาหารเคลื่อนที่ (Mobile Food) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มี 3 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 เคลื่อนที่ไปเรื่อยๆ ประเภทที่ 2 จอดอยู่ที่แห่งเดียว ประเภทที่ 3 ไปตามสถานที่จัดงานต่างๆ ซึ่งจะมีผู้จัดงานติดต่อให้รถอาหารเคลื่อนที่นำอาหารมาขาย/ บริการให้กับแขกผู้มาร่วมงาน โดยก่อนออกบริการหรือหลังบริการจะต้องจอดเตรียมความพร้อมในสถานที่หลักที่เรียกว่า Commissary ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างน้อยปีละสองครั้ง รูปแบบการจัดการรถอาหารเคลื่อนที่ เป็นหน้าที่ของผู้ตรวจสอบอาหาร (Mobile Food Inspector) เมื่อพบรถเป้าหมายจอดอยู่จะเข้าไปแสดงตนขอตรวจสอบ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “Mobile Food Facilities Guide” ซึ่งระบุตัวชี้วัดของเขตอนามัยสิ่งแวดล้อม เมืองลอสแอนเจลิส (County of Los Angeles Environmental Health) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจสอบตามตัวชี้วัดแล้ว ผู้ตรวจสอบอาหารจะเขียนรายงานต่อหน่วยงานต้นสังกัดคือ Department of Public Health: Environmental Health ผู้ตรวจสอบจะให้ป้ายเกรดตามคะแนนที่ได้รับ A (100-90) B 89-80) และ C (79-70) และมอบสติ๊กเกอร์ ให้แก่ผู้ประกอบการติดรถไว้ โดยสติ๊กเกอร์สีแดง หมายถึงผ่านการตรวจสอบความสะอาดของอาหาร และสติ๊กเกอร์สีเขียว หมายถึงผ่านการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์

ผู้ตรวจสอบอาหาร (Food Inspector) จะต้องใช้เครื่องมือในการประเมิน โดยเครื่องมือดังกล่าวมีตัวบ่งชี้ 3 กลุ่มคือ กลุ่มการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (Critical risk factors) เป็นตัวบ่งชี้ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งจะก่อให้เกิดการด้อยคุณภาพของอาหารและกระทบสิ่งแวดล้อม มีตัวบ่งชี้ 24 ตัวบ่งชี้ กลุ่มการปฏิบัติที่ดี (Good retail practices) มีตัวบ่งชี้ 24 ตัวบ่งชี้ และกลุ่มการสั่งการ/ บังคับใช้ (Compliance & Enforcement) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ รวม 52 ตัวบ่งชี้

รถอาหารเคลื่อนที่ จะต้องได้รับตรวจสอบตามระยะเวลาที่มีความถี่ที่แตกต่างกันตามลักษณะของอาหารที่ขายโดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทอาหารที่มีความเสี่ยงสูงต้องตรวจปีละ 2 ครั้ง ประเภทอาหารที่มีความเสี่ยงไม่สูงต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้ตรวจสอบปีละครั้ง นอกจากการตรวจสอบอาหารแล้วยังต้องผ่านการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในรถด้วยปีละหนึ่งครั้งเช่นกัน

**คำสำคัญ:** รถอาหารเคลื่อนที่/ ผู้ตรวจสอบอาหาร/ สหรัฐอเมริกา

---

\*ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา E-mail: doctor\_too@yahoo.com.

## Mobile Food Management in California, USA

Wannara Chuenwattana\*

### Abstract

There are 3 types of mobile food businesses in California, USA. Type 1 is moving continuously, Type 2 parks in one place only, and Type 3 goes to various venues. Before leaving for service or after the service, each food truck must park at the main station called the 'Commissary', and there is inspected at least twice a year.

The duty of food inspectors is to assess the condition and sanitation of food trucks on a regular basis. They use the California Retail Food Code and Mobile Food Facility Guideline to evaluate the sanitation and condition of the food truck to generate a Mobile Food Official Inspection report and issue a letter grade according to the inspection score received. Grades are determined by inspection report points. Grade A is 100-90, Grade B is 89-80, and Grade C is 79-70. A red-colored sticker is applied to indicate to the public that a cleanliness check has been completed, and a green-colored sticker means the truck's equipment has been checked and passed.

There are three groups of indicators on the Mobile Food Facility Official Inspection Report used by inspectors. The most important is the critical risk factor group which includes food hygiene items which pose the greatest threat to the public health and must be corrected immediately. There are 24 items in this indicator group. Second, is the good retail practices group which includes preventive measures that can reduce food-borne illness, also with 24 items. Third, is the compliance and enforcement group, consisting of 4 items.

Mobile food facilities have different inspection frequencies according to the characteristics of the food sold. Those facilities with high-risk food must be inspected at least twice a year, while those of the low-risk food type are inspected only once a year. In addition to food inspections, an equipment check of each food truck must be passed once a year.

**Keywords:** Mobile Food /Food Inspection /California

---

Article info: Received September 3, 2019; Revised February 7, 2020; Accepted April 26, 2020

\*Corresponding Author, Assistant Professor Public Health Department, Faculty of Science and Technology Bansomdejchaopraya Rajabhat University



## บทนำ

การดำเนินชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน ต้องพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จรูปจากนอกบ้านเพื่อการบริโภคมากขึ้นตลอดเวลา ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่พึ่งพาอาหารสดจากภายนอกประกอบอาหารในครัวเรือนของตนเองเพื่อการบริโภค จะเห็นได้จากร้านอาหารประเภทแผงลอยและรถอาหารเคลื่อนที่มีจำนวนมากขึ้น ทั้งในเวลาเช้า-เย็น ในพื้นที่ผู้คนสัญจร และในเวลากลางวัน บริเวณหน้าสำนักงานที่มีบุคลากรจำนวนมาก เพื่อตอบสนองความต้องการในการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่เน้นความรวดเร็วและสะดวกสบาย ในประเทศไทยอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานสามารถเลือกได้ใน 2 แหล่งใหญ่ๆ คือในร้านอาหารและซุ้มหรือแผงลอยซึ่งมีทั้งอาหารปรุงเสร็จพร้อมตักเสิร์ฟ และอาหารที่ปรุงตามสั่งและอีกแหล่งที่กำลังเพิ่มขึ้นตามกระแสสังคมคือรถอาหารเคลื่อนที่ ที่พร้อมจะนำไปเสิร์ฟผู้บริโภคในทุกที่ที่คาดว่าจะมีลูกค้า ซึ่งรถอาหารเคลื่อนที่ดังกล่าวมีความหมายรวมถึง รถเข็นสามล้อเคลื่อนที่ รถจักรยานยนต์พ่วงข้าง-พ่วงท้าย รถซาเล้ง รถยนต์สามล้อ รถประเภทอื่นๆ และรถยนต์ขนาดใหญ่ (Food Truck) ข้อกำหนดในเกณฑ์มาตรฐาน “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย Clean Food Good Taste” ที่ใช้อยู่ในประเทศไทยปัจจุบัน<sup>1</sup> มีข้อกำหนดที่มีเป้าหมายหลักอยู่ 3 แหล่งอาหารคือ ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร และข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงอาหาร จะเห็นได้ว่าไม่มีข้อกำหนด

สำหรับรถอาหารเคลื่อนที่ ซึ่งมีลักษณะการให้บริการแตกต่างจาก 3 แหล่งดังกล่าว

ในบทความนี้จะกล่าวถึงรถอาหารเคลื่อนที่ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีระบบการตรวจสอบที่เข้มงวด ตัวชี้วัดชัดเจน มีบทลงโทษหากไม่ปฏิบัติตาม ส่งผลให้อาหารสะอาดปลอดภัยต่อผู้บริโภค ระบบการจัดการรถอาหารเคลื่อนที่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา กำกับควบคุมโดยกรมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (Department of Public Health: Environmental Health) การเรียนรู้ระบบการจัดการขององค์กรดังกล่าวนี้ ผู้เขียนเห็นว่าองค์ความรู้ที่ได้ อาจจะเป็นประโยชน์แก่การออกแบบการจัดการรถอาหารเคลื่อนที่ ในประเทศไทย ทั้งนี้ผู้เขียนได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลจาก Mr. Charles Pombida, R.E.H.S., MPH. (Environmental Health Specialist III) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ตรวจสอบอาหาร เจ้าของรถเคลื่อนที่ เจ้าของสถานหลัก การมีส่วนร่วมในการตรวจรถอาหารเคลื่อนที่ การตรวจสถานีหลักที่เรียกว่า Commissary และการสังเกตผู้ให้บริการและผู้บริโภคด้วย

## ลักษณะธุรกิจรถอาหารเคลื่อนที่

### 1. ความจำเป็นในสังคมของรถอาหารเคลื่อนที่

วัฒนธรรมชาวตะวันตกไม่ห่ออาหารมารับประทานในที่ทำงาน โดยเฉพาะคนเม็กซิกัน ดังนั้นในเวลากลางวัน จึงต้องมีแหล่งขายอาหารให้กับบุคลากรที่ทำงานนอกบ้าน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการต่างๆ นอกจากความสะดวกในการเข้าถึงผู้บริโภคแล้ว อาหารจากรถอาหารเคลื่อนที่ ยังมีราคาถูกกว่าอาหารที่ขายในร้านอาหารด้วย



ภาพประกอบที่ 1 รถอาหารเคลื่อนที่ บริการอาหารกลางวันหน้าโรงงาน

## 2. ประเภทของรถอาหารเคลื่อนที่<sup>2</sup>

รถอาหารเคลื่อนที่ มี 3 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 เคลื่อนที่ไปเรื่อยๆ รถอาหารประเภทนี้มักจะเคลื่อนที่ไปจำหน่ายอาหารตามโรงงานต่างๆ โดยจอดให้บริการอยู่กับที่เป็นเวลาไม่นานนัก

ประเภทที่ 2 จอดอยู่ที่แห่งเดียว เช่น ตามริมถนน หน้าโรงงาน ในปั้มน้ำมัน ฯลฯ

ประเภทที่ 3 ไปตามสถานที่จัดงานต่างๆ ซึ่งจะมีผู้จัดงานติดต่อให้รถอาหารเคลื่อนที่นำอาหารมาขาย/บริการให้กับแขกผู้มาร่วมงาน โดยอาจจะมีการหลายประเภทตามแต่ผู้จัดงานจะเชิญมา

## 3. สถานีหลัก (Commissary) ของรถอาหารเคลื่อนที่<sup>2</sup>

รถอาหารเคลื่อนที่ ก่อนออกขายอาหารจะต้องจอดเตรียมความพร้อมในสถานีหลักที่เรียกว่า Commissary ซึ่งแต่ละสถานีอาจจะมีบริการให้แก่รถอาหารเคลื่อนที่ แตกต่างกันไป เช่น มีที่ทิ้งน้ำเสียเพื่อบำบัด มีโรงครัวให้เตรียมอาหารสด มีที่ชาร์จไฟ มีน้ำแข็งสำหรับแช่อาหารสด มีที่ล้างทำความสะอาด ฯลฯ สถานีหลักซึ่งเป็นที่จอดรถอาหารเคลื่อนที่ จะต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างน้อยปีละสองครั้ง สถานีหลักบางแห่งอาจจะทำธุรกิจให้เช่ารถอาหารเคลื่อนที่ด้วย



