



วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

JNSCU

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

ISBN 0858-1231

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565 |

Vol 34 No.2 May-August 2022

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วารสารพยาบาลศาสตร์

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ
ในสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน
Journal of Nursing Science Chulalongkorn University
is a peer-reviewed journal, published academic papers
in nursing science.

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเสนอวิทยาการก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่งานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
 3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 4. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน
- กำหนดออก** ทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม
- เจ้าของ** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnsu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร 02-218-1130
- พิมพ์ที่** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565

ที่ปรึกษา (Advisory Board)

ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต (Prof. Dr. Ratsiri Thato)

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร. สายสมร เฉลยภักดี

(Assoc. Maj. Gen. Dr. Saisamorn Chaleoykitti)

บรรณาธิการ (Editor)

ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย (Assist. Prof. Dr. Surasak Treenai)

บรรณาธิการร่วม (Co – Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล

(Asst. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanut Nunthaitaweekul)

กองบรรณาธิการ (Editorial-board)

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทยานนท์ (Prof. Dr. Pranorm Otaganon)

ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จิระแพทย์ (Prof. Dr. Veena Jirapaet)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียกมล รชกุล

(Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กริทอง

(Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreethong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คัทลิยา ศิริภัทรากุล แสนหลวง

(Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนเมณี (Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamee)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุชฤดี รัชตฤงคารสกุล

(Assist. Prof. Pol.Col. Dr. Sookruadee Thutsaringkarnsakul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาโสโสภณ

(Assist. Prof. Dr.Thanakorn Panyasaisophon)

Dr. Virya Koy

Associated Professor Dr. Maneewan S. Seay

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ (Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ (Assist. Prof. Dr. Sunida Preechawong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิสา สุขตระกูล (Assist. Prof. Dr. Sunisa Suktrakul)

อาจารย์ ดร. ชลลดา จงสมจิตต์ (Dr. Chollada Jongsomjitt)

ผู้จัดการ

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ (Assist. Prof. Dr. Rungrawee Navicharenn)

กองจัดการ

นายธีระพงษ์ ยุพากัง (Mr. Theerapong Yupaking)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นักวิชาการอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

Deputy Director of Department of Hospital Services

Chief Nursing Officer/Nursing Focal Person

in Cambodia for WHO-WPRO

Wikes University at Pennsylvania and South University,

Florida (Part time)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารฯ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย The Journal of Nursing Science is a peer-reviewed journal, ideas and opinions expressed in are those of the authors and not necessarily those of the editor and the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ราคาจำหน่ายเล่มละ 300 บาท

Price: 300 Baht.

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565

สารบัญ

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในระบบการแพทย์ทางไกล
สำหรับคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ดวงพร พลปัทพี

บทความวิจัย

ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ
ระดับสากลขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ
อนัญญา ภาเจริญศิริ
ยุพิน อังสุโรจน์

ผลการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวล
หลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ไพรัตน์ ศุภระศร
ศิริพันธ์ุ สาสัตย์

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวด
แผนไทยและการพอกสมุนไพรต่อความรุนแรง
ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน
สีแพร จงธรรม
รวินันท์ นุชศิลป์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การจัดการ
ปัญหาการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง
กรรณา ประมูลสินทรัพย์
วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร
นิภาพร พชรเกตานนท์

หน้า Contents

page

1 The Roles of Nurses in Telemedicine for
Screening Coronavirus Disease 2019
Duangporn Phonpattapee

9 Leadership of Nursing Director towards
International Nursing Service Excellence
at Tertiary Hospitals
Ananya Phacharoensiri
Yupin Aungsueroch

21 The Effect of Information Giving via Line
on Anxiety after Stoma Surgery among
Older Persons with Colorectal Cancer
Pairat Sukrasara
Siriphan Sasat

35 The Effects of Self-care Program with Thai
Massage and Combined herbal on Severity
of Knee Osteoarthritis among Older Adults
in a Community
Seeprae Chongton
Ravinun Nuchasilp

49 Relationship between Knowledge, Attitude
and Management Patient Care Problems
with Behavior Care for Patients Hypertension
Karuna Pramoolsinsup
Warin Wattananonsatien
Nipaporn Patcharakaetanont

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565

สารบัญ

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม
การป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาด
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ลัดดาวัลย์ ภูขลิบเงิน

จิรรัตน์ อุทัยวัตร

ปิยดา วรพิมพ์รัตน์

พาฝัน ศรีสิงห์

ศุภกานต์ หนองนาดี

สุรัชย์ มณีเนตร

หน้า Contents

page

62 The Effect of Health Education Program
on Preventive Behavior for Delaying Kidney
Deterioration among Female Cleaning
Personnel in Ubon Ratchathani University

Laddawan Phooklibngern

Jirarat U-thaiwat

Piyada Vorapimrat

Pafan Srising

Supakarn Nongnadee

Surachai Maninet

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565) เนื้อหาของวารสารฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความวิชาการ และบทความวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งมาจากผู้แต่งจากหลากหลายหน่วยงาน บทความในวารสารทุกเรื่องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

ในปัจจุบันวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ มีช่องทางเผยแพร่ผ่านระบบวารสาร Online ได้แก่ Thai Journals Online (ThaiJO) ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/index> และในช่องทางล่าสุดคือ Chulalongkorn Journal Online (CUJO) ทาง <http://eresource.car.chula.ac.th/chula-ejournals/archive.php> ทำให้บทความของวารสารเข้าถึงกลุ่มผู้อ่านได้แก่ พยาบาล บุคลากรสุขภาพ นิสิต นักศึกษา และผู้อ่านที่สนใจติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการทั้งบทความวิจัย บทความวิชาการจำนวนมาก

กองบรรณาธิการวารสาร ขอเชิญชวนผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสาร และส่งบทความเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีกระบวนการพิจารณาและตอบรับบทความภายใน 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ ผู้แต่งโปรดศึกษารายละเอียดการเตรียมบทความและส่งต้นฉบับ ตามข้อกำหนดของวารสารฯ เพื่อการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความอย่างรวดเร็ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีณัย
บรรณาธิการวารสาร



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดวงพร พลปัดพิ*

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบัน ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การติดเชื้อและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก เนื่องจากในระยะแรกผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการชัดเจนจึงไม่มารักษาที่โรงพยาบาล ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรค อาการแสดง การแพร่กระจายเชื้อ และบทบาทพยาบาลในระบบการแพทย์ทางไกล โดยใช้กระบวนการพยาบาลนำความรู้ภาคทฤษฎีและทักษะการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดทั้งการเตรียมพร้อม การตอบสนอง และการปรับปรุงฟื้นฟูซ่อมแซม เพื่อประเมินอาการและช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้รับบริการท่านอื่นและเจ้าหน้าที่ได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ ระบบการแพทย์ทางไกล/ บทบาทพยาบาล



The Roles of Nurses in Telemedicine for Screening Coronavirus Disease 2019

Duangporn Phonpattapee*

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an infectious disease that is prevalent today. Worldwide, the incidence of infection and death has been high. During the initial stage of disease, an infected person can be asymptomatic and, therefore, may not visit the hospital for any treatment. As a consequence, the spread of infection can easily go undetected. This, in turn, can cause an increase in the mortality rate. Therefore, nurses which are at the front line in patient care should have knowledge about the signs and symptoms of the disease, the transmission process of the infection, and the roles of nurses in Telemedicine for screening COVID-19. By applying nursing processes, theoretical knowledge, and nursing skills to the epidemic for preparation, response, restoration, and repair, the assessment of symptoms and prevention of the spread of infection to patients and staff can be achieved.

Keywords: COVID-19/ Telemedicine/ Roles of Nurses



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) มีคุณสมบัติทางจุลชีววิทยา¹ เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (Single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae มีเปลือกเป็นไขมันหุ้ม (Envelop) รูปร่างกลมหรือมีหลายแบบ ขนาด 80-120 นาโนเมตร (nm) ใหญ่ที่สุดของ RNA virus +ss RNA virus เป็นเชื้อไวรัสที่พบในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและสัตว์ปีก สามารถติดต่อได้ง่ายและพบไวรัสในกระแสเลือดได้นาน และฆ่าได้ด้วยแอลกอฮอล์ สบู่หรือผงซักฟอก

การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่² สามารถแพร่กระจายทางละอองฝอยผ่านการไอ การจามเหมือนเชื้อกลุ่มไข้หวัดใหญ่ (Droplets transmission) และสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งแล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ตา ปาก (Contacts transmission) เช่น การขี้ตา การแพร่ระบาดจึงสามารถเกิดขึ้นเป็นวงกว้างได้

อาการและอาการแสดง³ ผู้ที่ติดเชื้อร้อยละ 80 ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อย บางรายมีอาการแบบโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน เช่น เจ็บคอ น้ำมูกไหล แต่พบน้อย ประมาณร้อยละ 15 จะมีอาการชัดเจน เช่น ไอและไอมีเสมหะ มีไข้บางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีไข้ หายใจเร็ว และหอบ เนื่องจากปอดบวม มีน้อยรายที่มีอุจจาระร่วง และประมาณร้อยละ 5 มีอาการรุนแรง หายใจเร็ว หอบ จนถึงการหายใจล้มเหลวและช็อคได้ บางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน⁴ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว ปอดบวม โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันและร้ายแรง ปอดอักเสบ น้ำท่วมปอด และไตวาย

แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019⁵

นิยามผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patients under investigation: PUI)

พิจารณาจากอาการ/ อาการแสดง ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

กรณีที่ 1 การเฝ้าระวังที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดังนี้ อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.3 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับมีอาการของระบบทางเดินหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก

กรณีที่ 2 การเฝ้าระวังที่สถานพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง ดังนี้ 1) อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือให้ประวัติว่ามีไข้ในการป่วยครั้งนี้ ร่วมกับมีอาการของระบบทางเดินหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก 2) ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

ทั้ง 2 กรณี ให้ร่วมกับมีประวัติในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- มีประวัติเดินทางไปหรือมาจากหรืออยู่อาศัยในพื้นที่เสี่ยง

- เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ

- มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



- เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมชนและมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเวลาเดียวกับผู้ป่วย ตามประกาศของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อ กรุงเทพมหานคร

ข้อสังเกต: พื้นที่เสี่ยง ได้แก่ พื้นที่ที่ประกาศเขตติดโรคฯ ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่องตามประกาศบนเว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค

กรณีที่ 3 การเฝ้าระวังที่สถานพยาบาลผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

กรณีที่ 4 ให้ร่วมกับมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
- หาสาเหตุไม่ได้ หรือรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง
- มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตโดยสาเหตุไม่ได้
- ภาพถ่ายรังสีปอดเข้าได้กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรณีที่ 5 การป่วยเป็นกลุ่มก้อน

กลุ่มก้อน (Cluster) ของผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Acute respiratory tract infection) ที่ผลตรวจ rapid test หรือ PCR ต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ให้ผลลบจากทุกรายที่มีการส่งตรวจ

- กรณีเป็นบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ 3 รายขึ้นไป ในแผนกเดียวกัน ในช่วงสัปดาห์เดียวกัน (หากสถานพยาบาลขนาดเล็ก เช่น คลินิก ใช้เกณฑ์ 3 รายขึ้นไปในสถานพยาบาลนั้น ๆ)

- กรณีในสถานที่แห่งเดียวกัน (ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์) ตั้งแต่ 5 รายขึ้นไปในช่วงสัปดาห์เดียวกัน

ข้อสังเกต: ผู้ป่วยในกลุ่มก้อนนั้น ๆ ต้องมีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา

2. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศ 1 แห่ง หรือ Sequencing หรือเพาะเชื้อ

3. ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ (Asymptomatic infection) ผู้ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศ 1 แห่ง หรือ Sequencing หรือเพาะเชื้อ แต่ไม่มีอาการและอาการแสดง

การป้องกันการแพร่เชื้อ และแนวทางการรักษา

ผู้ป่วยควรนอนแยกห้อง ไม่ออกไปนอกบ้าน ไม่เดินทางไปที่ชุมชนหรือที่สาธารณะจนกว่าจะหายเป็นปกติแล้วอย่างน้อย 1 วัน รับประทานอาหารแยกจากผู้อื่น ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดบุคคลอื่นในที่ที่ปกปิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เมื่ออยู่กับผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัย และอยู่ห่างจากคนอื่นในบ้านประมาณ 1-2 เมตร หรืออย่างน้อยประมาณหนึ่งช่วงแขน ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัย เมื่อเสร็จภารกิจต้องถอดหน้ากากอนามัยลงในถังขยะและทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่ทันที ทุกคนในบ้านควรล้างมือบ่อยครั้งที่สุด เพื่อลดการรับและแพร่เชื้อ ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสใกล้ชิดเป็นมารดาให้นมบุตร ยังสามารถให้นมบุตรได้เนื่องจากปริมาณไวรัสที่ผ่านทางน้ำนมมีน้อยมาก แต่มารดาควรสวมหน้ากากอนามัยและล้างมืออย่างเคร่งครัดทุกครั้งก่อนสัมผัสหรือให้นมบุตร

สำหรับแนวทางการรักษา พิจารณาการให้ยาต้านไวรัส รักษาตามอาการและภาวะแทรกซ้อน เช่น Pneumonia พิจารณาเป็นรายกรณีโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ



การบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การบริการระบบการแพทย์ทางไกลที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารกันผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถส่งข้อมูลภาพและเสียง ระหว่างคนไข้กับแพทย์ ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการการรักษาดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยในสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการให้บริการ Telemedicine

1. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผู้ป่วยสู่บุคลากรทางการแพทย์ การรักษาทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารกับแพทย์ได้ปลอดภัย และจากผู้ป่วยสู่ผู้ที่ต้องการมาคัดกรองโรคท่านอื่น ๆ ที่ยังไม่ป่วย โดยผู้มาคัดกรองเหล่านี้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการรอรับบริการ เนื่องจากอาจนั่งรอใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ดังนั้น การบริการที่รวดเร็วขึ้น จะช่วยให้มีการรักษาระยะห่างระหว่างผู้มาตรวจ ทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อได้

2. สามารถให้การบริการผู้ป่วยด้วยความสะดวกรวดเร็ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการทรัพยากร การคัดกรองทางไกลตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาล ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลลดลง สามารถบริหารจัดการการบริการที่ห้องตรวจที่มีความดันลบ ซึ่งมีจำนวนห้องมีจำกัดได้ดีขึ้น สามารถให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องตรวจในห้องที่มีความดันลบจริง ๆ และสามารถประหยัทรัพยากรหน้ากาอนามัยได้เนื่องจากเป็นการบริการทางไกล

ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาแบบระบบการแพทย์ทางไกล⁹ เริ่มต้นจากการคัดกรองทางไกลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยสามารถสแกน QR code เพื่อตอบ

แบบสอบถามผ่านโทรศัพท์มือถือและสนทนากับ Chatbot ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาในการสนทนากับผู้ป่วยด้วยตัวอักษรแบบอัตโนมัติ ประเมินอาการผู้ป่วย โดยจะวัดอุณหภูมิร่างกายและอัตราการหายใจ ผู้ป่วยสนทนากับแพทย์ผ่านระบบทางไกล หากผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ที่จะต้องตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถกลับบ้านได้ ถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เสี่ยงผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ การเอกซเรย์ปอด และการตรวจหาเชื้อในห้องความดันลบ ระบบการแพทย์ทางไกลนี้ โรงพยาบาลนำมาใช้ในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นอีกด้วย อาทิ บริการให้คำปรึกษากับจิตแพทย์ หลังจากเปิดให้บริการระบบการแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยให้การตอบรับเป็นอย่างดีว่าได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ช่วยลดระยะเวลาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ นอกจากนี้ ยังสามารถลดความแออัดของผู้ป่วยที่อาคารตรวจอย่างเห็นได้ชัด

บทบาทพยาบาลในระบบการแพทย์ทางไกล สำหรับคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งเป็นสาธารณสุขแบบหนึ่ง ในการปฏิบัติงานพัฒนาบริการและบริหารงานคลินิก Telemedicine จึงใช้กรอบสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข ICN Framework of Disaster Nursing Competencies ได้กล่าวถึงขั้นตอนการจัดการสาธารณสุข (Disaster management continuum)⁹ ประกอบด้วย การเตรียมพร้อม การตอบสนอง และการปรับปรุงฟื้นฟูซ่อมแซม โดยคำนึงถึงสมรรถนะหลักการพยาบาลสาธารณสุขด้วย (Core competencies in disaster nursing version 2.0)¹⁰ ทั้งระยะก่อนเกิดสาธารณสุข (Pre-incident) ระยะเกิดเหตุ (Incident) และระยะหลังเกิดเหตุ (Post-incident) โดยทั้ง 3 ระยะใช้บทบาทพยาบาลต่าง ๆ ดังนี้

1. การเป็นผู้ประสานงานและบทบาทผู้บริหารจัดการ¹¹ ประกอบด้วย การจัดทำแผนงาน การบริหาร



ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ดำเนินงานและต้องมีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพแต่ละระดับที่ชัดเจน เพื่อประสานวางแผนการบริการดูแลและจัดระบบสนับสนุน การดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ข้อควรระวังในการทำงานของพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความเปราะบางและไวต่อความรู้สึก พยาบาลต้องมีการเตรียมตัวในด้านการสื่อสารทั้งการสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วย ทีมสุขภาพและการสื่อสารผ่านสื่อ social media ต่าง ๆ ควรระมัดระวังการใช้ภาษาในการสื่อสาร ควรใช้ภาษาทางราชการที่สามารถเก็บข้อมูล เช่น การถ่ายภาพหน้าจอโทรศัพท์ การอัดเสียง การสนทนาซึ่งอาจถูกเผยแพร่สู่ที่สาธารณะได้ และที่สำคัญพยาบาลควรมีการเตรียมตัวเรื่องข้อตกลงชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับของผู้รับบริการ เพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างพยาบาล ทีมสุขภาพ และผู้ป่วย

2. การให้คำปรึกษาและให้ความรู้¹² พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การกล่าวทักทายต้อนรับ การประสานสายตา การจัดที่นั่งอย่างเหมาะสม การให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตน รวมทั้งขั้นตอนการตรวจคัดกรองกับผู้รับบริการ

3. การเป็นผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนตามแผน ซึ่งผู้รับบริการนี้ต้องการการดูแลที่ถูกต้องตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องมีทีมสหสาขาที่พยาบาลสามารถประสานงานทำงานร่วมอย่างเข้มแข็ง รวมทั้งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร ทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ กำลังคน และสิ่งอำนวยความสะดวก การแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย

4. การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามกระบวนการ

พยาบาล และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ที่มีารับบริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพ โดยการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติโดยใช้ความรู้จากศาสตร์สาขาต่าง ๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมร่วมกับแพทย์ที่ทำการตรวจคัดกรองพยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านกับผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยต้องตรวจต่อ แนะนำขั้นตอน เช่น ต้องเอกซเรย์ก่อนการทำ SWAB เป็นต้น รวมทั้งการประเมินสภาพความพร้อมด้านจิตใจ สังคม และความรู้ต่าง ๆ เช่น เมื่อคืนนอนหลับไหมคะ เวลาไม่สบายใจปรึกษาใครคะ หากมีความเสี่ยงมีใครช่วยเหลือบ้าง ช่วงกักตัว ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกักตัวหรืออยู่บ้านไหมคะ แนะนำวิธีการจัดการกับความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังกำกับดูแลการบริการและบริหารงานคลินิกควบคู่กันไป เพื่อดำเนินงานที่ราบรื่น เช่น การบริหารจัดการลายเซ็นแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถออกใบคัดกรองใบรับรองแพทย์จากระบบเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้งานตามที่ต้องการได้

5. การสรุปข้อมูลการพยาบาล การบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การนัดหมายครั้งต่อไป และการติดตามผลการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการติดตามด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น การโทรศัพท์ หรือการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ ความครบถ้วนในการบันทึกระบบเวชระเบียน

6. การเป็นผู้พัฒนางานและนวัตกรรมทาง การให้บริการ ประกอบด้วย การพัฒนาและนำเสนอทางด้านวิชาการ การใช้เทคโนโลยี Telemedicine screening for COVID-19 และบทบาทผู้จัดการผลลัพธ์และบริหารความเสี่ยง เป็นผู้ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นผู้ดำเนินการทบทวนแนวทางปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้สามารถหารือร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคภายหลังการทำงาน ความต้องการต่าง ๆ ภาพรวมการให้บริการ รวมทั้งรายงานผู้บริหารทราบเพื่อการพัฒนาหรือปรับปรุง



ต่อไป

สรุป

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลสามารถช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้โดยใช้บทบาทพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรตามกระบวนการพยาบาล 3) ผู้ประสานงานการให้บริการ ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารประสานงานกับบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วยที่มารับบริการ 4) ผู้บริหารจัดการ ประกอบด้วย การจัดทำแผนงาน การบริหารข้อมูล ติดตามผลลัพธ์ บริหารความเสี่ยง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 5) ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ที่มารับบริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพ และ 6) ผู้พัฒนางานและนวัตกรรมทางการให้บริการ ประกอบด้วย การพัฒนาและนำเสนองานด้านวิชาการ การใช้เทคโนโลยี Telemedicine screening for COVID-19 นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีความรู้ในการพยาบาลทั้งระยะก่อนเกิด ขณะเกิด ภายหลังเกิด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานควบคู่กัน จะช่วยลดการระบาดและการติดเชื้อได้

References

1. Department of disease control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf
2. Jantarabenjakul W. Prevention Coronavirus Disease 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Available from: <https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2020/02.pdf>
3. Leelarasamee A. Interesting facts about COVID-19 infection caused by SARS-CoV-2 virus [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Available from: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>
4. Department of disease control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_03032020_2.pdf
5. Namwat C. Surveillance and investigation guidelines Coronavirus disease 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout004_26022020.pdf
6. Department of disease control. Guidelines for Surveillance and Investigation of Coronavirus Disease 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_250363.pdf
7. Department of disease control. Preparation medical care and prevent infection in the hospital (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/km10_120363.pdf
8. Snidvongs K. Telemedicine. The prestige of KCMH&MDCU. 2020;5(50):5. (in Thai)



9. World Health Organization and International Council of Nurses. ICN framework of disaster nursing competencies. Geneva: World Health Organization and International Council of Nurses; 2009. p.40.
10. International Council of Nurses. Core competencies in disaster nursing version 2.0. Geneva: International Council of Nurses; 2019. p. 5-12.
11. Chaichana J, Prachusilpa G. A study of professional nurse roles in sub-district health promotion hospital. JRTAN 2018; 19(Suppl): 193-202. (in Thai)
12. Paosopa N, Oumtanee A. A study of nurse's roles in a smoking cessation clinic. JOPN 2019; 11(2): 316-25. (in Thai)
13. Harnyoot O. Nursing process and implications. JRTAN 2014; 15(3): 138-42. (in Thai)



บทความวิจัย

ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากล ขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ

อนัญญา ภาเจริญศิริ* และ ยุพิน อังสุโรจน์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล สู่ความเป็นเลิศระดับสากลขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา เทคนิคเดลฟาย

วิธีการดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญ 19 ท่าน จากผู้บริหารโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานสากล 2 ท่าน ผู้ตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล 5 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาล 8 ท่าน และอาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล 4 ท่าน วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร นำสาระที่ได้มาบูรณาการกำหนดเป็นกรอบสร้างข้อคำถามและสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 2) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกับเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม สร้างแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นความสำคัญของข้อรายการ และ 3) นำข้อมูลที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัย: ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล ประกอบด้วย 11 ด้าน ได้แก่ 1) มีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2) การตระหนักรู้ 3) มีความรู้เชิงวิชาชีพพยาบาลและมาตรฐานสากล 4) ยอมรับและกล้าเปลี่ยนแปลง 5) คิดเชิงกลยุทธ์/เป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ 6) ความฉลาดทางอารมณ์ 7) สร้างแรงจูงใจ 8) การกระตุ้นทางปัญญา 9) คำนึงถึงปัจเจกบุคคล 10) สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย และ 11) มุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สรุป: ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลที่ทำให้องค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิสู่ความเป็นเลิศระดับสากล มี 11 ด้าน

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ/ หัวหน้าพยาบาล/ องค์การพยาบาลเป็นเลิศระดับสากล



Leadership of Nursing Director towards International Nursing Service Excellence at Tertiary Hospitals

Ananya Phacharoensiri* and Yupin Aungsuroch**

Abstract

Purpose: To study the leadership of nursing directors towards international nursing service excellence at tertiary hospitals.

Design: a descriptive study using Delphi Technique.

Methods: Subjects were 19 experts, including two tertiary hospital administrators who are certified to international standards, five hospital quality assurance inspectors, eight nursing directors in the tertiary hospitals who are certified to international standards, and four nursing professors of nursing administration. The Delphi Technique consisted of 3 steps. 1) All experts were interviewed about the leadership of the nursing directors toward international nursing service excellence at tertiary hospitals. 2) Interviewed data were analyzed by using content analysis in order to develop the leadership of nursing director rating scales questionnaire. Then, the questionnaire was sent to all experts to rate their opinions. 3) Data were analyzed by using a median and interquartile range which was developed into a new version of the questionnaire and then sent to previous experts for their confirmation. Data were analyzed again using the median and interquartile ranges.

Finding: The result of this study presented leadership of a nursing director consisted of 11 domains as follows: 1) Idealized Influence 2) Awareness 3) Knowledge of the nursing profession and standards 4) Change Agent 5) Think strategically / Be a strategic leader 6) Emotional Intelligence 7) Inspiration Motivation/Team Spirit 8) Intellectual Stimulation 9) Individualized Consideration 10) Create a safety and quality organization culture 11) Stakeholder focus.

Conclusion: Leadership of nursing directors in 11 domains helps tertiary hospitals achieve international nursing service excellence.

Keywords: Leadership/ Nursing director/ International nursing service excellence



บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม การบริการ การเรียนรู้ วิถีวัฒนธรรมการดำรงชีวิต และระบบบริการสุขภาพ รัฐบาลไทยได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาคำเป็นเลิศ¹ ประกอบกับในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมุ่งเน้นความเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ยุทธศาสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2559-2568) มีวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของโลก เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนบริการรักษาพยาบาลให้มีความเป็นเลิศโดดเด่น มีมูลค่าเพิ่ม มีชื่อเสียง รวมทั้งมีคุณภาพ ให้ประเทศไทยมีสถานบริการสุขภาพที่ผ่านการรับรองคุณภาพและมาตรฐานนานาชาติสำหรับให้บริการแก่ชาวไทยและชาวต่างชาติในภูมิภาคอาเซียน² กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี³ มีตัวชี้วัดของเป้าหมายในหัวข้อระบบสุขภาพ คือ การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลหรือเพิ่มร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Hospital accreditation: HA) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องยกระดับคุณภาพ การดูแลรักษา การบริการ การพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือ อุปกรณ์ ตลอดจนคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ พร้อมทั้งพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ต้องมุ่งสู่ความเป็นเลิศ นวัตกรรมให้ผ่านมาตรฐานระดับสากล เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของนโยบายสุขภาพ เป็นที่ยอมรับ และมีศักยภาพในการแข่งขันเท่าเทียมกัน ทั้งในและต่างประเทศ

องค์การพยาบาลเป็นองค์กรที่มีความสำคัญต่อโรงพยาบาล มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ โดยตรง ทั้งการดูแลรักษา พยาบาล พยาบาลผู้มารับบริการ ให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

โดยมีหัวหน้าพยาบาล (Nursing director) เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดขององค์การพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบต่อการจัดการและการปฏิบัติงาน ในองค์การพยาบาล มีภารกิจหลักคือบริหารงานทั้งหมด ในองค์การพยาบาล นวัตกรรม กำหนดวิสัยทัศน์ที่แสดงถึงทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในอนาคต ทั้งด้านการบริหารจัดการและการบริการพยาบาล โดยภาวะผู้นำคือ ศิลปะ ทักษะ ความสามารถของบุคคล ในการจูงใจ นำบุคคลในองค์กรให้ปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ เป็นสิ่งสำคัญในการนำองค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้บริหารที่ขาดภาวะผู้นำจะบริหารงานโดยใช้อำนาจตามหน้าที่ ดังนั้น ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่จะกำหนดทิศทางขององค์การ ช่วยให้การบริหารองค์การประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย และแผนงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

การดำเนินงานขององค์การในโรงพยาบาล ตติยภูมิที่เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา ที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่ต้องพัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ (Service excellence) จากการที่มีการผลักดันให้โรงพยาบาลต้องผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากลมากขึ้น ส่งผลให้องค์การที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศในระดับสากลต้องปรับตัวอย่างมาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลในองค์การพยาบาลที่เป็นเลิศระดับสากล โรงพยาบาลตติยภูมิ ควรมีลักษณะอย่างไร ในบริบทปัจจุบัน โดยบูรณาการแนวคิดภาวะผู้นำของผู้บริหารสุขภาพในสังคมไทยของ Vejjalak⁴ ภาวะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลงของ International Council of Nurses (ICN)⁵ ภาวะผู้นำการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ของ Singhanetr, Jaisit, และ Henkeaw⁶ ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ของ Greenleaf⁷ แนวคิดภาวะผู้นำในศตวรรษที่ 21 แนวคิดภาวะผู้นำทางการพยาบาลในปี 2020 ของ Huston⁸ และแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass และ Avolio⁹ มาเป็นกรอบในการวิจัยฉบับนี้



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล
สู่ความเป็นเลิศระดับสากลขององค์การพยาบาล
โรงพยาบาลตติยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะผู้นำของ
หัวหน้าพยาบาล สู่ความเป็นเลิศระดับสากล โรงพยาบาล
ตติยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)
ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ
ที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลในองค์การ
พยาบาลที่เป็นเลิศระดับสากล

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงกับ
ปัญหาการวิจัย และยินดีร่วมมือในการวิจัย จำนวน
21 ท่าน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหาร
โรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
ระดับสากล ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง หรือคณะกรรมการ
อำนวยการ ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ
มาตรฐานระดับสากล 2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจ
รับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล 3) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการบริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่าน
การรับรองคุณภาพมาตรฐานระดับสากล และ 4) กลุ่ม
ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาการบริหารทางการพยาบาล
ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์
การปฏิบัติงานด้านการสอนหรือให้คำแนะนำด้าน
การบริหารทางการพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพ
บริการพยาบาลมากกว่า 10 ปี

โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive
sampling) จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ
Macmillan¹⁰ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนตั้งแต่ 17 คน
ขึ้นไป จะมีระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่
และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก เท่ากับ 0.02¹¹ และ
เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการถอนตัวของ

ผู้เชี่ยวชาญในระหว่างขั้นตอนต่าง ๆ ของงานวิจัย ผู้วิจัย
ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
จึงเป็น 21 ท่าน ในเบื้องต้นผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือก
ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มละ 1-3 ท่าน โดยวิธีการกำหนดคุณสมบัติ
และให้เสนอผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มต่อไปโดยใช้เทคนิค
การบอกต่อ (Snowball technique) ในระหว่าง
การศึกษาในรอบที่ 2 มีผู้เชี่ยวชาญติดต่อไม่ได้ 2 ท่าน
จึงมีกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญรวม 19 ท่าน ที่เข้าร่วม
การวิจัยตั้งแต่ระยะที่ 1-4

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำแนวคิดที่ได้
จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างแบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์ที่เป็นข้อคำถามปลายเปิด
ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำของหัวหน้า
พยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลขององค์การพยาบาล
โรงพยาบาลตติยภูมิ รอบที่ 2 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล
ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาบูรณาการ
กับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมสร้างเป็น
ข้อคำถาม จัดหมวดหมู่เนื้อหาในแต่ละด้านได้ภาวะผู้นำ
ของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลของ
องค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งหมด 11 ด้าน
จำนวน 44 ข้อ แล้วสร้างแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ คือระดับความคิดเห็นมากที่สุด
จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ
พิจารณาระดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้เกี่ยวกับ
ประเด็นต่าง ๆ ที่ศึกษา เพื่อหาระดับความสำคัญของ
ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลในแต่ละข้อรายการ

ชุดที่ 3 และ ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาวะผู้นำ
ของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลของ
องค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ รอบที่ 3 และ
รอบที่ 4 นำคะแนนคำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2



มาคำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในแต่ละข้อรายการ สรุปการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ ปรับข้อความ รวมข้อความ และเพิ่มข้อความตาม ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ร่วมกับจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ภาวะผู้นำของหัวหน้า พยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งหมด 11 ด้าน จำนวน 50 ข้อ มาสร้างแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่มีการเพิ่มเติมค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ของผู้เชี่ยวชาญของข้อรายการแต่ละข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้เปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง ระหว่างคำตอบของตนและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประกอบการพิจารณายืนยันการคงคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบจากรอบที่ 2

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในวันที่ 19 ตุลาคม 2561 จากนั้นจึง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ และประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ จัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูล ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์ อักษร คำแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย เพื่อชี้แจงว่าเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ มีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้ง ผู้วิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถูกทำลาย และการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นในลักษณะภาพรวม การรายงานผลข้อมูลในรูปแบบที่ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคล แต่เนื่องจากเก็บข้อมูลไม่เสร็จ ในวันที่ 14 ตุลาคม 2562 จึงทำเรื่องขยายเวลาการวิจัยและต่ออายุใบรับรอง จริยธรรมการวิจัย ซึ่งได้รับรองวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 หมดอายุในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล ในรอบที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง ตามวันและเวลาที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ส่วนการเก็บข้อมูล ในรอบที่ 2-4 นั้นได้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 152 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และ การเขียนตอบแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญไปวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) บุรณาการกับแนวคิดจาก การทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของ เนื้อหาได้ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ระดับสากลขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งหมด 11 ด้าน 44 ข้อรายการ จากนั้นสร้างแบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลในรอบที่ 2

รอบที่ 2 รอบที่ 3 และ รอบที่ 4 ส่งแบบสอบถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสำคัญในรอบที่ 2 และยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบในรอบที่ 3 และ รอบที่ 4 โดยวิเคราะห์ข้อมูลของคำตอบโดยการหาค่ามัธยฐาน ซึ่งค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ซึ่งไม่เกิน 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกันทุกข้อ ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูล ในรอบที่ 3 เนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเพียงร้อยละ 5.93 ซึ่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงไม่เกิน ร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้^{11,12} ผู้วิจัยจึงยุติ การส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัยเป็นภาวะผู้นำ ของหัวหน้าพยาบาล สู่ความเป็นเลิศระดับสากลของ องค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ 11 ด้าน 50 ข้อ รายการ



สรุปผลการวิจัย

ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วยภาวะผู้นำ 11 ด้าน 50 ข้อรายการ ดังนี้

1. การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ 1) มีวิสัยทัศน์ เข้าใจจุดอ่อน จุดแข็งขององค์กร นำไปวางแผนพัฒนางานองค์กร และถ่ายทอดวิสัยทัศน์ ค่านิยมให้บุคลากรปฏิบัติตามได้ (MD = 5.00, IR = 0.50) 2) เห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่น ทุ่มเทให้กับงาน เพื่อความสำเร็จตามอุดมการณ์และมีความจงรักภักดีต่อองค์กร (MD = 4.97, IR = 0.53) 3) มีคุณธรรม จริยธรรมในการทำงาน (MD = 4.97, IR = 0.53) 4) ประพฤติตนให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวมมากกว่าใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ส่วนตัว (MD = 4.97, IR = 0.53) 5) ประพฤติเป็นแบบอย่างที่ดี มีวิสัยคิดและการแสดงออกถึงความรอบรู้ เข้าใจในงาน และเป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติงานของบุคลากร และทีมสหวิชาชีพ (MD = 4.94, IR = 0.56) และ 6) สามารถโน้มน้าวให้บุคลากรปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (MD = 4.70, IR = 0.92)

2. การตระหนักรู้ในตนเองและภายนอก ประกอบด้วย 5 ข้อ ได้แก่ 1) ตระหนักจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง และปรับปรุง พัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ (MD = 4.87, IR = 0.63) 2) ส่งเสริมการสร้างและใช้นวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ และการวิจัยในการทำงาน (MD = 4.82, IR = 0.68) 3) คิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ รอบด้านอย่างองค์รวม นำข้อมูลที่มีไปวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงาน และระบบคุณภาพขององค์กร (MD = 4.77, IR = 0.84) 4) คิดวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และนโยบายสาธารณสุข และนำมาวางแผน กำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติ (MD = 4.77, IR = 0.84) และ 5) มีความรู้ความสามารถ และนำความรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มาใช้

ให้เป็นประโยชน์สำหรับตนเองและหน่วยงาน (MD = 4.55, IR = 1.00)

3. มีความรู้เชิงวิชาชีพพยาบาลและมาตรฐานสากล ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) กระตุ้นการทำงานให้เกิดคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งในระดับชาติ และระดับสากล (MD = 4.94, IR = 0.56) 2) มีความรู้ทางการพยาบาลในเชิงวิชาชีพ และมาตรฐานทางการพยาบาล (MD = 5.00, IR = 0.50) 3) สามารถจัดการข้อมูลสำคัญของงานพยาบาลเชิงการวิเคราะห์ การนำเสนอข้อมูล และการนำไปใช้ประโยชน์ (MD = 4.87, IR = 0.63) และ 4) สนับสนุนให้บุคลากรให้ใช้ความรู้เฉพาะทาง มาพัฒนางาน หรือทำการวิจัย (MD = 4.87, IR = 0.63)

4. ด้านการยอมรับและกล้าเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) รับฟังความคิดเห็น ไวต่อการเปลี่ยนแปลง และเป็นตัวอย่างในการปรับตัว (MD = 4.90, IR = 0.59) 2) มีความยืดหยุ่นในการทำงาน ตามสถานการณ์ที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม (MD = 4.90, IR = 0.59) 3) เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีคุณลักษณะ ผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (MD = 4.82, IR = 0.68) และ 4) สามารถปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงานได้ทันตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและผลักดันให้บุคลากร ปฏิบัติตามแนวทางใหม่เพื่อประโยชน์ต่อองค์กร (MD = 4.77, IR = 0.84)

5. การคิดเชิงกลยุทธ์/เป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) วางแผนและกำหนดการประเมินผลการทำงานเพื่อรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว (MD = 4.97, IR = 0.53) 2) มีความคิดเชิงกลยุทธ์ และคิดวิเคราะห์เชิงแก้ไขปัญหา (MD = 4.90, IR = 0.59) 3) มีส่วนร่วมในการวางแผน นโยบายขององค์กร และวางแผนเชิงกลยุทธ์ของหน่วยงาน (MD = 4.90, IR = 0.59) 4) เข้าใจบริบทและแนวโน้มขององค์กร คิดวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (MD = 4.87, IR = 0.63)



6. ความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีทักษะในการอยู่/การทำงานร่วมกับผู้อื่น (MD = 4.94, IR = 0.56) 2) รู้อารมณ์ตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีการแสดงออกที่เหมาะสม (MD = 4.90, IR = 0.59) 3) เข้าใจความคิด รับรู้อารมณ์ของผู้อื่นที่ปฏิสัมพันธ์ด้วย และจัดการได้อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ (MD = 4.87, IR = 0.63) และ 4) รับฟังความคิดเห็นและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (MD = 4.82, IR = 0.68)

7. การสร้างแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจให้กับทีม ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) สร้างแรงบันดาลใจหรือแรงจูงใจให้ทีมงานรู้สึกเป็นเจ้าของวิสัยทัศน์และเป้าหมาย เกิดความท้าทาย และมีชีวิตชีวาในการทำงาน (MD = 4.94, IR = 0.56) 2) สร้างเจตคติที่ดี สร้างพลังการคิดในแง่บวก และสื่อสารเป้าหมายขององค์กรให้กับบุคลากรได้อย่างชัดเจน (MD = 4.90, IR = 0.59) 3) จูงใจให้โอกาสบุคลากรมีอิสระทางความคิด สร้างผลงานให้หน่วยงาน (MD = 4.82, IR = 0.68) และ 4) จูงใจโน้มน้าวบุคลากรให้เกิดความกระตือรือร้นและเห็นคุณค่าของงาน มุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่มีร่วมกัน (MD = 4.77, IR = 0.84)