ภาพประกอบที่ 2 รถอาหารเคลื่อนที่ จอดเตรียมความพร้อมในสถานีหลักที่เรียกว่า Commissary

ลักษณะการประกอบกิจการรถอาหารเคลื่อนที่ ผู้ประกอบการอาจจะขายเฉพาะกลางวัน หรือเฉพาะกลางคืน หรือเฉพาะวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ ก็ได้ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ประกอบการ โดยกลุ่มที่ขายกลางวันคือกลุ่มที่ประกอบอาชีพนี้เป็นอาชีพหลัก ขณะที่กลุ่มที่ขายเฉพาะกลางคืน หรือเฉพาะวันหยุด อาจจะเป็นกลุ่มคนทำงานนอกเวลา

### รูปแบบการจัดการ<sup>3</sup>

การปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบอาหาร (Food Inspector) เมื่อพบรถเป้าหมายจอดอยู่ จะเข้าไปแสดงตนขอตรวจสอบ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “California Retail Food Code Mobile Food Facilities Guideline” ซึ่งระบุตัวชี้วัดของกรมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (County of Los Angeles Environmental

Health, 2019) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจสอบตามตัวชี้วัดแล้วทำการเขียนรายงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัดคือ Department of Public Health: Environmental Health โดยแบบรายงานดังกล่าวเรียกว่า Mobile Food Facilities Official Inspection Report เสร็จแล้วระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่แสดงตัวขอตรวจสอบจนเสร็จสิ้นการเขียนรายงาน ผู้ตรวจสอบจะใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง

เมื่อตรวจสอบเสร็จผู้ตรวจสอบจะออกป้ายเกรดตามคะแนนที่ได้รับ A (100-90) B (89-80) และ C (79-70) ให้แก่ผู้ประกอบการติดรถไว้ โดยสติ๊กเกอร์สีแดง หมายถึงผ่านการตรวจสอบความสะอาดของอาหาร สติ๊กเกอร์สีเขียว หมายถึงผ่านการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์



ภาพประกอบที่ 3 ป้ายแสดงการผ่านการตรวจสอบความสะอาดของอาหาร และผ่านการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์

### ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์

กรณีที่ผู้บริโภครับผลกระทบจากการบริโภคอาหารของรถอาหารเคลื่อนที่ ที่ผ่านการตรวจสอบแล้วเช่น ท้องเสีย ฯลฯ ผู้บริโภคจะร้องเรียนไปยังหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ตรวจสอบอาหาร หากพิสูจน์ได้ว่าสาเหตุเกิดจากความบกพร่องของการตรวจสอบไม่ได้มาตรฐาน ผู้ตรวจสอบอาหารจะต้องได้รับการลงโทษตามความรุนแรงของความบกพร่อง

### ตัวบ่งชี้เพื่อการประเมินคุณภาพรถอาหารเคลื่อนที่<sup>3</sup>

ผู้ประเมินรถอาหารเคลื่อนที่ จะต้องใช้เครื่องมือในการประเมิน โดยเครื่องมือดังกล่าวมีตัวบ่งชี้ 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (critical risk factors) 2) กลุ่มการปฏิบัติที่ดี (good retail practices) และ 3) กลุ่มการสั่งการ/ บังคับใช้ (compliance & enforcement) โดยทั้ง 3 กลุ่มมีตัวบ่งชี้ทั้งหมด 52 ตัวบ่งชี้

### 1. กลุ่มการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (Critical risk factors)

ตัวบ่งชี้ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งจะก่อให้เกิดการด้อยคุณภาพของอาหารและกระเพาะสิ่งแวดล้อม มีตัวบ่งชี้ 24 ตัวบ่งชี้ แยกเป็นกลุ่มย่อยได้ 6 กลุ่มย่อยดังนี้

1.1 สุขภาพ สุขลักษณะ และความรับรู้ของผู้ให้บริการ

ตัวบ่งชี้ที่ 1 ความรู้ของผู้ให้บริการ โดยการซักถามเพื่อให้ทราบว่าผู้ให้บริการมีความรู้ในหลักการประกอบอาหารที่กำลังบริการหรือไม่ เช่นถามว่าอุณหภูมิของการแช่เนื้อไก่ควรอยู่ที่กี่องศา

ตัวบ่งชี้ที่ 2 คุณวุฒิของผู้ให้บริการ บุคลากรที่จับต้องอาหารหรือภาชนะต้องมีใบประกาศนียบัตรที่แสดงว่าได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการประกอบอาหารโดยต้องเรียนและสอบใหม่ทุก 5 ปี

ตัวบ่งชี้ที่ 3 สุขภาพของผู้ให้บริการ ในกลุ่มผู้ให้บริการมีคนที่เจ็บไข้วร่วมปฏิบัติงานอยู่ด้วยหรือไม่ เช่นเป็นไข้หวัด ท้องเสีย ฯลฯ

ตัวบ่งชี้ที่ 4 สุขลักษณะของผู้ให้บริการ พิจารณาจากตา ปาก จมูก ของผู้ให้บริการว่าเป็นอย่างไร มีขี้ตา น้ำมูก หรือน้ำลายเลอะหรือไม่

ตัวบ่งชี้ที่ 5 กิริยามารยาทของผู้ให้บริการ ขณะปฏิบัติงานผู้ให้บริการรับประทาน

อาหาร หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือสูบบุหรี่ ฯลฯ หรือไม่

### 1.2 การป้องกันการติดเชื้อ

ตัวบ่งชี้ที่ 6 ความสะอาดของมือผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องมีมือที่สะอาดเพียงพอ มีการล้างมืออย่างถูกวิธี การเลือกใช้ถุงมือที่เหมาะสมกับภารกิจ

ตัวบ่งชี้ที่ 7 คุณภาพของที่ล้างมือ โดยที่ล้างมือต้องดูสะอาด มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่นสบู่/ กระดาษเช็ดมือ (ห้ามใช้ผ้าเช็ดมือ)



ภาพประกอบที่ 4 พื้นที่ภายในเพื่อการประกอบอาหาร

1.3 อุณหภูมิและระยะเวลาเก็บวัตถุดิบสำหรับประกอบอาหาร

ตัวบ่งชี้ที่ 8 ความเหมาะสมของอุณหภูมิ วัตถุดิบในการประกอบอาหารต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิที่เหมาะสม ตามสภาพของวัตถุดิบแต่ละชนิด ทั้งความเย็นและความร้อนที่เหมาะสม

ตัวบ่งชี้ที่ 9 การกำหนดเวลาในการนำวัตถุดิบออกมาจากที่เก็บ โดยต้องมีการบันทึกเวลาของการนำวัตถุดิบออกมาจากที่เก็บ เพื่อความเหมาะสมของอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพภายนอกก่อนมีการปรุงอาหาร เช่น ไข่ไก่หีบออกมาวางนอกตู้เย็นได้นานเท่าไร มะเขือเทศเมื่อนำออกมาหั่นแล้วปล่อยไว้ได้นานเท่าไร



ตัวบ่งชี้ที่ 10 วิธีที่เหมาะสมในการทำอาหารให้เย็น มีการกำหนดเวลาสำหรับการทำอาหารที่ผ่านความร้อนแล้วนานเท่าไรจึงจะนำไปเก็บในตู้เย็นได้

ตัวบ่งชี้ที่ 11 อุณหภูมิและเวลาที่เหมาะสมในการเตรียมอาหารเช่นเนื้อไก่สด จะต้องทำให้เกิดความร้อนภายในเนื้อไก่ 165

องศาฟาเรนไฮต์ นาน 15 วินาทีก่อนพร้อมรับประทาน

ตัวบ่งชี้ที่ 12 อุณหภูมิของการทำให้เย็น อาหารปรุงสำเร็จที่นำไปเก็บในตู้เย็นเมื่อจะนำมาอุ่นให้ลูกค้าต้องนำออกมาปล่อยให้ อยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสมก่อนทำให้เย็น



ภาพประกอบที่ 5 ตู้เย็นเก็บอาหารสดภายในรถ

#### 1.4 การป้องกันการติดเชื้อ

ตัวบ่งชี้ที่ 13 การนำอาหารเก่ามาปรุงใหม่ ผู้ให้บริการมีการนำอาหารเก่าที่ลูกค้ารับประทานไม่หมดมาปรุงเพื่อจำหน่ายใหม่หรือไม่

ตัวบ่งชี้ที่ 14 สภาพอาหารที่ดูดีสะอาดปลอดภัย ผู้บริการมีการนำสารเคมีที่เป็นอันตรายมาปรุงแต่งหรือไม่ มีสิ่งแปลกปลอมเช่น เศษผม เศษแก้ว ฯลฯ ในอาหารหรือไม่

ตัวบ่งชี้ที่ 15 ความสะอาดของเครื่องมือที่สัมผัสอาหาร เช่นเชียงหันอาหาร มีด

มีการล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคตามกำหนดหรือไม่

#### 1.5 แหล่งที่มาของอาหารเชื่อถือได้

ตัวบ่งชี้ที่ 16 วัตถุดิบที่มาจากที่ปลอดภัย เช่นเนื้อหมูต้องซื้อจากร้านขายหมูที่ได้รับอนุญาต ไม่ใช่หมูที่ฆ่าเอง

ตัวบ่งชี้ที่ 17 ที่มาของอาหารจำพวกหอย โดยอาหารจำพวกหอย ต้องมีข้อมูลแหล่งผลิต วัน เดือน ปี ที่ผลิตและหมดอายุ

ตัวบ่งชี้ที่ 18 ค่าเตือนสำหรับผู้บริโภคอาหารจำพวกหอย โดยอาหารที่มีส่วนประกอบของหอยทะเล ต้องมีค่าเตือนให้กับ

ผู้บริโภคทำให้ระมัดระวัง หากแพ้อยกก็ไม่ควรบริโภค

1.6 การวิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงอื่นๆ

ตัวบ่งชี้ที่ 19 วัตถุประสงค์ผ่านการรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยวัตถุประสงค์ที่จะนำมาปรุงได้ผ่านกระบวนการถนอมอาหารมาแล้วต้องได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า ต้องผ่านการรับรองของ HACCP

ตัวบ่งชี้ที่ 20 ข้อควรระวังสำหรับผู้บริโภค โดยต้องจัดทำข้อควรระวังสำหรับผู้บริโภคว่ามีส่วนประกอบอะไรที่เป็นความเสี่ยงที่จะบริโภค เช่น มีถั่วลิสงเป็นองค์ประกอบ มีวัสดุที่แตกต่างจากปกติทั่วไปเพื่อการตัดสินใจของผู้บริโภค

ตัวบ่งชี้ที่ 21 ข้อห้ามอาหารสำหรับคนบางกลุ่ม เช่น ห้ามเสิร์ฟนมที่ไม่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรซ์ แก่เด็ก หรือผู้สูงอายุ

ตัวบ่งชี้ที่ 22 น้ำร้อนและน้ำเย็นพร้อมใช้ โดยต้องจัดหามาไว้พร้อมที่จะใช้ได้ทุกเมื่อ

ตัวบ่งชี้ที่ 23 การระบายน้ำเสียโดยน้ำจากท่อระบายน้ำเสียต้องไหลเข้าไปสู่ระบบจัดเก็บอย่างเหมาะสม

ตัวบ่งชี้ที่ 24 สัตว์พาหะนำโรค ต้องไม่มีแมลงวัน แมลงสาบ หนู สัตว์เลี้ยง ฯลฯ ที่อาจจะนำโรคมานำสู่อาหารได้

## 2. กลุ่มการปฏิบัติที่ดี (Good retail practices)

ตัวบ่งชี้ที่เป็นการปฏิบัติที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพอาหารและสิ่งแวดล้อม

มีตัวบ่งชี้ 24 ตัวบ่งชี้ แยกเป็นกลุ่มย่อยได้ 6 กลุ่มย่อยดังนี้

2.1 ผู้จัดการร้าน

ตัวบ่งชี้ที่ 25 ผู้จัดการอยู่ควบคุมรถอาหารเคลื่อนที่ ตลอดเวลา

ตัวบ่งชี้ที่ 26 ผู้จัดการและบุคลากรอื่นต้องดูแลสุขภาพและสวมผ้าคลุมผม

2.2 ข้อกำหนดอาหารปลอดภัย

ตัวบ่งชี้ที่ 27 กระบวนการทำให้อาหารแช่แข็งละลาย โดยมีกระบวนการการนำอาหารแช่แข็งมาใช้ได้อย่างถูกต้องเช่น แช่ในน้ำเย็น การต้ม ฯลฯ

ตัวบ่งชี้ที่ 28 การป้องกันการเปลี่ยนแปลงคุณภาพอาหาร โดยอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วพร้อมจำหน่ายต้องจัดวางไว้ในที่ที่เหมาะสม เช่น ไม่วางไว้ข้างอาหารสด

ตัวบ่งชี้ที่ 29 การล้างผักและผลไม้ก่อนนำผักและผลไม้มาใช้ประกอบอาหารต้องมีการล้างทำความสะอาดก่อนทุกครั้ง

ตัวบ่งชี้ที่ 30 การใช้สารเคมี มีระบบการใช้สารเคมีเพื่อทำความสะอาดอย่างถูกต้อง เช่น การใช้สเปรย์ฉีดทำความสะอาดโต๊ะ ต้องไม่ให้กระจายสัมผัสกับอาหาร

2.3 การเก็บรักษา การนำเสนอ และการบริการอาหาร

ตัวบ่งชี้ที่ 31 การแยกประเภทอาหารในการเก็บรักษา มีระบบการเก็บรักษาอาหารโดยการแยกประเภทชัดเจน โดยเฉพาะอาหารที่มีลักษณะคล้ายกันต้องแยกประเภทให้ชัดเจนเพื่อป้องกันการนำมาใช้ผิดประเภท เช่น

เกลือ ผงชูรส น้ำตาล ฯลฯ จะมีสีขาวยและลักษณะคล้ายกัน ต้องมีระบบการแยกประเภทให้ชัดเจน

ตัวบ่งชี้ที่ 32 การบริการผู้บริโภค อย่างปลอดภัย มีระบบการบริการแก่ผู้บริโภคที่ปลอดภัย เช่นชุดเครื่องปรุงรสอาหาร ต้องมีฝาปิดมิดชิด มีช่องกลางในการตักเครื่องปรุง ฯลฯ

ตัวบ่งชี้ที่ 33 การทำฉลากอาหาร ถูกต้องชัดเจน อาหารทุกชนิดต้องมีฉลากแสดงรายละเอียดอย่างเพียงพอ เช่นแสดงส่วนประกอบ แสดงวิธีการเก็บรักษา

2.4 อุปกรณ์ ภาชนะ และผ้าทำความสะอาด

ตัวบ่งชี้ที่ 34 ความสะอาดของอุปกรณ์ที่ไม่สัมผัสอาหาร เช่นตู้เย็นต้องสะอาด

ตัวบ่งชี้ที่ 35 ความสะอาดของระบบชล้าง ที่ล้างจานต้องสะอาด มีอุปกรณ์ที่จำเป็นครบถ้วน มีขนาดที่เหมาะสมกับอุปกรณ์หรือวัสดุที่จะนำไปล้าง

ตัวบ่งชี้ที่ 36 คุณภาพของอุปกรณ์ ในรถอาหารเคลื่อนที่ อุปกรณ์ทุกชิ้นต้องใช้งานได้จริง และได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตัวบ่งชี้ที่ 37 การใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้อง การนำอุปกรณ์ที่มีอยู่มาใช้งานต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เช่น ตู้แช่เครื่องดื่มไม่นำมาแช่ของสดปะปนกัน ฯลฯ

ตัวบ่งชี้ที่ 38 พื้นที่ปฏิบัติงาน ในรถอาหารเคลื่อนที่ ต้องมีพื้นที่ในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมเพื่อการปฏิบัติงานสะดวก เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีเครื่องดูดควันที่เหมาะสม ฯลฯ

ตัวบ่งชี้ที่ 39 เครื่องวัดอุณหภูมิ ในรถอาหารเคลื่อนที่ มีเครื่องวัดอุณหภูมิเพียงพอต่อการใช้งานทั้งวัดความร้อนและวัดความเย็น และอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง

ตัวบ่งชี้ที่ 40 ผ้าทำความสะอาด ผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ เมื่อใช้แล้วต้องมีที่วางอย่างเหมาะสม มีระบบการจัดการก่อนนำมาใช้อีกครั้ง

2.5 สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

ตัวบ่งชี้ที่ 41 ระบบน้ำ การติดตั้งอุปกรณ์ เต่า และการระบายน้ำ ทุกส่วนต้องมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวบ่งชี้ที่ 42 ขยะและสิ่งปฏิกูล มีระบบกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้อง เช่นถังขยะที่อยู่ด้านนอกต้องมีฝาปิดมิดชิด ไม่เลอะเปรอะเปื้อน

ตัวบ่งชี้ที่ 43 ห้องน้ำที่ผู้ประกอบการใช้ในขณะทำงาน เช่นห้องน้ำที่ปั้มน้ำมัน ห้องน้ำนั้นๆจะต้องได้รับการตรวจจากหน่วยงานสาธารณสุขเป็นประจำโดยมีน้ำอุ่น สบู่นักดาชเช็ดมือและห้องน้ำต้องสะอาด

ตัวบ่งชี้ที่ 44 เครื่องใช้ของบุคลากร มีที่เก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ของบุคลากรที่เหมาะสม เป็นสัดส่วน เช่นที่แขวนเสื้อกันหนาว ที่วางโทรศัพท์ ฯลฯ

ตัวบ่งชี้ที่ 45 พื้น ผืนง เพดาน มีความมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และสะอาด

ตัวบ่งชี้ที่ 46 การหลับและพักผ่อน ในรถอาหารเคลื่อนที่ ห้ามใช้เป็นที่หลับนอนหรือพักผ่อน



## 2.6 เอกสารรับรองคุณภาพ

ตัวบ่งชี้ที่ 47 เอกสารรับรองคุณภาพ ต้องติดไว้ในที่ที่เห็นได้ชัดเจน ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการรายงานคุณภาพได้

ตัวบ่งชี้ที่ 48 เอกสารรับรองจากหน่วยงาน มีใบประกาศรับรองและอนุญาตการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 3. กลุ่มการสั่งการ/ บังคับใช้ (Compliance & Enforcement)<sup>3</sup>

การสั่งการหรือการบังคับให้ปฏิบัติ เป็นกลุ่มที่ให้อำนาจแก่ผู้ประเมิน สั่งให้รถอาหารเคลื่อนที่ได้แก้ไขข้อบกพร่อง หรือขอตรวจสอบเพิ่มเติมในส่วนที่ยังสงสัย ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ ซึ่งอาจจะไม่มีหรือไม่มีก็ได้ โดยมีตัวบ่งชี้ต่างๆ ดังนี้

ตัวบ่งชี้ที่ 49 การทบทวนการดำเนินงาน เมื่อรถอาหารเคลื่อนที่ ประสงค์จะปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานเช่น ขอต่อเติมพื้นที่บางส่วนเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน ต้องเสนอแผนการดำเนินงานให้หน่วยงานตรวจสอบได้ก่อน

ตัวบ่งชี้ที่ 50 การตรวจสอบเพิ่มเติม เมื่อผู้ตรวจสอบอาหารประสงค์จะตรวจสอบเพิ่มเติมในกรณีเป็นที่สงสัย สามารถขอ

ตรวจสอบเพิ่มเติมได้ เช่นขอตัวอย่างอาหารหรืออุปกรณ์บางชนิดไปตรวจสอบในห้องปฏิบัติการ

ตัวบ่งชี้ที่ 51 การระงับการใช้งาน เมื่อผู้ตรวจสอบอาหารพบว่าวัสดุ/ อุปกรณ์บางชนิดไม่เหมาะสมหรือไม่ปลอดภัย ผู้ตรวจสอบจะมีคำสั่งให้ระงับการใช้งานได้ เช่นตู้เย็นทำงานไม่เสถียร ฯลฯ

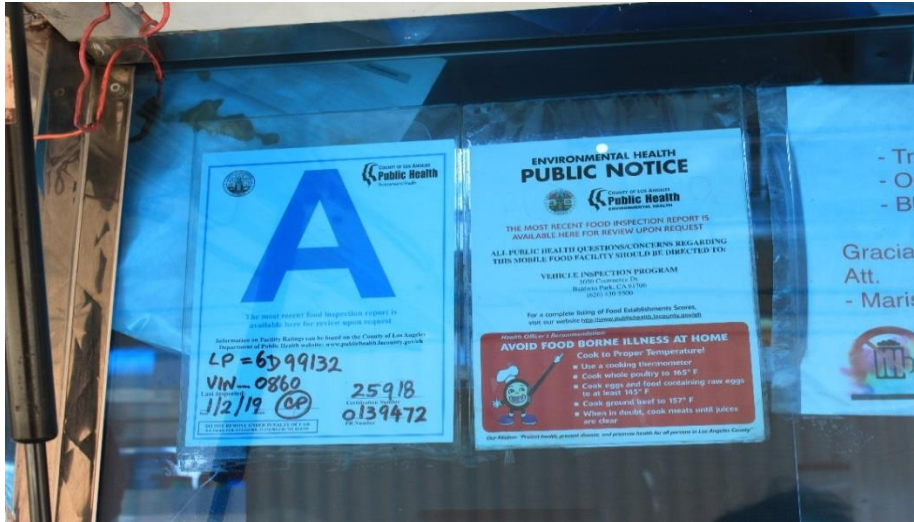
ตัวบ่งชี้ที่ 52 การระงับใบอนุญาต เมื่อผู้ตรวจสอบอาหารพบว่า รถอาหารเคลื่อนที่ ดำเนินกิจการต่อไปจะมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพของผู้บริโภค

### การรับรองและเงื่อนไข<sup>3</sup>

รถอาหารเคลื่อนที่ จะต้องได้รับการตรวจสอบตามระยะเวลาที่มีความถี่ที่แตกต่างกัน ตามลักษณะของอาหารที่ขาย โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 อาหารที่มีความเสี่ยงสูง เช่น รถอาหารเคลื่อนที่ ที่ประกอบอาหารในรถเพื่อขาย ตามสั่ง รถประเภทนี้ต้องตรวจปีละ 2 ครั้ง ซึ่งมีรอบของการตรวจสอบรอบที่หนึ่งระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน รอบที่สองระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม

ประเภทที่ 2 อาหารที่มีความเสี่ยงไม่สูง เช่นรถขายไอศกรีม ฯลฯ รถประเภทนี้ต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้ตรวจสอบปีละครั้ง



ภาพประกอบที่ 6 ป้ายแสดงระดับคุณภาพ และเอกสารรับรอง

จะมีบ้างที่รถอาหารเคลื่อนที่บางคันไม่ได้รับการตรวจเนื่องจากผู้ตรวจสอบไม่ได้ผ่านไปเจอ สำนักงานของรัฐส่วนกลางจะเป็นผู้ชี้เป้าแก่ผู้ตรวจสอบรถอาหารเคลื่อนที่ให้เข้าไปตรวจสอบ โดยอาศัยข้อมูลจากส่วนกลาง ดังนั้นรถทุกคันจึงต้องได้รับการตรวจสอบตามรอบที่กำหนด

นอกจากการตรวจสอบอาหารแล้วรถอาหารเคลื่อนที่ ยังต้องผ่านการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในรถด้วยปีละหนึ่งครั้ง โดยอาจจะตรวจสอบไปพร้อมๆกันเลย

### ทิศทางสำหรับประเทศไทย

ดังที่กล่าวไว้ในเบื้องต้นในกระบวนการดำเนินงานของนโยบาย “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย Clean Food Good Taste” ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตรวจสอบรถอาหารเคลื่อนที่ ในนโยบายดังกล่าว ทั้งนี้อาจจะเห็นถึงความหมายของรถอาหารเคลื่อนที่ มีความหมายเฉพาะรถยนต์ขนาดใหญ่ (Food Truck) เท่านั้น

ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก โดยลิ้มที่เจ็มนักถึงรถเข็นสามล้อเคลื่อนที่ รถจักรยานยนต์พ่วงข้าง-พ่วงท้าย รถซาเล้ง รถยนต์สามล้อ รถประเภทอื่นๆ ที่มีลักษณะของรถอาหารเคลื่อนที่ เช่นเดียวกัน และรถในลักษณะดังกล่าวมีอยู่มาก และมีข้อจำกัดอย่างยิ่งในการประกอบอาหารให้มีคุณภาพ เนื่องจากมีขนาดเล็ก สามารถนำพาวัสดุที่จำเป็นไปได้น้อยมาก เช่นน้ำเพื่อการทำ ความสะอาด ฯลฯ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ตั้งคำถามในเรื่องของความสะอาดได้หลากหลายประเด็น กล่าวคือ การล้างทำความสะอาดจาน ชาม แก้ว ช้อน ฯลฯ ในน้ำที่กาละมังเดียว การทำความสะอาดกระทะหรืออุปกรณ์ปรุงอาหารเมื่อมีการเปลี่ยนประเภทการปรุงอาหาร

สำหรับประเทศไทยมีองค์กรเอกชนรวมตัวกันก่อตั้งกลุ่มรถอาหาร ชื่อกลุ่ม Food Truck Club Thailand<sup>1</sup> องค์กรเครือข่ายธุรกิจฟู้ดทรัค-ประเทศไทย โดยมีระเบียบในการรับสมัครสมาชิกดังนี้คือ

1. จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย
2. ต่อเติมด้านหลังรถเป็นตู้ที่เบรคเท่านั้น เพื่อสุขอนามัยและความปลอดภัย
3. ปรงอาหารอยู่บนรถเท่านั้น
4. มีป้ายชื่อร้านติดอยู่ที่ตัวรถให้เห็นอย่างชัดเจน เพื่อสามารถตรวจสอบได้

ปัจจุบันมีสมาชิกประมาณ 700 ราย เป็นเครือข่ายธุรกิจที่ดำเนินงานเกี่ยวกับฟู้ดทรัค (Food Truck Business Network: FTBN) เป็นกลุ่มผู้ประกอบการที่ทำธุรกิจเกี่ยวข้องกับฟู้ดทรัค ตั้งแต่การผลิตรถฟู้ดทรัคไปจนถึงการขายอาหารให้ลูกค้า แบ่งเป็น 8 หมวด คือ 1) หมวดยานยนต์ (Automotive) 2) หมวดบริการทางธุรกิจ (Business Services) 3) หมวดการศึกษา (Education) 4) หมวดงานอีเวนต์ (Event) 5) หมวดอาหารและเครื่องดื่ม (Food and Beverage) 6) หมวดสถานที่ (Location) 7) หมวดการดำเนินงาน (Operations) และ 8) หมวดเทคโนโลยี (Technology)

นอกจากประเด็นของความสะอาด และความปลอดภัยแล้ว ปัญหาที่เกิดจากรถอาหารเคลื่อนที่ อีกปัญหาใหญ่ คือ เรื่องสิ่งแวดล้อม<sup>5</sup> ทั้งเรื่องการจัดน้ำเสีย การจัดเศษอาหาร การป้องกันฝุ่นควันที่เกิดจากการปรุงอาหาร และการกำจัดขยะมูลฝอย ซึ่งเห็นได้ง่ายๆ เมื่อเราเดินเข้าไปในพื้นที่ที่เป็นตลาดนัดที่เสร็จสิ้นเวลาของการขายไปใหม่ๆ เศษของเสียที่เกิดจากฝีมือของผู้ผลิตจำหน่าย และเกิดจากฝีมือของผู้บริโภคที่ทิ้งเรี่ยราดมีมากมายเหลือเกิน สังคมไทยคงต้องหันมาพิจารณาประเด็นเหล่านี้

**สรุป:** จากข้อมูลเบื้องต้นกระตุ้นให้ประชาชนในประเทศไทยมีความตระหนักรู้ โดยเฉพาะยุค Covid-19 ระบาดทั่วโลก ประเทศไทยได้รับการชื่นชม ในเรื่องความพร้อมด้านสาธารณสุขในการบริหารจัดการป้องกัน ควบคุมโรคระบาด ควรร่วมกันพิจารณาทบทวนส่วนที่ดีที่สังคมมีอยู่ว่าจะสามารถถอดบทเรียนจากแนวทางการดำเนินงานของรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา เพื่อนำมาใช้กับสังคมไทยที่เก่งในเรื่องของการแปลงนโยบาย สู่มาตรการรองรับและนำสู่ ระดับปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในฐานะเป็นประเทศที่ได้รับการจัดอันดับให้เป็นครัวโลกได้ อย่างไรก็ตาม โดยไม่สร้างปัญหาให้กับเจ้าของกิจการ และเป็นประโยชน์แก่ผู้บริโภค รวมถึงการตอบสนองนโยบายรัฐบาลในการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นครัวของโลก (Kitchen of the World) ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาระบบการดูแล ควบคุม และตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยอาหารที่ผลิตทุกขั้นตอนตลอดห่วงโซ่อาหาร (Food Chain) ตั้งแต่วัตถุดิบ (การเพาะปลูก เพาะเลี้ยง) การแปรรูป การผลิต การจัดจำหน่าย จนถึงผู้บริโภค โดยแนวทางการดำเนินงานในด้านอาหารปลอดภัย ดังนี้ 1) ต้องบูรณาการหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยพัฒนามาตรฐานกฎหมายให้เป็นสากล 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งในการกำกับดูแลอาหารปลอดภัยอย่างครบวงจร ตั้งแต่การควบคุมการนำเข้า การผลิต การจำหน่ายและการขนส่ง 3) สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน 4) พัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์อาหารชุมชน (OTOP) ให้เป็น

Smart Product 5) พัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้มีความรู้ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย 6) พัฒนาบุคลากรด้านการตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพอาหาร ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 7) พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการให้มีขีดสมรรถนะในการส่งเสริมสนับสนุนและแก้ไข

ปัญหา และ 8) เชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศระหว่างหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพและใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายของประเทศได้ เป็นการ “สร้างความเข้มแข็งจากภายใน เชื่อมโยงครัวไทยสู่ครัวโลกด้วยกลยุทธ์ เศรษฐกิจไทยสู่เศรษฐกิจโลก”<sup>6</sup>

## References

1. Bureau of Food and Water Sanitation Department of Health, Ministry of Public Health. (2013). Guide for Clean Food Good Taste. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand.
2. California Association of Environmental Health Administrators. (2019). California Retail Food Code. Los Angeles: Department of public Health Environmental Health.
3. County of Los Angeles Environmental Health. (2019). Vehicle Inspection Program: Mobile Food Facilities Guide. Los Angeles: Department of public Health Environmental Health.
4. Food Truck Club (Thailand). (2019). About Us. Retrieved from <https://www.foodtruckclub.net/15276373/%E0%B9%80%E0%B8%81%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%A7%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B2-about-us>
5. Jirawan Chaipreechawit. (2018). The consumption Food truck effect on influence popular Culture UTCC Academic Day. 2<sup>nd</sup> time 8 June 2018 at University of the Thai Chamber of Commerce.
6. Porrapphat Jutrakul. (2561). Push Thailand to “Kitchen of the world”. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/users/Porrapphat%20Jutrakul.htm>

# บทความวิชาการ

## บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

สุทธิพร มุลศาสตร์\*

### บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพแบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และสังคมโลกเป็นอย่างมาก พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ในช่วงที่มีวิกฤติการระบาดของโรค พยาบาลเวชปฏิบัติได้กระทำบทบาทตามระดับของการป้องกันโรค ดังนี้ 1) การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ กระทำบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ให้กำลังใจ ผู้แก้ปัญหอย่างสร้างสรรค์ ผู้โน้มน้าว และผู้สื่อสาร 2) การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ กระทำบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้ที่ยอมเสี่ยง ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้การดูแล ผู้จัดการการดูแล และผู้ประสานงาน และ 3) การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ กระทำบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและผู้ปกป้องสิทธิของผู้รับบริการและประชาชน อย่างไรก็ตาม พยาบาลเวชปฏิบัติควรพัฒนาบทบาทและสมรรถนะให้ดีขึ้นถึงระดับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จึงจะสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจทวีความรุนแรงหรือกลับมาระบาดซ้ำได้ในอนาคต

คำสำคัญ: บทบาท/ พยาบาลเวชปฏิบัติ/ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

---

\*ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

E-mail: sutteeporn@yahoo.com

## Roles of Nurse Practitioners in the Prevention and Control of the Epidemic of Coronavirus Disease 2019 in Community

Sutteeporn Moolsart\*

### Abstract

The epidemic of coronavirus disease 2019 is an emergency that extreme impact on health, lifestyles, and socioeconomic status of worldwide society. Nurse practitioners are an important group of health personnel in the prevention and control of coronavirus disease 2019 in the community. In the crisis, nurse practitioners take their roles according to prevention levels. Primary prevention, nurse practitioners act as educators, energizers, creative problem solvers, influencers, communicators. Secondary prevention, nurse practitioners act as decision-makers, risk-takers, consultants, care providers, care managers, and collaborators. Tertiary prevention, nurse practitioners act as change agents and advocates for clients and populations. However, nurse practitioners should improve their roles and competencies to the advanced nurse practitioners for coronavirus 2019 prevention and control that might be more severe and re-emerging in the future.

**Keywords:** Role/ Nurse practitioner/ Coronavirus Disease 2019

---

Article info: Received January 31, 2020; Revised March 16, 2020; Accepted April 30, 2020.

\* Corresponding Author, Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University  
E-mail: sutteeporn@yahoo.com

## บทนำ

ในปี 2563 นี้เป็นปีที่พยาบาลวิชาชีพได้เผชิญกับปัญหาสุขภาพที่ทำหายนาศาสตร์และศิลปะด้านการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมากจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งทำให้สังคมมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น สมกับเป็นปีที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้เป็น “ปีแห่งการพยาบาลและผดุงครรภ์” เนื่องจากเป็นปีที่ครบรอบ 200 ปีเกิดของฟลอเรนซ์ ไนติงเกิล ซึ่งเกิดเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2363 ผู้บุกเบิกศาสตร์ทางการพยาบาลและยกระดับวิชาชีพพยาบาล บทความนี้จึงได้รวบรวมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน เพราะมีการระบาดของโรคนี้ไปทั่วโลกและทั่วประเทศไทย การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนจึงมีความสำคัญ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการและทำงานร่วมกับบุคลากรอื่น เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดหนึ่ง โรคนี้ถูกค้นพบและเริ่มมีการระบุโรคเป็นครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองเอกของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน บางครั้งเรียกโรคปอดบวมอู่ฮั่น (Wuhan

pneumonia) จากการสืบค้นพบว่าผู้ป่วยรายแรกเป็นชายชาวอู่ฮั่น อายุ 55 ปี ถูกตรวจว่าติดเชื้อตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562<sup>1</sup> โรคนี้มีการระบาดจนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก (Pandemic) ในปี พ.ศ. 2562–2563 จนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern หรือ PHEIC) เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563<sup>2</sup>

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุคือไวรัสที่มีชื่อสายพันธุ์ (Strain) ว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) หรือที่เรียกว่าโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (2019-nCoV) ซึ่งเป็นไวรัสที่มีสายพันธุ์กรรมใกล้ชิดกับไวรัสที่ก่อโรคซาร์ส เชื่อว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่รับมาจากสัตว์ (Zoonotic) ซึ่งชื่อ “corona” เป็นภาษาละติน มีความหมายว่า “crown” หรือ “wreath” เชื้อไวรัสสายพันธุ์นี้มีการรายงานการติดต่อในคน โดย June Almeida และ David Tyrrell นักไวรัสวิทยาชาวสก็อตและชาวอังกฤษ และถูกเรียกถึงเป็นครั้งแรกในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร Nature ตั้งแต่ ค.ศ. 1968 ชื่อของเชื้อไวรัสนี้มาจากลักษณะรูปร่างที่มีมงกุฎอยู่บนปลายหนามแหลมที่ต่อออกมาจากผนัง capsid หรือ envelope ซึ่งเป็นเปลือกหุ้มโปรตีนที่เป็นตัวถ่ายทอดพันธุกรรมของตัวเชื้อไวรัสหรือ genetic material ชนิด positive-sense, single-stranded RNA genome หัวมงกุฎนี้ประกอบด้วย glycoprotein (viral spike

peplomers) ซึ่งใช้ในการจับกับ receptor cell ในร่างกายของคน ส่วนผนัง capsid หรือ envelope ประกอบด้วยไขมัน 2 ชั้น (lipid bilayer) ซึ่งจะเป็นส่วนที่ปกป้องไวรัสเมื่ออยู่นอกร่างกายของคนหรือสิ่งมีชีวิตอื่น (host) เชื้อโรคไวรัสนี้มีขนาดประมาณ 125 นาโนเมตร ( $125 \mu\text{m}$ )<sup>3</sup>

การติดต่อโรคจากคนสู่คนเกิดจากละอองสารคัดหลั่งจากระบบการหายใจของบุคคลที่ติดเชื้อ โดยการไอหรือจามหรือจากการหายใจออกส่งผ่านละอองในอากาศโดยตรงและโดยอ้อมจากการสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อนด้วยละอองของสารคัดหลั่ง การติดเชื้อไวรัสจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อ viral spike protein (Protein S) จับกับตัวรับของ host cell ซึ่งยังมีการศึกษากันอยู่ว่าเซลล์ตัวไหนของ host cell ที่จะเป็นตัวจับกับไวรัส มีการศึกษาพบว่าอาจเป็น Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), furin targets, GRP78 receptors, และ CD147 (Basigin) ตามลำดับ<sup>4</sup> ซึ่งตัวจับ (binding) นี้จะมีส่วนสำคัญในการคิดค้นวัคซีนป้องกันการติดเชื้อต่อไปในอนาคต ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียุทธวิธีหรือวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เมื่อไวรัสจับกับเซลล์ได้แล้วจะถ่ายทอดพันธุกรรมของตัวไวรัสให้กับ host cell หลังจากนั้นพันธุกรรมของไวรัสจะแตกออกจาก host cell เพื่อไปแพร่พันธุกรรมให้กับเซลล์อื่นต่อไป โดยเชื้อโรคมีระยะฟักตัวประมาณ 2 ถึง 14 วัน<sup>1</sup> จึงจะทำให้เกิดอาการโดยอาจเริ่มจากไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยไปจนมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่คือมีไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ และสูญเสียการรับรู้เรื่องกลิ่นและรส อาจนำไปสู่ปอดอักเสบ อาการหายใจลำบาก

เฉียบพลัน (ARDS) ติดเชื้อในกระแสเลือด ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิต นอกจากนี้เชื้อจะทำลายอวัยวะสำคัญคือปอดแล้วยังสามารถทำลายอวัยวะอื่นได้อีก เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดและปอด (thrombosis and pulmonary embolism) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 20-30 มีเอนไซม์ตับสูงขึ้น อาการแสดงทางระบบประสาท ได้แก่ ชัก โรคหลอดเลือดสมอง สมองอักเสบ และกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (ซึ่งรวมอัมพฤกษ์ครึ่งซีกด้วย) เด็กที่มีอาการติดเชื้ออาจเกิดกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก (pediatric multisystem inflammatory syndrome) ซึ่งมีอาการคล้ายกับโรคคาวาซากิ อาจถึงแก่ชีวิตได้<sup>1,2</sup>

ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติอาจเป็นผู้เก็บส่งส่งตรวจส่งไปยังห้องปฏิบัติการ ซึ่งประเทศไทยมีแนวทางเวชปฏิบัติให้เก็บส่งตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อ<sup>5,6</sup> ดังนี้

1. ในกรณีผู้ป่วยไม่มีอาการปอดอักเสบหรือเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ให้เก็บ nasopharyngeal swab หรือ oropharyngeal swab หรือดูดเสมหะใส่ในหลอด UTM (universal transport media) หรือ VTM (viral transport media) (อย่างน้อย 2 มล.) จำนวน 1 ชุด
2. กรณีผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบ ให้เก็บเสมหะใส่ใน sterile container จำนวน 1 ชุด หรือใส่ในหลอด UTM หรือ VTM จำนวน



1 ชุด<sup>5</sup> และในรายที่มีอุจจาระร่วง ให้เก็บอุจจาระ 10-20 มิลลิลิตร หรือประมาณ 5-10 กรัม ใส่ในภาชนะปลอดเชื้อ เมื่อเก็บตัวอย่างแล้วต้องแช่ให้เย็น อุณหภูมิ 4-8 องศาเซลเซียส แล้วส่งห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตรวจได้ทันให้เก็บในตู้แช่แข็ง -70 องศาเซลเซียส

ปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์<sup>6</sup> (2563) ได้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 แบบวิธี Real-time RT-PCR ต่อ N-gene และ ORF-1b gene หากผลเป็นลบอาจพิจารณาตรวจใหม่ในบางกรณี และถ้าผลเป็นบวกจะตรวจยืนยันด้วยวิธีเดิมแต่มียื่นเป้าหมายหรือบริเวณเป้าหมายที่แตกต่างจากเดิม หรือตรวจลำดับนิวคลีโอไทด์ (Nucleotide sequencing) ต่อ ORF-1b หรือ N gene<sup>6</sup>

การรักษา COVID-19 ด้วยสูตรยาที่ใช้ในแนวทางเวชปฏิบัติฯ ของประเทศไทย กำหนดขึ้นจากหลักฐานเท่าที่มีในช่วงระยะแรกของการระบาดที่อาจจะมีประสิทธิภาพ ยังไม่มุ่งงานวิจัยแบบ randomized control trials ที่รับรองยาชนิดใด ดังนั้น แนวทางการรักษาของแพทย์ผู้ทำการรักษาจึงอาจจะปรับเปลี่ยนตามข้อมูลที่มีเพิ่มขึ้นในระยะต่อไป อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้ สูตรยาแบ่งกลุ่มตามอาการได้เป็น 4 กรณี<sup>5</sup> ดังนี้

**1. Confirmed case ไม่มีอาการ (asymptomatic):** แนะนำให้นอนโรงพยาบาลหรือในสถานที่รัฐจัดให้ 2-7 วัน เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้พิจารณาให้ไปพักที่โรงพยาบาลเฉพาะ (designated hospital/

หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19) อย่างน้อย 14 วัน ให้พ้นระยะพักตัวของโรคที่นานประมาณ 2 ถึง 14 วัน โดยให้ดูแลรักษาตามอาการ ไม่ให้ยาต้านไวรัส เนื่องจากส่วนมากหายได้เอง รวมทั้งอาจได้รับผลข้างเคียงจากยา เมื่อครบ 14 วันแล้วให้ปฏิบัติตามคำแนะนำการจำหน่ายผู้ป่วย

**2. Confirmed case with mild symptoms and no risk factors:** (ภาพถ่ายรังสีปอดปกติที่ไม่มีภาวะเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ) แนะนำให้นอนโรงพยาบาล 2-7 วัน ดูแลรักษาตามอาการ พิจารณาให้ยา 2 ชนิด นาน 5 วัน ได้แก่ 1) Chloroquine หรือ hydroxychloroquine ร่วมกับ 2) Darunavir + ritonavir หรือ lopinavir/ ritonavir หรือ azithromycin และเมื่ออาการดีขึ้นและผลถ่ายภาพรังสีปอดยังคงปกติพิจารณาให้ไปพักที่โรงพยาบาลเฉพาะ (designated hospital/หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19) อย่างน้อย 14 วัน นับจากวันเริ่มป่วย โดยปฏิบัติตามคำแนะนำการจำหน่ายผู้ป่วย แต่ถ้าหากภาพถ่ายรังสีปอดแย่ลง (progression of infiltration) ให้พิจารณาเพิ่ม favipiravir เป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิก

**3. Confirmed case with mild symptoms and risk factors:** (ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ แต่มีปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (BMI≥35 กก./ตร.ม.) ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

และ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. แนะนำให้ใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด นาน 5 วัน ได้แก่

- 1) Chloroquine หรือ hydroxychloroquine ร่วมกับ
- 2) Darunavir + ritonavir หรือ lopinavir/ ritonavir อาจพิจารณาให้ยาชนิดที่ 3 ร่วมด้วยคือ azithromycin หากภาพถ่ายรังสีปอดแย่ลง (progression of infiltration) ให้พิจารณาเพิ่ม favipiravir เป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิก

**4. Confirmed case with pneumonia** หรือถ้าเอกซเรย์ปอดปกติ แต่มีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับ pneumonia และ SpO<sub>2</sub> ที่ room air น้อยกว่า 95% แนะนำให้ใช้ยาอย่างน้อย 3 ชนิด

- 1) Favipiravir เป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิก ร่วมกับ
- 2) Chloroquine หรือ hydroxychloroquine เป็นเวลา 5-10 วัน ร่วมกับ
- 3) Darunavir + ritonavir หรือ lopinavir/ritonavir เป็นเวลา 5-10 วัน อาจพิจารณาให้ยาชนิดที่ 4 ร่วมด้วยคือ azithromycin เป็นเวลา 5 วัน และเลือกใช้ respiratory support ด้วย HFNC ก่อนใช้ invasive ventilation รวมทั้งพิจารณาใช้ organ support อื่น ๆ ตามความจำเป็น

#### การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ดังนี้

#### การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)

การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันในระยะที่ส่วน viral spike protein ของเชื้อไวรัสยังไม่ได้จับกับตัวรับของ host cell จึงยังไม่เกิดการติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อในระยะที่มีการระบาดของโรคนี้ ควรยึดหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) คือ การเว้นระยะทางกายภาพกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ควรทำการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้ประชาชนเข้าใจหลักการและร่วมมือกันปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนี้<sup>5,7,8,9</sup>

##### 1. ระดับบุคคล การป้องกันระดับบุคคล ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัว ดังนี้

1.1 การดูแลสุขอนามัยให้แข็งแรง ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ

1.2 สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า (mask) เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือเมื่อออกจากสถานที่ไม่ใช่อุปกรณ์รับประทานอาหารและแก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น

1.3 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังจากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่ใช้ร่วมกันกับผู้อื่นในบ้าน เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได มือจับตู้เย็น เป็นต้น

1.4 ถ้าจำเป็นต้องพบปะผู้คน ควรยืนหรือนั่งห่างกันอย่างน้อย 1.5-2 เมตร (อ้างอิงจากค่าเฉลี่ยที่เชื้อโควิด-19 สามารถแพร่ไปได้ ซึ่ง

ตามคำแนะนำสากลส่วนใหญ่ คือ 6 ฟุต คิดเป็น 1.83 เมตร)

1.5 หลีกเลี่ยงไปนอกบ้าน ให้อยู่แต่ในบริเวณบ้าน (stay home) การเยี่ยมญาติหรือติดต่อสื่อสารกันทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ทาง LINE หรือ video call ต่าง ๆ แทนการไปพบปะกันโดยตรง

1.6 รับประทานอาหารจานเดียว หรือสำหรับอาหารสำหรับคนเดียว แทนการนั่งรวมกันเป็นกลุ่ม เพราะขณะที่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่ม ต้องมีการถอดหน้ากากอนามัยออก ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการรับและแพร่เชื้อ นอกจากนี้ อาจซื้อหรือเตรียมอาหารมารับประทานที่ทำงานหรือที่พักของตนเอง แทนการนั่งรับประทานอาหารในศูนย์อาหาร ซึ่งมีผู้คนหนาแน่น หากเลี่ยงไม่ได้ให้นั่งเว้นระยะห่างจากผู้อื่น เช่น นั่งเก้าอี้เว้นเก้าอี้ หรือจัดวางโต๊ะให้ห่างกันหรือหันหน้าออกไปในทิศทางเดียวกัน หรือใช้ฉากกั้น เป็นต้น และควรใช้ช้อนกลางเมื่อจำเป็นต้องตักอาหารจากจานเดียวกัน งดรับประทานอาหารที่จัดแบบบุฟเฟ่ต์

## 2. ระดับองค์กร การป้องกันระดับ

องค์กร ควรส่งเสริมให้มีมาตรการ ดังนี้

2.1 ปิดสถานที่ทำงาน ให้ทำงานที่บ้านแทน (Work From Home, WFH) เพื่อลดการเดินทางมาทำงานและการพบปะผู้อื่นในที่ทำงาน ซึ่งเพิ่มทั้งโอกาสการรับและแพร่กระจายของเชื้อ

2.2 เปลี่ยนระบบการทำธุรกิจ โดย ใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ หรือออนไลน์เป็นหลัก หรือปรับเวลาการทำงานให้ยืดหยุ่น

2.3 ลดความหนาแน่นในลิฟต์ อาจมีการตีเส้นแบ่งในลิฟต์เพื่อให้ยืนห่างกัน หันหน้าออกจากกัน เลี่ยงการพูดคุยในลิฟต์ หรือนั้นการเดินขึ้นบันได โดยเฉพาะถ้ามีอากาศถ่ายเทได้ดีกว่า

2.4 ในห้องสมุด ควรจัดให้อ่านหนังสือออนไลน์ เดินไปรับแล้วออกไปอ่านเองในที่พัก หรืออ่านแบบอิเล็กทรอนิกส์

3. ระดับชุมชน การป้องกันระดับชุมชน ควรส่งเสริมให้มีมาตรการ ดังนี้

3.1 งดการรวมตัวกันในสถานศึกษา ที่ทำงาน หรือสถานบันเทิงต่าง ๆ อาจมีการยกเลิกกิจกรรมหลาย ๆ อย่าง เช่น งานเทศกาล สงกรานต์ หรือการรวมญาติในงานไหว้บรรพบุรุษ ในคนไทยเชื้อสายจีน (เซ็งเม้ง) งานบุญ เป็นต้น

3.2 การปิดโรงเรียน หรืองดการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า เปลี่ยนมาเรียนออนไลน์แทน

3.3 การยกเลิกหรือเลื่อนงานสัมมนา หรืองานประชุมขนาดใหญ่ เช่น ยกเลิกการสัมมนาวิชาการ เป็นต้น

3.4 ในสถานที่ที่จำเป็นต้องเปิดบริการ เช่น ธนาคาร โรงพยาบาล ร้านอาหาร เป็นต้น ให้ทำสัญลักษณ์ไว้ที่เก้าอี้ โดยเว้นระยะห่างตัวเว้นตัว ให้ทุกคนหันหน้าไปทางเดียวกัน ทำจุดกำหนดตำแหน่งให้ผู้รับบริการเดินและยืนขณะรับบริการให้ห่างจากผู้ให้บริการหรือคนอื่น 1-2 เมตร และทำความสะอาดบริเวณพื้นผิวสัมผัสด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุก 2-3 ชั่วโมง ตรวจสอบวัดอุณหภูมิของผู้มารับบริการ ถ้ามีไข้หรืออุณหภูมิเกิน 37.5 องศาเซลเซียส ให้งดการเข้า

รับบริการ และให้ผู้ที่รับบริการสวมหน้ากากอนามัยและฆ่าเชื้อที่มือด้วยเจลแอลกอฮอล์ 70%

3.5 การจัดที่นั่งในพิธีสวดพระอภิธรรมศพ ควรจัดที่นั่งสำหรับพระภิกษุให้มีระยะห่างกัน 1-2 เมตร และจัดที่นั่งผู้เข้ารับการฟังการสวดพระอภิธรรมห่างกันเช่นเดียวกัน รวมทั้งการเดินต่อคิวในการประกอบพิธีกรรมควรเว้นระยะห่างและเดินไปในทิศทางเดียวกัน และให้ผู้ที่เข้าร่วมพิธีสวมหน้ากากอนามัยและฆ่าเชื้อที่มือด้วยเจลแอลกอฮอล์ 70%

3.6 หลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยพาหนะขนส่งที่มีคนหนาแน่นหรือใกล้ชิดกัน เช่น รถโดยสารประจำทางปรับอากาศ เรือสำราญ หรือเครื่องบิน เป็นต้น แต่ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้คนขับและผู้โดยสารสวมผ้าปิดปากทุกคน และเว้นระยะห่างในการนั่ง

### การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะที่มีการติดเชื้อแล้ว หรือเป็นระยะหลังจากส่วน viral spike protein ของเชื้อไวรัสจับกับตัวรับของ host cell แล้ว การป้องกันในระยะนี้แบ่งออกเป็น การคัดกรองโรคและการรักษาโรคให้หายหรืออาการไม่รุนแรงมากขึ้น ดังนี้

#### 1. การคัดกรองโรค

##### 1.1 ให้หน่วยงานในพื้นที่จัดทำ

แผนปฏิบัติการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอและหมู่บ้าน<sup>10</sup> ดังนี้

##### 1.1.1 จัดตั้งทีมอาสา COVID-19

ระดับอำเภอและหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการค้นหา และฝ้าระวัง

##### 1.1.2 จัดทำฐานข้อมูลของ

บุคคลที่เดินทางกลับจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มาถึงภูมิลำเนาตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป

##### 1.1.3 ให้ความรู้และสร้าง

ความเข้าใจให้แก่ผู้เดินทางกลับมาจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อแยกตัวกักกันตนเอง (self-quarantine) สังเกตอาการไข้และอาการทางเดินหายใจทุกวันจนครบ 14 วัน นับจากวันที่เดินทางมาถึงภูมิลำเนา โดยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ดังต่อไปนี้

1) ไม่รับประทานอาหารและใช้ภาชนะร่วมกับผู้อื่น

2) ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดตัว หมอน ผ้าห่ม แก้วน้ำ ซ้อนส้อม

3) ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ นาน 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์ 70% ลูบจนมือแห้ง

4) หลีกเลี่ยงการพูดคุย ใกล้ชิดกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

5) หากมีอาการไข้และอาการทางเดินหายใจ ให้สวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า และรีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่โดยทันที

##### 1.2 กรณีเจ้าของบ้านหรือผู้ควบคุม

ดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลที่บ้าน พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นในบ้าน ให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อสังกัดกรมควบคุมโรค หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ภายใน 3 ชั่วโมงนับแต่พบผู้ที่เป็นหรือ

ผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019<sup>11</sup>

## 2. การรักษาโรค

เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะถูกส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อไม่มีอาการหรืออาการดีขึ้นแล้ว แพทย์จะให้การรักษาและควบคุมโรคโดยให้พักในโรงพยาบาลเฉพาะหรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 (designated hospital) จนครบ 14 วันแล้วให้กลับบ้าน ผู้ป่วยควรพักที่บ้านจนครบ 30 วัน โดยนับจากวันเริ่มป่วย ระหว่างนี้ให้ปฏิบัติตามตามคำแนะนำเมื่อกลับบ้าน (home Isolation)<sup>5</sup> ดังนี้

1) หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ควรสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาหากยังมีอาการไอจาม

2) หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร

3) ในกรณีที่เป็นการพาหนะให้บุตร ยังสามารถให้บุตรได้ เนื่องจากไม่พบเชื้อในน้ำนม มารดาควรสวมหน้ากากอนามัยและล้างมืออย่างเคร่งครัดทุกครั้งก่อนสัมผัสทารกหรือให้นมบุตร

4) แยกสิ่งของส่วนตัว ไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ชาม ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

5) ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น ควรแยกรับประทานอาหารคนเดียว

6) แยกซักเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง หรือผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอก

7) แยกถุงขยะของตนต่างหาก ผูกปากถุงให้สนิทก่อนทิ้งรวมกับขยะทั่วไปหลังจากนั้นต้องล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง

8) ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้ายให้ปิดฝาชักโครกก่อนกดน้ำทำความสะอาด

9) ระหว่างการแยกตัว ควรทำความสะอาดพื้นที่ที่พักและวัสดุอุปกรณ์ที่มีการสัมผัสบ่อยๆ ได้แก่ เครื่องเรือน เครื่องใช้ (เช่น เตียง โต๊ะ เก้าอี้ โทรศัพท์บ้าน) ด้วยน้ำและผงซักฟอกอย่างเหมาะสมกับวัสดุอุปกรณ์นั้น ๆ

10) นอนพักผ่อนมาก ๆ ในห้องที่อากาศไม่เย็นเกินไปและมีอากาศถ่ายเทสะดวก

11) วัตถุประสงค์มีร่างกายทุกวัน ลงบันทึก หากมีอาการป่วยเกิดขึ้นใหม่หรืออาการเดิมมากขึ้น เช่น ไข้สูง ไอมาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หอบ หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร ให้รีบโทรศัพท์ติดต่อสถานพยาบาล หากต้องเดินทางมาสถานพยาบาล ไม่ใช้รถหรือเรือสาธารณะ แนะนำให้ใช้รถยนต์ส่วนตัวและให้เปิดหน้าต่างรถยนต์ไว้เสมอหรือขอรถพยาบาลมารับ

ส่วนผู้ป่วยอาศัยร่วมกับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกตหรือผู้ป่วย ควรปฏิบัติตัวและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกต้อง<sup>12</sup>

1) ผู้อาศัยร่วมบ้าน ทุกคนล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ 20 วินาทีขึ้นไป หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง

2) หลีกเลี่ยงการใกล้ชิด และควรนอนแยกกับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกต

3) เมื่อต้องอยู่กับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกตอาการให้สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย และอยู่ห่างกัน ไม่น้อยกว่า 1 เมตร หรือหนึ่งช่วงแขน

4) ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกต

5) หากต้องรับประทานอาหารร่วมกัน ให้แยกชุดอาหาร และนั่งห่างกัน ไม่น้อยกว่า 1 เมตร

6) ทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู หรืออื่น ๆ ด้วยผงซักฟอกและน้ำธรรมดา

7) ทำความสะอาดบริเวณที่พัก ด้วยน้ำยาฟอกขาว 5% (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำสะอาด 99 ส่วน) หรืออาจเช็ดพื้นผิวสัมผัสด้วยแอลกอฮอล์ 70% พร้อมสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น ถุงมือ หน้ากาก แวนตาขนาดใหญ่

8) สังเกตอาการเจ็บป่วยของตนเอง 14 วัน หลังสัมผัสใกล้ชิดผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกตครั้งสุดท้าย

### การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)

การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยหลังจากครบ 30 วันนับจากเริ่มป่วย ผู้ป่วยและคนในครอบครัวสามารถกลับเข้าทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ โดยต้องรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่นเดียวกับคนทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

### บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

บทบาทหน้าที่เป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบตามสถานภาพของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีสถานภาพ หรือตำแหน่งใดย่อมต้องรับผิดชอบตามสถานภาพหรือตำแหน่งของตนให้เป็นไปตามที่องค์กรหรือสังคมคาดหวัง ไม่ว่าจะตำแหน่งนั้นจะได้อมาโดยการกระทำหรือการแต่งตั้ง ในภาวะปกติ พยาบาลเวชปฏิบัติจะปฏิบัติบทบาทหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตามโครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค ซึ่งจำแนกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปฏิบัติการ ระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ ระดับเชี่ยวชาญ และระดับทรงคุณวุฒิ ซึ่งอยู่ภายใต้การปฏิบัติงานเป็นหน้าที่ตามงานที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี<sup>13</sup> โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลเวชปฏิบัติทุกคนต้องยึดถือ เบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่งและผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2551<sup>14</sup> ได้แก่

- 1) การตรวจประเมินสภาพ วินิจฉัยแยกโรคของ

ผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มใด (กลุ่มอาการฉุกเฉินที่ต้องรับช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อทันที กลุ่มอาการที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม และกลุ่มอาการที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคและให้การรักษาเบื้องต้น) แล้วให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม 2) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินและส่งต่อ 3) การรักษาโรคและอาการที่พบบ่อยและทำหัตถการที่กำหนด 4) การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการหรือรักษาโรคตามแนวทางที่กำหนดไว้ ให้ภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน และให้บริการวางแผนครอบครัว 5) การติดตามผลการให้การช่วยเหลือและการรักษา และ 6) การรับดูแลผู้ป่วยต่อ เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ในภาวะฉุกเฉินที่ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีจำนวนมากกว่า 10,000 คน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการทั่วประเทศ ซึ่งมักจะเป็นระดับปฏิบัติการในหน่วยงานระดับปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน จึงเป็นกำลังสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชน ตามหลักการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าวแล้วข้างต้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) พยาบาลเวชปฏิบัติที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทำการสังเคราะห์บทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน พบว่าได้กระทำบทบาทตามระดับของการป้องกันโรค ดังนี้

## การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)

1. **ผู้ให้ความรู้ (Educators)** เป็นครู ผู้ฝึกสอน (Coach) พี่เลี้ยง (Mentor) โดยการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองและครอบครัวจากการติดเชื้อ เมื่อผู้รับบริการมารับบริการที่สถานบริการและในชุมชน และการให้ความรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก เป็นต้น ฝึกสอนการใส่และถอดหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การล้างมือ 7 ขั้นตอน การใช้เจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ อบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวที่รับผิดชอบ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ความรู้และนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เว้นระยะห่างทางสังคม เช่น การนั่งรับประทานอาหาร การนั่งดูโทรทัศน์ร่วมกัน เป็นต้น

2. **ผู้ให้กำลังใจ (Energizers)** โดยให้กำลังใจประชาชนในชุมชนและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการอยู่บ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ภายใต้นโยบายอยู่บ้าน (stay at home) หรือ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อเพื่อชาติ” โดยบางพื้นที่จัดทำสติ๊กเกอร์หรือโปสเตอร์ติดประกาศ

3. **ผู้แก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Creative problem solvers)** พยาบาลเวชปฏิบัติช่วยแก้ปัญหาจากอุปสรรคของไข้ไม่เพียงพอ โดยการทำอุปกรณ์บางชนิดขึ้นมาใช้เอง เช่น การให้กลุ่มแม่บ้านหรือ อสม. ช่วยกันนำผ้า



มาเย็บเป็นหน้ากากอนามัย การใช้แผ่นพลาสติก มาทำเป็น face shield เป็นต้น

#### 4. ผู้มีอำนาจ (Influencers) จูงใจ

ทีมสุขภาพโดยเฉพาะ อสม. ให้เห็นถึงความสำคัญของตนเองในการช่วยทำงานเพื่อชาติ ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะอสม. บางคนจะรู้สึกท้อแท้ต่อปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น

#### 5. ผู้สื่อสาร (Communicators) กับ

ทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยงและประชาชนในชุมชน

### การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

#### 1. ผู้ตัดสินใจ (Decision makers) โดย

ร่วมเป็นทีมของหน่วยงาน CDC (Communicable Disease Control) ในการกำหนดนโยบายและมาตรการการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การจัดศูนย์กักกันกลุ่มเสี่ยง (state/ local quarantine) การทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ การจัดหาและฝึกซ้อมการใช้ชุด PPE (Personal Protective Equipment)

#### 2. ผู้ที่ยอมเสี่ยง (Risk takers)

พยาบาลเวชปฏิบัติจะเป็นผู้ที่ยอมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยทำงานร่วมกับตำรวจและองค์กรปกครองท้องถิ่นที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อคัดกรองผู้ผ่านเข้าออกจากชุมชน ด้วยการวัดอุณหภูมิและการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเดินทางในเบื้องต้น

ก่อนส่งต่อให้แพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณี ที่สงสัยติดเชื้อ รวมทั้งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะให้ การพยาบาลผู้ป่วยด้วย

#### 3. ผู้ให้คำปรึกษา (Consultants) การ

ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด หรือต่างประเทศให้กักกันตัวเอง โดยให้ตัดสินใจว่าจะอยู่ที่บ้านหรือสถานที่ที่ชุมชนหรือหน่วย บริการจัดให้ รวมทั้งให้คำปรึกษาบุคคลที่กังวลว่า ตนเองจะมีอาการติดเชื้อไวรัส โดยให้ทำแบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### 4. ผู้ให้การดูแล (Care providers)

พยาบาลเวชปฏิบัติจะทำการตรวจรักษาโรค เบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบ ทางเดินหายใจเฉียบพลัน (Acute Respiratory Infection, ARI) กลุ่มสงสัยติดเชื้อที่อยู่ระหว่าง เฝ้ารอสังเกตอาการ นอกจากนี้แล้วยังเป็นผู้ให้ การพยาบาลแก่ผู้สงสัยติดเชื้อ ผู้ป่วยและ ครอบครัว โดยการจัดเวรหมุนเวียนกันไปปฏิบัติ หน้าที่ในศูนย์กักกันกลุ่มเสี่ยง (state/local quarantine) และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่หายจากโรค

#### 5. ผู้จัดการการดูแล (Care

managers) โดยเป็นผู้จัดการสิ่งแวดล้อมใน สถานบริการให้เหมาะสมตามหลักการเว้น ระยะห่างทางสังคม (social distancing) ร่วม พัฒนาอาคารหรือบ้านให้เป็นสถานที่กักกัน จัดระบบการทำงานร่วมกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ไม่ให้เสี่ยงต่อ การติดเชื้อเมื่อมารับยาที่โรงพยาบาลหรือสถาน บริการ โดยให้ อสม. ประเมินข้อมูลที่สำคัญ เช่น



ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (เจาะปลายนิ้ว) เป็นต้น และนำมาส่งให้พยาบาลเวชปฏิบัติ ในกรณีที่มีข้อมูลปกติ พยาบาลเวชปฏิบัติจะให้ อสม. นำยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนในรายที่ผิดปกติ พยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์ เกสซิกเกอร์ หรือทีมสุขภาพจะออกไปเยี่ยมบ้านเพื่อทำการตรวจประเมินสุขภาพ โดยจัดบริการที่บ้านให้เหมือนกับมารับบริการที่โรงพยาบาล

## 6. ผู้ประสานงาน (Collaborators)

พยาบาลเวชปฏิบัติจะทำการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การขอความช่วยเหลือในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ที่ขาดแคลนเพื่อแจกจ่ายให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัว เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น

### การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)

1. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พยาบาลเวชปฏิบัติทำตัวให้เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตแบบนิวนอร์มัล (new normal) หรือแบบปกติใหม่หรือฐานชีวิตใหม่ เช่น การพบปะกันน้อยลง รักษาระยะห่างทางสังคมและป้องกันตนเองโดยการใส่หน้ากากอนามัย การใช้ชีวิตอย่างพอเพียง การทำงานที่บ้าน (Work From Home) และการใช้บริการส่งอาหารมารับประทาน (food delivery) มากขึ้น เป็นต้น

## 2. ผู้ปกป้องสิทธิ์ (Advocators)

พยาบาลเวชปฏิบัติจะช่วยให้ข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับจากการตรวจรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สิทธิการ

เยียวยาจากรัฐบาล รวมทั้งสิทธิอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประชาชนทั่วไป

การกระทำบทบาทในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่เป็นบุคลากรในระดับแนวหน้าหรือเป็นด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพที่ยอมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคนี้ แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่วิกฤติและจำกัดในความพร้อมด้านต่าง ๆ เช่น นโยบายและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ เครื่องมือป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ความรู้ในเรื่องโรค บุคลากร งบประมาณ ในการดำเนินการ เป็นต้น แต่ด้วยการทำงานที่มีปรัชญาความเชื่อในศาสตร์และศิลปะของการดูแลผู้รับบริการที่ระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ให้มีความปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บและมีสุขภาพทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่ดี พยาบาลวิชาชีพจึงมีความพร้อมในการบริการสุขภาพด้วยความกรุณาปราณี มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ เป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างผู้รับบริการและทีมบุคลากรสุขภาพ เป็นทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชน รวมทั้งการดำเนินชีวิตในบริบทใหม่ภายใต้ฐานวิถีชีวิตใหม่ (new normal)

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่พยาบาลเวชปฏิบัติควรพัฒนาสมรรถนะของตนเองให้มีความพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉินของโลกที่ยังจะมีความซับซ้อนมากขึ้นทุกวัน ซึ่งถ้า

พิจารณาตามสมรรถนะในระดับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พ.ศ.2552<sup>15</sup> ที่สภาการพยาบาลกำหนดให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีขอบเขตและสมรรถนะ 9 สมรรถนะนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อที่อาจจะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ได้แก่ ความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ในเรื่องระบาดวิทยา (epidemiology) สถิติ (statistics) นโยบายสุขภาพ (health policy) การควบคุมโรคติดเชื้อ (infection control) และการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) รวมทั้งความสามารถในการประสานงาน (collaboration) ทักษะการสื่อสาร โดยการพูดและการเขียน (verbal and written communication skills) ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และการสื่อสาร (computer and interpersonal skills) และการทำงานเป็นทีม (work in a team) เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจทวีความรุนแรงหรือกลับมาระบาดซ้ำได้ในอนาคต

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการสามารถนำความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 การป้องกันและควบคุมโรค และบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ที่สงสัยว่าติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชนได้ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอื่นได้

### บทสรุป

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต และภาวะเศรษฐกิจสังคมเป็นอย่างมาก พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ซึ่งความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค การป้องกันและควบคุมโรค และบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค จะมีส่วนช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจในสถานการณ์การระบาดของโรคมากขึ้น และสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจทวีความรุนแรงหรือกลับมาระบาดซ้ำได้ในอนาคต

## References

1. Wikipedia. (2020 a). Coronavirus disease 2019. [cited 2020 June 27]. Available from [https://en.wikipedia.org/wiki/Coronavirus\\_disease\\_2019](https://en.wikipedia.org/wiki/Coronavirus_disease_2019)
2. Wikipedia. (2020 b). Coronavirus 2019. [cited 2020 May 1]. Available from [https://th.wikipedia.org/wiki/โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา\\_2019](https://th.wikipedia.org/wiki/โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา_2019). (in Thai)
3. Wikipedia. (2020 c). Coronavirus. [cited 2020 May 1]. Available from <https://en.wikipedia.org/wiki/Coronavirus>
4. Thailand Medical News. (2020). BREAKING! New coronavirus research shows that the SARS-CoV-2 coronavirus has a fourth route of attacking human host cells making it a real super virus. [cited 2020 May 1]. Available from <https://www.thailandmedical.news/news/breaking-new-coronavirus-research-shows-that-the-sars-cov-2-coronavirus-has-a-fourth-route-of-attacking-human-host-cells-making-it-a-real-super-virus>
5. Committee of Treatment and Care for Covid-19. (2563). Clinical Guideline for diagnosis, treatment, and infectious prevention in the hospital: COVID-19 patients for doctors and health personnel (Revised version on May 1, 2020). Nonthaburi: Department of Medical Services. [cited 2020 May 1]. Available from [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_health\\_care/g05\\_010563.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g05_010563.pdf). (in Thai)
6. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. (2563). Laboratory examination handbook for COVID-19 diagnosis. [cited 2020 May 1]. Available from [https://drive.google.com/file/d/1TN\\_BAhu0cgSF0dPoA72X2SSqX40rIPW/view](https://drive.google.com/file/d/1TN_BAhu0cgSF0dPoA72X2SSqX40rIPW/view). (in Thai)
7. Department of Health, Ministry of Public Health. (2563). Department of health: Strong social distancing “person-organization-community” break down COVID-19 transmission. Anamai Media. [cited 2020 May 1]. Available from <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/social-distancing-070463-01/> (in Thai)
8. Ratanawongnara, R. M. (2020). COVID-19 prevention practices. *Variety Magazine for Health@Rama*, 35 (February), 1-2. (in Thai)
9. Food and Drug Administration, Ministry of Public Health. (2020). Public health measures: Social

- distancing. [cited 2020 May 1]. Available from [https://oryor.com/๐๘/detail/media\\_printing/1790](https://oryor.com/๐๘/detail/media_printing/1790). (in Thai)
10. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2563). Request for cooperation to plan for COVID-19 case finding, surveillance, and prevention in the level of district and village: People leaving from Bangkok and perimeter. (Announce on March 21, 2020). [cited 2020 March 21]. Available from [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im\\_commands/im\\_commands05.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands05.pdf). (in Thai)
  11. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2563). Case report to Disease Control Officer under Infectious Disease Act 2015: COVID-19. (Announce on March 22, 2020). [cited 2020 May 1]. Available from [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im\\_commands/im\\_commands03.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands03.pdf). (in Thai)
  12. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2563). Practice of habitant and environmental disinfection for COVID-19 quarantined cases. [cited 2020 March 14]. Available from [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int\\_protection/int\\_protection03.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection03.pdf). (in Thai)
  13. Nursing Division, Ministry of Health. (2561). Roles and responsibilities of registered nurses. Prathum Thani: Publishing of Suetawan. [cited 2020 May 1]. Available from [http://www.nursing.go.th/Book\\_nurse/008/0001.pdf](http://www.nursing.go.th/Book_nurse/008/0001.pdf). (in Thai)
  14. Nursing and Midwifery Council. (2008). Regulation of primary care and immunization for the first class of the professional nurses, and of the professional nurses and midwives. Bangkok: P.A.Living. (in Thai)
  15. Thailand Nursing and Midwifery Council. (2009). Announcement of Thailand Nursing and Midwifery Council: Scope and competency of advanced nurse practitioners in the specialty areas. Gazette, 126, Special 16. (in Thai)

## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบัน (พ.ศ.2563) อยู่ในระดับ วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดุษฎีนิพนธ์ สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จะตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกแก่การพิจารณาจึงขอแนะนำการเขียนและเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

### ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข หรือพยาบาลอนามัยชุมชน การสาธารณสุข
2. รายงานการวิจัยทางการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณีศึกษา ผลงานวิชาการวิจัยใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้านวิชาการ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ
5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทความหรือบทความที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ website: สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย <http://www.thaiphn.org>

## รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

ต้นฉบับพิมพ์ด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง) ส่งต้นฉบับ ทาง Online ใน website ของสมาคมฯ หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียน ตามแบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. ชื่อ และนามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปรูปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

**ส่วนที่ 2** รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

**ส่วนที่ 3** ให้เขียน “คำสำคัญ” (Key word) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย

4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

**ตอนที่ 2** เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วนอะไรบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

**ตอนที่ 3** การเก็บข้อมูลอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

#### ตัวอย่าง

**งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง** ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

**งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน** เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

**สรุป** โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่เกิน 3 ตาราง เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean ±Standard Deviation)	48.5±10.5		49.5 ± 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

\*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่ามีได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน **ระบบ Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

**การจัดเตรียมต้นฉบับ:** ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <http://www.thaiphn.org>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) Times New Roman ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

**ให้เสนอผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเนื้อหาอย่างน้อย 2 ท่าน พร้อมระบุ e-mail เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ รวมถึงเหตุผลในการเลือก** อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเลือกผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นอยู่กับกองบรรณาธิการและดุลยพินิจของกองบรรณาธิการในการประเมินคุณภาพบทความ

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน ถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตาม ประกาศ ก.พ.อ.

คณะกรรมการกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง



**ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง****Journal artical**

ผู้แต่ง 1 คน

Sakompanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokkiao Hospital Clinical Medical Education Center. 2011; 28:44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res. 2014; 28(1):23-30. (In Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care. 2004; 27 (9): 2154-2160.

**Book**

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application : individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

**Organization**

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

**Chapter in the book**

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. P.20. (in Thai)

**Agency publication**

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO. 2005.

**Conference proceedings**

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014.P.154-168 (in Thai)

**Thesis**

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University, 2014.

**Website**

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrebs/index.htm>.

**Patent**

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13, 2005.

**General Article and Reviews**

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

**ค่าใช้จ่ายในการยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความตามประกาศใหม่ มีรายละเอียดดังนี้**

1. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีปกติ
  - 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 2,600 บาท
  - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 3,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
  - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 7,500 บาท
  - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 8,500 บาท
3. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน (พิเศษ) 10,000 บาท

**หมายเหตุ:** สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง ท่านต้องเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

\*กรณีบทความมีความยาวเกินกว่า 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) จะมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นหน้าละ 1,000 บาท

\*\*เริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป สามารถเข้าดูตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ที่

<http://www.ph.mahidol.ac.th/phjournal/Instructions%20to%20Authors.pdf>

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ [journal.thaiphn@gmail.com](mailto:journal.thaiphn@gmail.com)

## ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....  
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม  
และได้ส่งเงิน จำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน  
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 254-2-04516-0 ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”  
และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E-mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....  
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....  
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

## แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

ศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  อาจารย์  อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

.....  
.....

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท  บทความ  บทความวิจัย  บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา  
กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่  สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น  ที่อยู่ดังนี้

..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล  
สาธารณสุข

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/ หนังสือ/ เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำ ผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อสกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความ ที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาล  
สาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่ .....

E-mail address: .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

**หมายเหตุ** ผลงานวิจัย/บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์ และโอนเงิน  
ค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว (คำแนะนำ ยังอยู่ในกระบวนการแก้ไข ปรับปรุง  
โปรดติดตามความก้าวหน้าใน website ของสมาคมที่จะประกาศ เพิ่มเติมเร็วๆ นี้ รวมถึงการส่งต้นฉบับทาง  
Online)