8. การกระตุ้นทางปัญญา ประกอบด้วย 5 ข้อ ได้แก่ 1) มีความคิดสร้างสรรค์และการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (MD = 4.94, IR = 0.56) 2) กระตุ้นให้ผู้ตามตระหนักถึงปัญหา ร่วมมือในการแก้ปัญหาและหาทางป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน (MD = 4.87, IR = 0.63) 3) กระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งท้าทาย และเป็นโอกาสที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน (MD = 4.82, IR = 0.68) และ 4) ส่งเสริมให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำวิจัย เพื่อการพัฒนาคุณภาพ (MD = 4.77, IR = 0.84) 5) ให้กำลังใจ/สร้างความเชื่อมั่นให้เห็นความสำคัญและความสามารถในการแก้ปัญหา (MD = 4.77, IR = 0.84)

9. การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย 5 ข้อ ได้แก่ 1) รับฟังปัญหาในการทำงาน

และพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรอย่างตั้งใจ (MD = 4.94, IR = 0.56) 2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพตนเอง โดยการสอนงานให้คำปรึกษา หรืออำนวยความสะดวกเมื่อบุคลากรต้องการ (MD = 4.87, IR = 0.63) 3) ส่งเสริมศักยภาพในการทำงาน มอบหมายงาน และสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสมแก่บุคลากร และให้ตรงตามความต้องการของหน่วยงาน (MD = 4.82, IR = 0.68) 4) บริหารงานโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคลากรทั้งความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความแตกต่างระหว่างรุ่น (MD = 4.45, IR = 0.99) และ 5) ให้การดูแลและเอาใจใส่บุคลากรทั้งชีวิตส่วนตัวและการทำงาน (Balanced lifestyle) (MD = 4.13, IR = 0.63)

10. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ และความปลอดภัยขององค์กร ประกอบด้วย 5 ข้อ ได้แก่ 1) เป็นแกนนำในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรในองค์กร (MD = 5.00, IR = 0.50) 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย (MD = 4.97, IR = 0.53) 3) สร้างระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการประเมินและการรายงาน (MD = 4.90, IR = 0.59) 4) ปลูกฝังแนวคิดและทัศนคติผ่านค่านิยมขององค์กรให้บุคลากรนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกัน (MD = 4.90, IR = 0.59) และ 5) ถ่ายทอดค่านิยม คุณภาพและความปลอดภัยขององค์กรไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม (MD = 4.82, IR = 0.68)

11. การมุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธ์ภาพและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและภายนอก (MD = 4.87, IR = 0.63) 2) มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ โดยการวางแผน กำหนดกระบวนการทำงานและนโยบายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ/หน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ (MD = 4.82, IR = 0.68) 3) มีเครือข่ายและพันธมิตรขององค์กรที่ดีทั้งโรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาล



ในเครือ เพื่อจัดการอบรม การแลกเปลี่ยนความรู้ และอุปกรณ์ที่จำเป็น (MD = 4.77, IR = 0.84) และ 4) มีสัมพันธภาพที่ดี เข้าใจความคาดหวังของผู้ได้รับประโยชน์หรือผลกระทบ ได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ/หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (MD = 4.70, IR = 0.92)

อภิปรายการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลความเป็นเลิศระดับสากลขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิทั้งหมด 11 ด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์

ในการบริหารโรงพยาบาลที่มีเป้าหมายเป็นองค์กรที่เป็นเลิศระดับสากลนั้น หัวหน้าพยาบาลต้องมีภาวะผู้นำที่สำคัญคือ มีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ กล่าวคือ เป็นผู้วิสัยทัศน์ เห็นคุณค่าในตนเอง เชื้อมั่น ทุ่มีคุณธรรมจริยธรรมในการทำงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นที่ยอมรับและสามารถโน้มน้าวบุคลากรให้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวมเพื่อให้งานบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA)¹² ที่กล่าวถึงการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง ว่าผู้นำระดับสูงกำหนดและจัดทำเอกสารที่แสดงพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยมถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติการปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กรได้ และหัวหน้าพยาบาลต้องปฏิบัติเป็นตัวอย่างที่ดี และ Srichand, Techapahaphong, และ Methakunwut¹³ ที่ศึกษาองค์ประกอบคุณลักษณะภาวะผู้นำในศตวรรษที่ 21 ว่ามีคุณลักษณะที่สำคัญคือมีคุณธรรมนำผลงาน และเปี่ยมวิสัยทัศน์

2. ด้านการตระหนักรู้ในตนเองและภายนอก

หัวหน้าพยาบาลในองค์กรที่จะมุ่งสู่ความเป็นเลิศต้องมีการตระหนักรู้ภายในตนเองและภายนอก คือตระหนักรู้จุดแข็งและจุดอ่อนทั้งของตัวเองและของหน่วยงาน

และพร้อมปรับปรุงพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการคิดเชิงวิเคราะห์ถึงปัจจัยภายนอกที่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ รอบด้านที่มีผลต่อองค์การอย่างองค์รวม การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ รวมถึงการสร้างและใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานวิจัยในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Sritaklin¹¹ ที่กล่าวว่าผู้นำที่ดีต้องรู้จักตนเอง เข้าใจในตัวตนของตนเองว่าต้องการอะไร รู้เป้าหมายของตนเองทั้งในชีวิตส่วนตัวหน้าที่การงาน องค์กรที่บริหารงาน รู้ถึงศักยภาพของตนในการทำงาน สามารถควบคุมตนเองได้ และเข้าใจตนเองให้ได้อย่างถ่องแท้ Phimchaisai, Marien, Taewaphokinkul, และ Kawinsuporn¹² กล่าวว่าผู้บริหารต้องตระหนักรู้ในตัวเองและคนอื่นรวมถึงเรื่องทั่วไป และค่านิยมขององค์การ

3. ด้านมีความรู้เชิงวิชาชีพพยาบาลและมาตรฐานสากล หัวหน้าพยาบาลต้องรู้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมของโรคต่าง ๆ ต้องมีความรู้ทางการแพทย์ทั้งเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ โรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้น ความรู้ในเชิงวิชาชีพในการให้การพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วย และมาตรฐานสากลของคุณภาพทางการแพทย์ สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า¹⁴ ในหมวดการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing) กล่าวว่า ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล Vejjalak¹ กล่าวว่า ผู้นำพยาบาลต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง ต้องมีความรู้ในงานและวิชาชีพทั้งความรู้เชิงวิชาชีพงานคุณภาพ ตามมาตรฐานทางการแพทย์ทั้งในระดับชาติและระดับสากล และ The American Organization of Nurse Executives (AONE)¹⁵ กล่าวถึงกรอบแนวคิดสมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลด้านหนึ่งคือมีความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและการดูแลสุขภาพ กล่าวคือหัวหน้าพยาบาลจะต้องมีความรู้ทางการแพทย์ และด้านการปฏิบัติทางคลินิก การให้การพยาบาลตามหลักฐาน



เชิงประจักษ์ การถ่ายทอดความรู้ รวมถึงการจัดหาและจัดสรรทรัพยากรสำหรับการเรียนรู้ สนับสนุนบุคลากรให้ใช้ความรู้มาพัฒนางาน ส่งเสริมการทำวิจัย กระตุ้นการทำงานให้เกิดคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งในระดับชาติและระดับสากล

4. ด้านการยอมรับและกล้าเปลี่ยนแปลง (Change Agent) การเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันนั้นมีความเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต การเป็นผู้นำในองค์กรในยุคใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ อยู่เสมอ ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องเปิดใจพร้อมรับ และทันต่อการเปลี่ยนแปลง มองเป้าหมายของอนาคตอย่างมีวิสัยทัศน์ เข้าใจและสามารถเชื่อมโยงสถานการณ์ปัจจุบัน และสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง เพื่อเตรียมการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อนำองค์กรให้ก้าวทันกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุค สอดคล้องกับ Thongkalaya¹⁶ ที่กล่าวว่า ผู้นำต้องปรับตัวและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอนาคต และพบว่าผู้นำที่ตื่นตระหนกกับเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง และสามารถปรับตัวได้ตลอดเวลา คือคนที่อยู่รอดได้ และ Athisuk¹⁷ กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จอีกประการหนึ่งคือ โรงพยาบาลสร้างทีมบุคลากรให้มีแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงเดียวกัน คือทุกคนต้องมีการปรับตัว Adaptive Organization กล้าเปลี่ยนแปลง มี Positive mind และเรียนรู้การทำงาน ของศาสตร์อื่นด้วย และ Sanrattana และคณะ¹⁸ ที่กล่าวว่า ภาวะผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Vision for change) ไว และยอมรับการเปลี่ยนแปลง

5. ด้านคิดเชิงกลยุทธ์/เป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ หัวหน้าพยาบาลต้องเข้าใจบริบทและแนวโน้มขององค์กร มีความคิดเชิงกลยุทธ์ คิดวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ถึงปัญหา สาเหตุ ผลกระทบ และวางแผนทางการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบายขององค์กร วางเป้าหมายเชิงกลยุทธ์และกำหนดการประเมินผลการทำงานเพื่อรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะสั้น

และระยะยาว สอดคล้องกับลักษณะองค์การที่มีผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย (TQA)¹⁴ ข้อหนึ่งคือ การวางแผนกลยุทธ์ กล่าวว่าการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการกำหนดวิสัยทัศน์ เพื่อสร้างความชัดเจนในทิศทางเป้าหมายของการบริหาร เป็นภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาล ที่ผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ (Strategy of vision)¹⁸ หมายถึง การที่หัวหน้าพยาบาลสมัยใหม่ต้องมองการณ์ไกลบนฐานความคิดที่นอกกรอบ แต่บนฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ มีหลักคิด เทคนิค วิธีการที่ทันสมัย พร้อมทั้งหาเทคนิคใหม่ๆ มาปรับใช้ในองค์กร Sanford และ Janney¹⁹ ที่กล่าวว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ในอนาคตในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ข้อสำคัญคือการมีการคิดเชิงกลยุทธ์และการตัดสินใจ ที่ต้องสามารถตั้งสมมติฐาน คิดหาแนวทาง/พัฒนากลยุทธ์ต่าง ๆ และตัดสินใจให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ของโลกในปัจจุบัน

6. ด้านความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) หัวหน้าพยาบาลต้องตระหนักถึงอารมณ์ตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีการแสดงออกที่เหมาะสม รวมถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีทักษะในการอยู่และทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร เข้าใจความคิด ความรู้สึก รับรู้อารมณ์ของผู้อื่น และช่วยให้เกิดการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการได้อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ สอดคล้องกับ Sanrattana และคณะ¹⁸ ที่กล่าวว่า ภาวะผู้นำที่สำคัญคือ มีความยืดหยุ่น (flexibility) เป็นความยืดหยุ่นในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีความฉลาดทางอารมณ์ที่เข้มแข็ง และ Juito²⁰ ที่กล่าวว่า ผู้นำที่ดีต้องเป็นผู้มีอารมณ์มั่นคง มีความเฉลียวฉลาดและต้องมีความฉลาดภายใต้การรู้จักควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสมด้วย

7. ด้านการสร้างแรงจูงใจ/แรงบันดาลใจ **ให้กับทีม** หัวหน้าพยาบาลต้องสร้างเจตคติที่ดี สร้างพลังการคิดในแง่บวก กระตุ้นพลังแห่งจิตใจให้ผู้นับตามมีความ



มุ่งมั่น กระตือรือร้นในการทำงาน สร้างผลงาน ให้อำนาจ เป็นเจ้าของวิสัยทัศน์และมุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุ เป้าหมายร่วมกัน โดยผ่านกระบวนการชื่นชมบุคลากรที่มี ผลการปฏิบัติงานที่ดี รวมถึงการประสาน ทำงานร่วมกับ ทีม ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Juito²⁰ ที่กล่าวว่าผู้นำต้องใส่ใจ สร้างแรง จูงใจให้เกิดขึ้นในการทำงานของบุคลากรในองค์กร ให้โอกาสบุคลากรมีอิสระทางความคิด ได้สร้างผลงาน ให้หน่วยงาน จูงใจ โน้มน้าวบุคลากรให้เกิดความ กระตือรือร้นและเห็นคุณค่าของงาน มุ่งมั่นที่จะทำงาน ให้บรรลุเป้าหมายที่มีร่วมกัน และ Sritaklin¹¹ กล่าวว่า หัวหน้าพยาบาลต้องมีภาวะผู้นำที่ดี ต้องสามารถสร้าง แรงจูงใจ คำนึงร่วมแก่สมาชิกในองค์กร ใช้เทคนิค ต่าง ๆ กลวิธีที่จะทำให้สมาชิกภายในองค์กรเกิดความรู้สึก ร่วมกันในการตั้งใจพัฒนาปฏิบัติงาน ท่วมเทเพื่อความสำเร็จ ขององค์กร

8. ด้านการกระตุ้นทางปัญญา เวลาเกิด ปัญหาขึ้นจากการทำงานในองค์กรนั้น ไม่ว่าจะ เป็น ปัญหาเล็กหรือปัญหาใหญ่ ก็อาจส่งผลกระทบต่อระบบการทำงาน ในหน่วยงานหรือองค์กรได้ เนื่องจากแต่ละคนมี ประสบการณ์ในการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา การตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นหัวหน้าพยาบาล ต้องกระตุ้นผู้ตามให้เกิดการคิด เรียนรู้ ตระหนักถึงสาเหตุ ของปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และมีความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนในการแก้ไขปัญหา ร่วมมือในการแก้ ปัญหาและหาแนวทางใหม่ ๆ มาแก้ปัญหาในหน่วยงาน ร่วมกันอย่างเป็นระบบ รวมถึงส่งเสริมให้บุคลากรมีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำวิจัย เพื่อการพัฒนาคุณภาพ สอดคล้องกับ Auareesuksakun และ Chuntuk²¹ ที่กล่าวว่าผู้นำต้องมีการกระตุ้นทางปัญญา ส่งเสริมให้ ผู้ร่วมงานรู้จักวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้เหตุผลและข้อมูล สนับสนุน และเห็นแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหา รวมถึง การให้อิสระทางความคิดและสนับสนุนวิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้นกว่าเดิม

9. ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นองค์กรขนาดใหญ่ที่มี สมาชิกที่มีความแตกต่างหลากหลาย หัวหน้าพยาบาล จึงต้องบริหารงานโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล วัฒนธรรม ความแตกต่างระหว่างรุ่น ดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษา พูดคุยกับผู้ตามทั้งเรื่องชีวิต ส่วนตัวและการทำงาน มอบหมายงานให้เหมาะสมกับ ความสามารถของแต่ละบุคคล อำนวยความสะดวก และสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริม พัฒนาผู้ตามให้มีศักยภาพในการทำงานเหมาะสมตาม ตำแหน่งหน้าที่ ตรงตามความต้องการของหน่วยงาน สอดคล้องกับ Sanrattana และคณะ¹⁸ ที่กล่าวว่าภาวะผู้นำ ที่สำคัญด้านหนึ่งคือ การบริหารความก้าวหน้าส่วนบุคคล หรือในวิชาชีพ ทั้งของตนเองและผู้ใต้บังคับบัญชา โดยผู้บริหารต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของ ตนเองและจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาตนเองให้สามารถ บูรณาการพฤติกรรมภาวะผู้นำเข้ากับการปฏิบัติงาน ตามยุทธศาสตร์ และต้องมีทักษะการฝึกสอน การส่งเสริม พัฒนาบุคลากรอื่น และมีความสัมพันธ์ระหว่างกันกับ คนอื่นอย่างมีพลวัตด้วย

10. ด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มี

คุณภาพ และความปลอดภัย โรงพยาบาลเป็นสถานที่ ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลมุ่งเน้นคุณภาพและ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นสำคัญ หัวหน้าพยาบาลจึงต้องมีการปลูกฝังแนวคิดและทัศนคติ ผ่านการแสดงออกถึงค่านิยมขององค์กรให้กับผู้คน ในองค์กรในการสร้างและพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรม ความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรในองค์กร เพื่อให้มีแนวคิการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกัน โดยสร้าง ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการประเมินและการรายงาน ที่เหมาะสม และการพัฒนาผลการปฏิบัติที่มีคุณภาพ ในระดับมาตรฐานสากล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของ องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อความปลอดภัยของ ผู้รับบริการและบุคลากรในองค์กร สอดคล้องกับเกณฑ์ การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า¹² ในด้าน



การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง กล่าวว่า ผู้นำระดับสูง ผู้นำองค์กรสื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแล ผู้รับบริการ โดยผู้นำระดับสูงต้องสร้างและส่งเสริม วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และในด้าน ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ และ จากเกณฑ์ลักษณะ องค์การที่มีผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศตามเกณฑ์รางวัล คุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย¹⁴ ในด้านการจัดการ ทรัพยากรมนุษย์ ที่กล่าวว่าผู้บริหารต้องเสริมสร้าง สภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความปลอดภัย มีความ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

11. ด้านมุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของ องค์การ (Stake Holder) หัวหน้าพยาบาล มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพโดยการวางแผน กำหนดกระบวนการ พัฒนาและนโยบายต่าง ๆ พิจารณาลักษณะเฉพาะของ หน่วยงานจากจุดอ่อนและข้อได้เปรียบด้านการแข่งขัน ในอนาคต โดยคำนึงถึงผู้ให้การสนับสนุนและผู้ได้รับ ประโยชน์ที่มีผลกระทบต่องค์การทั้งหมด อีกทั้งมี สัมพันธภาพที่ดี เข้าใจความคาดหวัง ของผู้ได้รับประโยชน์ หรือผลกระทบ มีเครือข่ายและพันธมิตรขององค์การที่ดี สอดคล้องกับ Sritaklin¹¹ ที่กล่าวว่า ผู้บริหารโรงพยาบาล จะต้องมีความสามารถในการสร้างเครือข่ายทั้งภายในองค์กร และระหว่างองค์กร การให้ความร่วมมือระหว่างพันธมิตร มีกิจกรรมร่วมกับพันธมิตรและสังคม สอดคล้องกับ Juuito²⁰ ที่กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้นำองค์กรประสบ ความสำเร็จคือ การสร้างเครือข่าย โดยผู้นำในยุคนี้ ยุคหน้า ต้องสร้างตัวเองให้เป็นคนทุกวงการ ทุกสาขา วิชาชีพ ต้องสร้างเครือข่ายที่กว้าง พร้อมทั้งจะร่วมมือกับ ทุกฝ่ายในรูปของหุ้นส่วน ร่วมมือกับผู้อื่น/องค์กรอื่น แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี วัสดุอุปกรณ์ร่วมกัน Sanrattana และคณะ¹⁸ กล่าวถึงภาวะผู้นำที่สำคัญ ประการหนึ่งคือ การสร้างชุมชน สร้างเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลนำผลการศึกษ ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลไปใช้เป็นแนวทางในการ ประเมินพัฒนาตนเอง เพื่อเพิ่มภาวะผู้นำในตนเอง ให้สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และใช้ เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมด้านภาวะผู้นำ หรือพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมภาวะผู้นำของผู้บริหาร ทางการพยาบาลในทุกระดับรุ่นต่อไป (Succession planning)

References

1. Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Indicators details of Ministry of Public Health, Annual fiscal year 2018 [Internet]. 2017 [cited 2017 December 5]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/kpi_template2561.pdf
2. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Strategy to develop Thailand as an international health center (MEDICAL HUB) (2017-2026) [Internet]. 2016 [cited 2017 December 5]. Available from: <https://hss.moph.go.th/fileupload/2560-102.pdf>
3. Wimon Siri P. The 20-year national strategy, the future of Thailand. for stability, prosperity, and sustainability) [Internet]. 2016 [cited 5 December 2017]. Available from: http://planning.pn.psu.ac.th/plan_doc/procedure/docs_procedure/300_1498813858.pdf



4. Vejyalak N. Executive leadership. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2017.
5. Boonyamanee T. Leadership and change. Bangkok: Odeon Store; 2007.
6. Singhanetr S, Jaisit J, Henkeaw W. Nursing leadership in the 21st century. Naresuan Phayao J 2017; 10(1): 17-22. (in Thai)
7. Greenleaf RK. Servant-leadership: A journey into the nature of legitimate power and greatness. Mahwah, NJ: Paulist Press; 2002
8. Huston C. Preparing nurse leaders for 2020. J Nurs Manag 2008; 16(8): 905-11.
9. Bass BM, Avolio BJ. Improving organization effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks: Sage; 1994.
10. Macmillan TT, The delphi technique: Paper presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development; 1971 May, 3-5. Santa Barbara City Schools. California: Monterey; 1971.
11. Sritaklin P. Leadership with hospital management [Internet]. 2015 [cited 2020 June 30]. Available from: <https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book581/Hospital581.pdf>
12. Phimchaisai P, Marien A, Taewaphokinkul M, Kawinsuporn P. The servant leadership: New paradigm for nurse administrators. JRTAN 2020; 21(1): 9-17. (in Thai)
13. Srichand T, Techapahaphong S, Methakunwut P. An analysis of the components of leadership in the 21st century of student organization committee members. JRM 2016; 29(2): 139-56. (in Thai)
14. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). "TQA Criteria for Performance Excellence Framework" 2563-2564. Bangkok: Eastern Printing Public; 2019.
15. American Organization of Nurse Executives. AONE nurse executive competencies [Internet]. 2015 [cited 2020 June 30]. Available from: www.aone.org/resources/nec.pdf
16. Thongkalaya B. Thailand 4.0: Leadership in The Future. In Intarruangsi J, Pilalai T, et al. editors. HAI Note Taker 2017 Vol.2 Inner Power, Together We can. Bangkok: HealthWork Plus Co., Ltd.; 2017. p. 94-8.
17. Athisuk P. New Era of Hospital management, Notice and Value. In Intarruangsi J, Pilalai T, et al. editors. HAI Note Taker 2017 Vol.2 Inner Power, Together We can. Bangkok: HealthWork Plus Co., Ltd.; 2017. p. 103-9.
18. Sanrattana W, Phrakrusutheejarriyawat, Phrakrudhammapismai, Subhakicco P, Thacha W. Leadership for the 21st century. JEDU NU 2018; 20(1): 261-71. (in Thai)
19. Sanford K, Janney M. Preparing the nurse executive of the future. JONA 2019; 49(4): 171-3.
20. Juito S. Modern organization to high performance organization. 5th ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press; 2016.
21. Auareesuksakun A, Chuntuk T. Transformational leadership: Changing challenges to achieve organization sustainability. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2016; 9(1): 845-60. (in Thai)



บทความวิจัย

ผลการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัด ทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ไพรัตน์ ศุภระศร* และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย โดยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องชนิดของทวารเทียม (ชั่วคราวและถาวร) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal และ Johnson เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีและสถิติทดสอบค่าเอฟ

ผลการวิจัย: 1) ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: ผลการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: วิตกกังวล/ ทวารเทียม/ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก/ ไลน์



The Effect of Information Giving via Line on Anxiety after Stoma Surgery among Older Persons with Colorectal Cancer

Pairat Sukrasara* and Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: 1) To compare post-colostomy anxiety among elderly patients with colorectal cancer before and after providing information via the LINE application; 2) To compare post-colostomy anxiety among elderly patients with colorectal cancer between the experimental group who received information via the LINE application and patients who received routine care only.

Design: Quasi-experimental research.

Methods: The subjects were 44 patients aged more than 60 years who were diagnosed by a doctor with colorectal cancer and were treated by colostomy at Chulalongkorn Hospital. The subjects were assigned to the experimental and control groups with 22 subjects in each group. The subjects were paired for similarity of colostomy type (temporary and permanent). The control group received routine care only, while the experimental group received the program for providing information via the LINE application. This program was developed by the researcher who applied Leventhal and Johnson's Self-regulation Theory. Data collection instruments consisted of the state anxiety assessment form with Cronbach's Alpha Coefficient at .80. Data were analyzed by using descriptive t-test statistics and f-test statistics.

Finding: 1) Post-colostomy anxiety among elderly patients with colorectal cancer after providing information via the LINE application was lower than before providing information with statistical significance at .05; 2) Post-colostomy anxiety among elderly patients with colorectal cancer in the experimental group who were provided information via the LINE application was lower than patients who received routine care with statistical significance at .05.

Conclusion: Provision of information via the LINE application for elderly patients with colorectal cancer was able to reduce patients' post-colostomy anxiety and relieve anxiety better than routine care only.

Keywords: Anxiety/ Stoma/ Colorectal cancer/ LINE

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.

E-mail: sisasat@gmail.com



บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากข้อมูล International Agency Research on Cancer (IARC) พบว่า เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลก¹ ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ คิดเป็น 8.8 ต่อ 100,000 คน/ปี ในปี พ.ศ. 2558 พบสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับและปอดตามลำดับ ในเพศหญิงเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งตับตามลำดับ² เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยได้ทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และต้องทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มีทวารเทียม ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดระหว่างเข้าสู่กระบวนการรักษา อีกทั้งสมรรถนะในการปรับตัวในผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวลและความเครียดนั้น ต่ำกว่าคนวัยอื่น แม้ว่าจะเคยมีประสบการณ์มาก่อน Spielberg และคณะ³ กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามและกำลังเผชิญอยู่ เกิดจากไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ได้ล่วงหน้า ส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะวิตกกังวลหากไม่ได้รับการแก้ไขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ความวิตกกังวลในระยะหลังผ่าตัดมีทวารเทียม ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ยังต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีความสับสนเนื่องจากไม่รู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไร ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่าวัยผู้ใหญ่⁴ 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ 2.1) การมีโรคร่วม⁵ ส่งผลต่อการรักษาได้ เป็นปัจจัยเสี่ยงของความวิตกกังวลที่มีอาการรุนแรง 2.2) ระยะเวลาที่มีทวารเทียมน้อยกว่า 3 เดือน⁶ ต้องใช้เวลาในการปรับตัว

และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีทวารเทียม 2.3) ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดถาวรมีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต 2.4) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน Braamse และคณะ⁵ พบว่า ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคจากแพทย์หลังเริ่มมีอาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเสี่ยงของความวิตกกังวลที่มีอาการรุนแรง 2.5) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากทวารเทียมไม่มีกล้ามเนื้อหูรูด ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ อาจเกิดกลิ่นและแก๊สที่ไม่พึงประสงค์ กลัวการเข้าสังคม⁷ 2.6) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย ที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบการขับถ่ายอุจจาระจากทวารหนักมาอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง⁸ 2.7) รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลและหลังผ่าตัดมีทวารเทียม มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น⁹ และ 2.8) การขาดความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียม หากเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น¹⁰ และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ 3.1) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁶ และ 3.2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁶

การผ่าตัดมีทวารเทียมทำให้เกิดความวิตกกังวลของการดูแล การขาดความรู้ในการดูแลทวารเทียมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม¹⁰ ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดชั่วคราวมีปัญหาผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองมากกว่าชนิดถาวร ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมระยะแรก (Early complication) 1–30 วัน หลังผ่าตัด พบร้อยละ 43 และระยะหลัง (Late complication) >30 วัน หลังผ่าตัด พบร้อยละ 57 สาเหตุมาจากการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อปกป้องผิวหนังและสำหรับทวารเทียมไม่เหมาะสม และร้อยละ 20 ของผู้ที่มีภาวะระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียมมีสาเหตุมาจากการตัดแป้นติดทวารเทียมกว้างเกินไป¹¹ ภาวะ



แทรกซ้อนของทวารเทียมที่ทำให้เกิดผิวหนังระคายเคืองได้แก่ ภาวะทวารเทียมดิ่งรั้ง ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ ภาวะไส้เลื่อนข้างลำไส้ เป็นต้น¹² ยากต่อการดูแลเนื่องจากไม่สามารถมองเห็นทวารเทียมได้โดยเฉพาะตำแหน่งของทวารเทียมที่อยู่ในรอยพับ รอยย่นหรือร่องของผิวหนังบริเวณหน้าท้อง นำไปสู่การเกิดผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง ผิวหนังแตกเป็นแผล เนื่องจากการหลุดและการดึงลอกแป้นออกบ่อย

ผลกระทบจากความวิตกกังวลยังส่งผลต่อผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมโดยพบว่ามีความคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดลดลง¹² และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง¹³

กระบวนการพยาบาลที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูล¹⁴ การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลช่วยให้เกิดการรับรู้ที่เข้าใจในสถานการณ์ คาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ มีการเตรียมจิตใจที่จะเผชิญปัญหาและสามารถควบคุมตนเองได้ ช่องทางการให้ข้อมูลมีหลากหลาย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิดีโอคลิป สื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น กระบวนการให้ข้อมูลทางการพยาบาลมีลักษณะการให้ข้อมูลเป็นการบรรยาย ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะมีทวารเทียม การแนะนำและสาธิตวิธีการทำความสะอาดทวารเทียม การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เป็นการให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาค่อนข้างมาก ยากในการจดจำและการทำความเข้าใจในการปฏิบัติตัวต่อการดูแลทวารเทียม Herlufsen และคณะ¹⁵ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดแบบถาวร จำนวน 630 ราย พบว่า ร้อยละ 62 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ทราบว่ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติ และร้อยละ 80 ไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เนื่องจากไม่รู้และไม่เข้าใจว่ามีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม นอกจากนี้ Ratliff,

Scarano, และ Donovan¹⁶ พบร้อยละ 20 ของผู้ที่มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมมีสาเหตุมาจากการตัดแป้นติดทวารเทียมกว้างเกินไป ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ถ้าผู้มีทวารเทียม และ หรือผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลทวารเทียม

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ที่มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 หลายหน่วยงานส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในชีวิตประจำวันมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลดีหลายด้าน เช่น ทำให้ไม่รู้สึกเหงา สามารถติดต่อสื่อสารกับเพื่อนฝูงหรือลูกหลานได้ง่าย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้สูงอายุที่นิยมกันมาก คือ ไลน์ (LINE)¹⁴ เนื่องจากสามารถใช้สื่อสารโต้ตอบระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารผ่านระบบโทรศัพท์และวิดีโอคอลฟรี เป็นการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถของบุคคล การได้รับประโยชน์จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ลดข้อจำกัดในด้านเวลาและสถานที่ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุในการปฏิบัติงานของพยาบาลในปัจจุบัน การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นการให้ข้อเท็จจริงในการปฏิบัติตัวตามสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลและเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹⁷ กล่าวถึง การให้ข้อมูลช่วยให้เกิดแบบแผนความคิด ความรู้ความเข้าใจ (Schema) สามารถเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามและหาแนวทางตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจได้อย่างเหมาะสม ประเภทของการให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ โดยการให้ข้อมูลที่อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการรักษา 2) ข้อมูลบอกความรู้สึก เป็นข้อมูลความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ 3) ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลที่ควรมีพฤติกรรม



ถูกต้องอย่างไร และ 4) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับเหตุการณ์ เป็นการให้ข้อมูลที่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น¹⁸

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal และ Johnson¹⁷ นำมาให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิปผ่านทาง Application LINE ของห้องแชทไลน์ (Chat LINE) ที่สามารถส่งข้อความวิดีโอและเก็บบันทึกไว้ใน Note ของห้องแชท LINE ได้ โดยไม่มีวันหมดอายุ ไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม และการดูแลทวารเทียมหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง สามารถเปิดดูพบทวนได้บ่อยครั้งตามความต้องการจนเกิดการจดจำ มั่นใจในการดูแลทวารเทียม ลดความวิตกกังวลต่อการมีทวารเทียมได้ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดมีทวารเทียม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์

2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 44 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย ที่รับการผ่าตัดระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2562

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับ 8-10 คะแนน หมายถึง อาจมีความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า Thai HADS ในการคัดกรอง (หากพบว่าได้คะแนน ≥ 11 หมายถึงมีความผิดปกติทางจิตเวช จะรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรึกษาส่งต่อผู้ป่วยพบจิตแพทย์)

2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท สามารถพูด ฟัง มองเห็น อ่านและเขียนภาษาไทยและสื่อสารได้

3) มีความยินดีเข้าร่วมและสมัครใจในการวิจัย

4) มีอุปกรณ์สื่อสารในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือหรือไอแพดหรือแท็บเล็ต เป็นต้น ที่สามารถเข้าใช้ Application LINE ได้และปรับขนาดตัวหนังสือข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้สามารถให้มองเห็นและอ่านได้ชัดเจน



กรอบแนวคิด

การให้ข้อมูลผ่านไลน์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹⁷ ดังนี้

พบครั้งที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre-test) จากนั้นให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิปเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายส่งข้อมูลให้เป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE ได้แก่ 1) Anatomy ของลำไส้ก่อนและหลังผ่าตัดและโรคมะเร็งลำไส้ 2) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) สภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมและแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูทบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบผู้ป่วยทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วย แนะนำอุปกรณ์ และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลองและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ 1) การแนะนำอุปกรณ์สำหรับทวารเทียม การดูแลทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย และ 2) การเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังมีทวารเทียมทาง Chat LINE ใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที และส่งคืนแบบบันทึกการเข้าดูสื่อผ่าน LINE

ขั้นประเมินผลการทดลอง สรุปผลการดำเนินการทดลอง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นซักถามและตอบข้อสงสัย ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ The State Anxiety Inventory: From Y-1 ชุดเดิม (Post-test)

ความวิตกกังวล
หลังผ่าตัดทำ
ทวารเทียม
ในผู้สูงอายุ
โรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่
และทวารหนัก



เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามระยะเวลาที่กำหนดของโปรแกรม
- 2) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power of analysis) ของ Burn และ Grove¹⁹ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 เป็นระดับของขนาดอิทธิพลปานกลาง ทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-Tailed Test) เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย รวมทั้งหมด 44 ราย จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched pair) ในเรื่องชนิดของทวารเทียม (ชนิดชั่วคราวและถาวร) และทำการคัดเลือกจนครบ 22 คู่ ตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือคัดกรองแบบวัดความวิตกกังวล

Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ที่ Nilchaikowit, Lotrakul, Phaisansuthidet²⁰ แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับมาจากแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond และ Snaith²¹ ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ในการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่ จำนวน 60 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .8551 Theerathongdee และคณะ²² นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง

ของเครื่องมือ เท่ากับ .81 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ การให้คะแนนแบบ Likert scale โดยมีการให้คะแนน 0-3 คะแนน คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมดรวมกัน 21 คะแนน แบ่งระดับคะแนนดังนี้ คะแนนรวม 0-7 คะแนน คือ ไม่มีภาวะวิตกกังวล, 8-10 คะแนน คือ สงสัยว่าอาจจะมีภาวะวิตกกังวล, 11 คะแนน คือ มีภาวะวิตกกังวล

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ผ่าตัด วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ชนิดของทวารเทียม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

2.2) แบบประเมินความวิตกกังวล

แบบเผชิญ (The State Anxiety Inventory: From Y-1) ของ Spielberger และคณะ³ แปลเป็นภาษาไทยโดย Thapinta²³ นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93 ลักษณะเครื่องมือ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 10 ข้อ ในแต่ละข้อได้แบ่งระดับความรู้สึกออกเป็นมาตราส่วน วัดค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ

ทวารเทียม เป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความรู้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีการทำแบบประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดวันที่ 3 ประกอบด้วย ข้อคำถามเลือกถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน และข้อไม่ทราบได้ 0 คะแนน เกณฑ์ผ่าน คือ ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ตอบคำถาม



ได้ถูกต้อง 16 ข้อ แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ทวารเทียม หากภายหลังการให้ความรู้ ผู้ป่วยได้คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยสอบถาม เปิดโอกาส ให้ซักถามและตอบข้อสงสัยภายหลังทำแบบประเมิน พร้อมให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ยังไม่เข้าใจให้ถูกต้อง และทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมซ้ำอีกครั้ง จนกว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การทดลอง

3.2) แบบประเมินความสามารถในการ เปลี่ยนแป้นและถูกรองรับสิ่งขับถ่าย เป็นแบบประเมิน ทักษะความสามารถการดูแลทวารเทียมหลังกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 13 ข้อ เกณฑ์ประเมินการให้คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด 2 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน 1 คะแนน และปฏิบัติ ไม่ได้ 0 คะแนน ในแต่ละข้อที่ประเมินควรได้คะแนน อย่างน้อย 1 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม พร้อมสาธิตการเปลี่ยนแป้น และถูกรองรับสิ่งขับถ่ายในเรื่องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ได้ และให้ผู้ป่วยทำการสาธิตย้อนกลับอีกครั้งจนกว่า กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การประเมิน

3.3) แบบบันทึกการเข้าสู่สื่อผ่าน LINE เป็นแบบสำรวจการเข้าสู่สื่อเพื่อใช้ทบทวนการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยเขียนวันที่ จำนวนครั้งที่เข้าดูทบทวน โดยมีเกณฑ์ในการเข้าสู่สื่อ ก่อนและหลังทำผ่าตัดในแต่ละสัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้ง หากดูสื่อวิดีโอทัศน์ไม่จบในแต่ละคลิป ให้ระบุเหตุผล ในช่องหมายเหตุ เพื่อผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือและแก้ไข ปรับปรุงต่อไป

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

4.1) โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹⁷ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบ แนวคิดในการสร้างโปรแกรม

4.2) คู่มือ เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้มี ทวารเทียม

4.3) วิดีโอคลิป เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม สำหรับ ส่งให้ผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะ กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยได้รับการอนุมัติ เลขที่ โครงการวิจัย 593/61 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2561 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการทำวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

1.1) วางแผนดำเนินการในการทำวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.2) เตรียมผู้ดำเนินการวิจัย โดยเตรียม ความพร้อมของผู้วิจัยในเรื่องความรู้การพยาบาล หลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โดยทบทวนวรรณกรรม ตำราที่เกี่ยวข้อง และเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

1.3) เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1.4) ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยขอรับการ พิจารณาเมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมในคน คณะกรรมการพิจารณา วิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูลในการทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุมัติการเข้าถึง และเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา เมื่อได้รับหนังสือ อนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนในการวิจัย และขั้นตอน ในการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย



2. ขั้นตอนการทดลอง การดำเนินการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาของการให้ข้อมูลผ่านไลน์กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด 2 ครั้งและหลังผ่าตัด 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-50 นาที โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พบครั้งที่ 1 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ทำการคัดกรองความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS หากได้คะแนน 8-10 คือผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จึงเชิญเข้าร่วมกลุ่มในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมก่อนผ่าตัด

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญหน้าโดยใช้แบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre-test)

พบครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญหน้า The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Post-test) หลังดำเนินกิจกรรมเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่ออ่านทบทวน

2.2 กลุ่มทดลอง

พบครั้งที่ 1 (เหมือนกลุ่มควบคุม) และผู้วิจัยสร้างรายชื่อผู้ติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือหรือไอแพด ของผู้ป่วยผ่าน Application LINE และขออนุญาตปรับปุ่มตัวอักษรของข้อความให้มีขนาดใหญ่ขึ้น

เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

พบครั้งที่ 2 (ก่อนผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญหน้าโดยใช้แบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Pre-test) จากนั้นให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบวิดีโอคลิปเกี่ยวกับโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีทวารเทียม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังบรรยายผู้วิจัยส่งข้อมูลให้เป็นวิดีโอคลิปผ่านทาง Chat LINE พร้อมคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียมและแบบบันทึกการเข้าสู่ไลน์ LINE ส่งข้อความทักทายและเตือนให้เปิดดูทบทวนข้อมูลทาง Chat LINE ก่อนพบกันทุกครั้ง

พบครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัด 1 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วย แนะนำอุปกรณ์ และให้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมจริงทดลองสัมผัส และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วย

พบครั้งที่ 4 (หลังผ่าตัด 2 วัน) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดทวารเทียม ถูรองรับสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียมกับทวารเทียมจำลอง และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ และส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วยทาง Chat LINE

พบครั้งที่ 5 (หลังผ่าตัด 3 วัน) ผู้วิจัยสาธิตการทำความสะอาดทวารเทียมและถูรองรับสิ่งขับถ่ายกับทวารเทียมจริงของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ประเมินความสามารถในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวารเทียม และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทวารเทียม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแป้นและถูรองรับสิ่งขับถ่าย ส่งวิดีโอคลิปให้ผู้ป่วยทาง Chat LINE และส่งคืนแบบบันทึกการเข้าสู่ไลน์ LINE หลังดำเนินกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณและส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำการ

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง หลังพบผู้ป่วยครั้งที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญหน้าโดยใช้แบบประเมิน The State Anxiety Inventory: From Y-1 (Post-test) กล่าวขอบคุณเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่เริ่มลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test และ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่เริ่มลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ F-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

คิดเป็นร้อยละ 56.8 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.1 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.5 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 81.8 แหล่งที่มาของรายได้ มาจากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 43.2 การดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล มีบุตร/หลาน ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 45.5 วันที่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะเวลามากกว่า 4 เดือนขึ้นไป -6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.8 ระยะวันที่นอนในโรงพยาบาล 1-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 63.6 ชนิดของทวารเทียม เป็นแบบชนิดชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 63.6

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคเมื่เริ่มลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคเมื่เริ่มลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนและหลังให้ข้อมูลผ่านไลน์

ความวิตกกังวล	n	mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	22	49.64	4.56	ปานกลาง	21	12.046	.000
หลังทดลอง	22	38.91	2.45	ต่ำ			

3. ความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ ก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	.091	1	.091	.005	.944
Within Groups	766.545	42	18.251		
Total	766.636	43			



4. ความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับ ผ่านไลน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูล (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังทำผ่าตัดทวารเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ หลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	145.455	1	145.455	14.854	.000
Within Groups	411.273	42	9.792		
Total	556.727	43			

การอภิปรายผล

สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความวิตกกังวล หลังผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความวิตกกังวล หลังผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก หลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่า ก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลผ่านสื่อไลน์ สามารถลด ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ การให้ข้อมูลผ่านไลน์ เป็นการให้ข้อมูลกิจกรรมทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นตาม แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹⁷ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอก ความรู้สึก ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูล การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับเหตุการณ์ ทำให้ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความวิตก กังวลหลังผ่าตัดทวารเทียมลดลงจากความวิตกกังวล ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 49.64 เป็นความวิตกกังวลระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 38.91 การให้ข้อมูลผ่านไลน์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นและรับทราบถึงความรู้สึก

ต่าง ๆ ที่จะต้องประสบได้ชัดเจน ตรงกับสถานการณ์ ความเป็นจริง เมื่อประสบเหตุการณ์จริงทำให้สามารถ ควบคุมสภาพจิตใจให้พร้อมในการที่จะเผชิญเหตุการณ์ จึงมีคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทวารเทียมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pakantat, Boonprasit, และ Rattanawimol²⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับ ตนเองต่อความวิตกกังวลความปวดและความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยสลายนิ่วในทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹⁷ กล่าวคือ เมื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ดูวิดีโอที่มีข้อมูลครบถ้วน จัดเรียงลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาข้อมูลที่เข้าใจง่าย เป็นสื่อที่สามารถมองเห็น ภาพและมีเสียงที่สร้างความสนใจได้ดี สามารถบ่งบอก ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ ผู้ป่วยจึงมี การเรียนรู้ได้ดี โดยมีโครงสร้างของความคิด เกี่ยวกับการสลายนิ่วได้ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ การสลายนิ่วจริง ผู้ป่วยจึงสามารถแปลความหมายของ เหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจนและสามารถ คาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ลดลง ส่งผลให้ชดกันความปวดหรือระดับการเริ่มรับรู้ ความปวดเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความปวดลดลง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความวิตกกังวล หลังผ่าตัดทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลผ่านไลน์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ความวิตกกังวล หลังผ่าตัดทำทวารเทียมระหว่างผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านไลน์ แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูล ไม่เพียงพอซึ่งเป็น ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ คุกคามที่ต้องประสบหลังผ่าตัด ที่ช่วยให้คาดเดาเหตุการณ์ ที่จะเกิดขึ้นหรือตรงกับประสบการณ์จริงที่ได้รับ จึงมี คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียม เป็นความวิตกกังวลระดับปานกลางระดับเดิม เนื่องจากการให้ข้อมูลส่วนใหญ่ของพยาบาลเป็นการพูดลักษณะ บรรยาย ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถจดจำข้อมูลได้ทั้งหมด มีการซักถามข้อสงสัยในข้อคำถามเดิมบ่อย ๆ เนื่องจาก ความจำระยะสั้นบกพร่องก่อนความจำระยะยาว จึงส่งผล ให้คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกและ ข้อมูลการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยได้ทำการสาธิตย้อนกลับวิธีการดูแลทำความสะอาด ทวารเทียมและถูกรองรับสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนแป้น และถูกรองรับสิ่งขับถ่าย ข้อมูลชนิดนี้ทำให้สามารถควบคุม สภาพจิตใจและแสดงพฤติกรรมตอบสนองขณะเผชิญต่อ เหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงมีคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมจากความวิตก กังวลระดับปานกลาง ลดลงเป็นความวิตกกังวลระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ สามารถเปิดทบทวนดูข้อมูลซ้ำ ๆ ได้จากคู่มือและอุปกรณ์ สื่อสารต่าง ๆ ที่รองรับ Application LINE จนเกิด ความเข้าใจและจดจำ สามารถทำการโต้ตอบสื่อสาร ซักถามข้อสงสัยผ่านการโทรศัพท์หรือสามารถพิมพ์

ข้อความสนทนาผ่านทาง Chat LINE ระหว่างคู่สนทนา บนอุปกรณ์สื่อสารได้ง่ายขึ้น¹⁸ ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหา ในระยะเวลาอันสั้น เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และ พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ สอดคล้องกับ Horalith²⁵ พบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจมากขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสหลายทาง สามารถดึงดูดความสนใจได้มากกว่าการเรียนรู้ผ่านทาง ประสาทสัมผัสทางเดียว เนื่องจากภาพที่ใช้นั้นเป็นภาพ จากเหตุการณ์จริง มีการเรียงลำดับตามเหตุการณ์ที่ผู้ป่วย ต้องประสบ ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล ลงได้

ข้อเสนอแนะ

ผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวล หลังผ่าตัดทำทวารเทียมของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรนำเอาผลการให้ข้อมูล ผ่านไลน์นี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ สภากาชาดไทย บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้การสนับสนุน เป็นพื้นที่ของการศึกษาวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง



References

1. GLOBOCAN. [Internet] .Statistic cancer; 2015. [cited2017Feb 9]. Available from <https://www.iarc.fr/>
2. National cancer institute. Hospital Based Cancer Registry 2015. Bangkok: Pornthap Printing; 2017.
3. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists; 1983.
4. Bosshardt TL. Outcomes of ostomy procedures in patients aged 70 years and older. Arch Surg 2003; 138(10): 1077-82.
5. Braamse AM, van Turenhout ST, Terhaar sive Droste JS, de Groot GH, van der Hulst RW, Klemm-Kropp M, et al. Factors associated with anxiety and depressive symptoms in colorectal cancer survivors. Eur J Gastroenterol. Hepatol 2016; 28(7): 831-5.
6. Piputphon W, Khemaruncharot S. Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression in Colorectal Cancer Colostomy Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. [Master's Thesis, Mental Health Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014.
7. Sutthi P, Kimpee S, Danaidusadeekul S, Irmanirat C. Relationship of symptoms and quality of life and strategies for symptoms of colorectal cancer surgery. Naresaun Phayao J 2015; 8(2): 107-12. (in Thai)
8. Wannawong S, Isaramalai S, Kahawong W, Naknual S. Efficiency of program to support and enhance care agency to prevent complications in ostomates. Pnujr 2014; 6(3): 36-48. (in Thai)
9. Bullen TL, Sharpe L, Lawsin C, Patel DC, Clarke S, Bokey L. Body image as a predictor of psychopathology in surgical patients with colorectal disease. J Psychosom Res 2012; 73(6): 459-63.
10. Khunupan T, Thanasin S. The effect of information giving in group on anxiety of colorectal cancer patients with colostomy [Master's thesis, Nursing program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
11. Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP. Stoma complications: A multivariate analysis/discussion. Am Surg 2002; 68(11): 961-6.
12. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. Colorectal Dis 2003; 5(1): 49-52.
13. Eerathongdee K, Ronnaritthivichai C. Factors predicting quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery. [Master's thesis, Nursing program]. Nakhon Phathom: Mahidol University; 2014.



14. Puttewarnit S. Meta- analysis of nursing interventions on anxiety reduction among surgical patients [Master's thesis, Nursing program]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002.
15. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, Nybaek H, Jemec GB, Karlsmark T, et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs* 2006; 15(16): 854-62.
16. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005; 32(1): 33-7.
17. Leventhal H and Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC. (Eds.), *Behavioral Science and Nursing Theory*. St. Louis: The C.V. Mosby Co; 1983.
18. Electronic transaction development agency. Survey report user behavior internet in Thailand 2017 [Internet]. [cited 2017 Oct, 3]. Available from <https://www.edta.or.th/documents-for-download.html>
19. Burn N, Grove SK. The research process. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 8th ed. Maryland Heights, Missouri: Saunders Elsevier; 2009.p. 400-20.
20. Nilchaikowit T, Lotrakul M, Phaisansuthidet U. Development of the Thai version of the Hospital Anxiety and Depression Scale questionnaire in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41(1): 18-30.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6): 361-70.
22. Theerathongdee k, Ronarithiwichai C, Thongcharoen W, Pongthavornkamol K. Factors predicting quality of life in elderly colorectal cancer patients undergoing abdominal prosthesis. *Thai Cancer J* 2014; 34(2): 68-78. (in Thai)
23. Thapinta D. Reduction of anxiety of staff nurse working with AIDS patient through cognitive reconstruction and mindfulness training. [Doctoral's thesis, Educational Psychology program]. Bangkok; Chulalongkorn University; 1992.
24. Pakanta I, Boonprasit W, Rattanawimol C. The effects of self-regulation program on anxiety, pain, and distress of patients during extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL). *Journal of Nursing Science & Health* 2010; 4(2): 13-27. (in Thai)
25. Horalith L. Effectiveness of preparatory information on anxiety in patients with gastrointestinal surgery [Master's thesis, Nursing program]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008. (in Thai)



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพรต่อความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

สีแพร จงธรรม* และ รวินันท์ นุชศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพรต่อความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุประเภทติดสังคมซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี และมีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 60 ราย ได้รับการจับคู่ (Match pair) ด้วยเพศ อายุ ระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม และการรักษาข้อเข่าเสื่อม และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร 12 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร 2) แบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม โดยแบบประเมินชุดที่ 2 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90, 0.95, และ 0.87 และมีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพรต่อความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาการวิจัยครั้งต่อไป และควรขยายพื้นที่ในการศึกษาและเพิ่มศาสตร์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อมุมมองที่หลากหลาย

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง/ผู้สูงอายุ/ข้อเข่าเสื่อม/การนวดแผนไทย/การพอกสมุนไพร

* แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

E-mail: ravinun.n@psru.ac.th



The Effects of Self-care Program with Thai Massage and Combined herbal on Severity of Knee Osteoarthritis among Older Adults in a Community

Seeprae Chongton* and Ravinun Nuchasilp**

Abstract

Purpose: To study the effects of self-care program with Thai massage and combined herbal on the severity of knee osteoarthritis among older adults in a community

Design: Quasi-experimental research

Methods: The Samples consisted of 60 socially older adults aged 60-80 years who received treatment at a Tambon Health Promoting Hospital. Muang District, Phisanulok Province. There were assigned to experimental and control groups by random assignment and matched pair gender, age, the severity of osteoarthritis, and treatment osteoarthritis. Older adults in the experiment group received a program for self-care with Thai massage and combined herbal, while those in the control group received usual nursing care. The research instruments were 1) a self-care program with Thai massage and combined herbal 2) a knee osteoarthritis screening form 3) a knee osteoarthritis severity assessment scale. Its content validity was established by 3 experts and the content validity index (CVI) was 0.90, 0.95 and 0.87. Its interrater reliability coefficient was 0.87 and 0.85. Data were analyzed by descriptive statistics and the independent t-test

Results: 1) The mean post-test score for severity of osteoarthritis of the participants in the experimental after receiving the program was significantly significant lower than the mean pretest score ($p < .05$). 2) The mean post-test score for severity of osteoarthritis of the participants in the experimental group was statistically significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Conclusion: The program with Thai massage and combined herbal among severity levels of knee osteoarthritis in the older adult in the community. It should be applied in caring for older adults with knee osteoarthritis to reduce expenses for self-care communities. In the future should expand the area of study and various health partners should be added for diverse perspectives.

keywords: Self care/Older adult/Osteoarthritis/Thai massage/Herbal

* Thai Traditional Medicine, Bankrang Health Promotion Hospital, Meung District, Phisanulok Province

** Corresponding author, lecturer community, faculty of Nursing, Phibulsongkram Rajabhat University, E-mail: ravinun.n@psru.ac.th



บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบบ่อยในกลุ่มโรคกระดูกและข้ออุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ¹ ช่วงอายุระหว่าง 60-64 ปี มีความชุกร้อยละ 22.0 และช่วงอายุระหว่าง 70-74 ปี มีความชุกร้อยละ 40.0 และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ร้อยละ 1.0² สอดคล้องกับรายงานสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยรับบริการในหน่วยบริการจาก 241,135 ราย เป็น 274,133 ราย เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 8,250 ราย³ ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า ซึ่งอาจเกี่ยวกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อของร่างกาย⁴ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการสึกกร่อนของกระดูกอ่อน (Articular cartilage) และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ จากการใช้ข้อเข่าในการทำงานหนักเป็นเวลานาน เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ การนั่งขัดสมาธิเป็นเวลานาน ๆ⁵ วิถีชีวิตที่ส่งผลให้เกิดแรงกระทำต่อข้อเข่าที่มากผิดปกติ เช่น การนั่งกนิกนอนกินและไม่ออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักเกิน การงอเข่าเกิน 120 องศา การออกกำลังกายที่มีการปะทะ อุบัติเหตุที่ทำให้บาดเจ็บบริเวณเข่า การทำงานที่ต้องยกของหนักและนั่งยอง¹ เป็นต้น อาการทางคลินิก ได้แก่ 1) อาการปวดตื้อ ๆ ทำ ๆ ไปบริเวณข้อ ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน มักเป็นเรื้อรังและมากขึ้นเมื่อใช้งานหรือลงน้ำหนักบนข้อนั้น ๆ จะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน หากโรครุนแรงขึ้นอาจทำให้ปวดตลอดเวลาแม้กลางคืนหรือขณะพัก บางรายมีอาการตึงบริเวณข้อพับเข่า 2) ข้อฝืด (Stiffness) พบได้บ่อยมักเป็นตอนเช้าแต่ไม่เกิน 30 นาที อาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหวหลังจากพักเป็นเวลานาน และ 3) ข้อบวมและผิดรูป (Swelling and deformity) อาจพบขาโก่ง (Bow legs) หรือเข่าจิ้ง (Knock knee) ข้อที่บวมเป็นการบวมจากกระดูกงอกไปบริเวณข้อ สูญเสียการเคลื่อนไหวและการทำงาน มีอาการเดินไม่สะดวก มีเสียงดังกรอบแกรบ (Crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว หากมีการปฏิบัติตัวและดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดอาการปวดที่รุนแรง

ภายใน 1 ถึง 3 ปี⁷ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มีคุณภาพชีวิตลดลง และนำไปสู่ความพิการ ซึ่งจะทำให้เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชนได้⁸

การดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงและอาการรุนแรงจากโรคข้อเข่าเสื่อมมีรูปแบบที่หลากหลาย ส่วนใหญ่นำเน้นการประคับประคองอาการ คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานของข้อเข่าและกล้ามเนื้อ ตลอดจนถึงปัจจัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายในการรักษา คือ ลดอาการปวด ทำให้ข้อเคลื่อนไหวดีขึ้น ป้องกันหรือแก้ไขข้อที่ผิดรูปเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม⁹ ได้แก่ การให้ความรู้ การแนะนำวิธีการป้องกันโรค การรักษาทางยา การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยา รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถบรรเทาอาการปวด ลดการอักเสบ สามารถใช้งานข้อเข่าได้ดีขึ้น⁴ จากการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น¹⁰ แต่ยังพบข้อจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ทราบแนวปฏิบัติตัวอย่างแท้จริงและส่งผลต้องมาโรงพยาบาลเป็นประจำด้วยอาการซ้ำ ๆ¹⁰ สำหรับการรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 1,282 ล้านบาท ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 32,500 ล้านบาท ซึ่งการผ่าตัดข้อเข่า 1 ครั้ง ประมาณ 78,533-79,316 บาท และใช้ระยะเวลานานในโรงพยาบาลถึง 7-8 วัน⁷ การนวดแผนไทยเป็นภูมิปัญญาไทยพื้นบ้าน ประกอบด้วย กดนวดที่ขา สะโพก เท้า และยืดกล้ามเนื้อของขา ช่วยให้คลายความยึดหยุ่นของข้อเท้า ข้อเข่าดีขึ้น ใช้บรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อและข้อ ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น บริเวณที่นวดและข้างเคียง เกิดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อบริเวณข้อเข่า เท้า ที่เสื่อมสภาพให้กลับมาแข็งแรง ดังนั้น เมื่อความปวดลดลง ความยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้แรงกระแทก



จากการเดินในกิจวัตรประจำวันลดลง สามารถใช้ข้อเข่าได้นานขึ้น กลไกดังกล่าวนี้จึงทำให้การนวดแผนไทยมีส่วนในการลดอาการปวด และบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้¹¹ สำหรับการประคบสมุนไพรและการพอกสมุนไพร เป็นแนวทางการแพทย์แผนไทยตำรับยาทาพระเส้น โดยใช้สมุนไพรช่วยขับลม กระจายลม บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดตามข้อต่าง ๆ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย อาการปวดเข่าเกิดจากเลือดและลมไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้มีการคั่งอันของลมส่งผลให้เกิดอาการปวด ดังนั้นน้ำมันหอมระเหยและความร้อนจากลูกประคบ จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณเข่าได้¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนส่วนใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งรับ ณ สถานบริการและให้บริการตามอาการ¹³ เช่น การคัดกรองเพื่อระบุกรณีเสี่ยง (Risk) หรือกรณีป่วย (Case) โดยให้การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) เช่น การให้ความรู้ ฝึกทักษะการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การลดน้ำหนักตัว เป็นต้น และการบำบัดรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological therapy)¹⁴ แม้การรักษาโดยการให้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพแต่ยังพบข้อจำกัดผลข้างเคียงของการใช้ยา การให้ความรู้ยังไม่เพียงพอต่อการร่วมมืออย่างแท้จริง รวมทั้งขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ¹⁵ ดังนั้นแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมคือ ให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้ดูแลตนเองซึ่งเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่ได้ประโยชน์สูง¹ โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดการสูญเสียของมวลกล้ามเนื้อและกระดูกได้ดี จึงส่งเสริมการทำงานของข้อได้ดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการเดินและลดความเจ็บปวดลงได้¹⁶ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมทำได้ยาก เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อมีอาการปวดจะไม่ขยับข้อข้างที่ปวด ไม่ออกกำลังกาย

หรือบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าอีกทั้งข้อจำกัดทางกายคือน้ำหนักเกินหรืออ้วน เนื่องจากมีการเผาผลาญพลังงานต่ำ⁵

จากสถิติผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ย้อนหลัง 2 ปีพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการนวดแผนไทยในคลินิกแพทย์แผนไทย ร้อยละ 40 มีปัญหาปวดเข่า มีจุดเจ็บบริเวณเข่า ยังไม่เคยได้รับการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม และเมื่อมารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยแล้วจะไม่สนใจไปพบแพทย์หรือพยาบาลในระบบบริการตามปกติ ประกอบกับปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและพอกสมุนไพรในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพคอยสนับสนุนให้ความรู้ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อลดข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น การควบคุมน้ำหนักไม่ได้ การใช้ข้อเข่าไม่เหมาะสม และลดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาแก้ปวด เป็นต้น เนื่องจากการเสริมแรงจิตใจให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดี และให้ความร่วมมือในการรักษานั้น ผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อมทางกาย ไม่ทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด ซึ่งผลการศึกษาของ Wanna และคณะ¹⁶ พบว่า ผลของการนวดร่วมกับ การประคบสมุนไพรในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม มีระดับความเจ็บปวดเข่าลดลง ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ จึงสามารถเผยแพร่รูปแบบ วิธีการ เทคนิค ขั้นตอนที่ถูกต้อง ไปสู่คนในชุมชนเพื่อใช้ในการดูแลอาการข้อเข่าเสื่อมเบื้องต้นได้ อีกทั้งสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ประหยัดเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร



2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพรหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสือน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสือน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์จาก ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการพยาบาลของ Orem¹⁷ เพื่อให้บุคคลริเริ่มและกระทำพฤติกรรม เพื่อเกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิตสุขภาพที่ดี ซึ่งทฤษฎีระบบการพยาบาลเป็นระบบการช่วยเหลือบุคคลอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) จากการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่าการเพิ่ม

ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยให้ดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดทักษะและการตัดสินใจ ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยการปรับกระบวนการ ให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความเข้าใจ วิธีคิด นำไปสู่การพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อลดปัจจัยทำให้ ข้อเข่าเสื่อมอย่างถูกต้อง ร่วมกับการบูรณาการศาสตร์ การนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยพื้นบ้านที่นิยมใช้ในการบรรเทาอาการปวดของ กล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งปฏิบัติและบอกต่อกันสืบทอดต่อกัน มานาน ซึ่งการนวดแผนไทยประกอบด้วยการกดนวด ที่ขา สะโพกและเท้า รวมทั้งยืดกล้ามเนื้อน่องขา¹¹ ทำให้ ลดความตึงตัว เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อเข่า การไหลเวียนเลือดดีขึ้น อีกทั้งการพอกสมุนไพร อย่างถูกต้องทำให้สารสำคัญในสมุนไพรสามารถลด การเกร็งของกล้ามเนื้อ พังผืดยึดตัวออก ลดการติดขัด ของข้อเข่า¹⁶ จากวัตถุประสงค์การศึกษาผู้วิจัยต้องการ เปรียบเทียบผลการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทย และการพอกสมุนไพร และการได้รับการดูแลปกติ โดยเชื่อว่าการผสมผสานแนวคิดความต้องการที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และภูมิปัญญาไทย สามารถนำมาปรับปรุงการจัดการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและเป็นทางเลือกให้กับ หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนนำมาใช้ในการบำบัด ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิต่อไป (แผนภาพที่ 1)



โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร
ต่อความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยใช้คลิป
ภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียง แผ่นพับ คู่มือ สร้างกลุ่มไลน์ปรับพฤติกรรม
ลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม

2. การนวดแผนไทยและพอกสมุนไพรแก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมภายใต้
การดูแลของนักการแพทย์แผนไทย โดยหมอนวดแผนไทยชุมชนที่มีพื้นฐาน
การนวดแผนไทยไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง และผ่านการทดสอบหลังการอบรม
ฟื้นฟูเทคนิค

3. การติดตามประเมินผล โดยกระตุ้นทางอารมณ์ และการใช้คำพูด
ชักจูง

ความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อน-หลังการทดลอง (Control groups pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุประเภทติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อายุ 60-80 ปี มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุประเภทติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อายุ 60-80 ปี มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2564 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีข้อบ่งชี้ภาวะข้อเข่าเสื่อม 2 ใน 5 ข้อ ด้วยแบบคัดกรองโรคข้อเข่าทางคลินิกของสถาบันการแพทย์แผนไทยและมีผลคะแนนอยู่ในช่วง 20-29 คะแนน ด้วยแบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score 2) ไม่มีประวัติการผ่าตัดข้อเข่า 3) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดแผนไทย 4) ไม่มีอาการชาส่วนใดของร่างกาย 5) ไม่มีข้อห้ามการประคบและพอกเข้า 6) ไม่มี

โรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว เช่น โรคหัวใจ โรคหอบในระยะเวลาที่อาการกำเริบ 7) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power analysis)¹⁸ กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ Power = 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 โดยมีการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยของ Karaket¹⁹ ที่ผ่านมาซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 รายต่อกลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 4 ราย เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 30 ราย เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normal distribution) การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยกำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย ร่วมกับการจับคู่ (Matched-pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม และการรักษาข้อเข่าเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI)



โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 ท่าน และนักการแพทย์แผนไทย 1 ท่าน ร่วมกับประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้มีปัญหาลักษณะข้อเข่าเสื่อมและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90

1.1 โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพรต่อความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการพยาบาลของ Orem¹⁷ ร่วมกับภูมิปัญญาไทยพื้นบ้านการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมจำนวน 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมและลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม โดยผู้วิจัยและทีมเป็นผู้ให้การสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คลิปภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียงเรื่องสูงวัยใส่ใจเขา แผ่นพับเรื่องเข่าเราต้องดี คู่มือการปฏิบัติตัวก้าวอย่างมั่นใจ แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติด้วยภาพแสดงใบหน้าบอกความรู้สึก และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยการสร้างกลุ่มไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันตอบคำถามเมื่อมีข้อสงสัย และให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม

กิจกรรมที่ 2 การนวดแผนไทยและพอกสมุนไพรแก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยหมอนวดแผนไทยชุมชนที่มีพื้นฐานการนวดไทยไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง และผ่านการทดสอบหลังการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อม (วิทยากรต้องผ่านการอบรมหลักสูตร 800 ชั่วโมง และสามารถนวดแผนไทยจับโปงเข่าแห้ง และจับโปงเข่าน้ำได้) โดยการนวดแผนไทยและพอกสมุนไพรแก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของนักการแพทย์แผนไทย สำหรับสมุนไพรสูตรผู้วิจัยจัดทำขึ้น มี 2 สูตร คือ สูตรจับโปงน้ำมีส่วนประกอบฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด แบ่งข่าจ้าว และพิมเสน และ

สูตรจับโปงแห้งมีส่วนประกอบโพล ขิง แบ่งข่าจ้าว และการบูร (โดยพัฒนาตามมาตรฐานการจัดทำตำรับยาโดยนักการแพทย์แผนไทย และใช้จริงในคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองมา 3 ปี และยังไม่พบผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย)

กิจกรรมที่ 3 การติดตามและประเมินผล

โดยผู้วิจัยและทีมใช้เทคนิคการกระตุ้นทางอารมณ์ และใช้คำพูดชักจูง ระหว่างกิจกรรมการนวดและพอกสมุนไพร การแลกเปลี่ยนความรู้และตอบคำถามในกลุ่มไลน์ และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และ 0.87 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย

2.2 แบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Kongwangs²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้มาตรงวัดแบบตัวเลข 0-4 โดย 0 หมายถึง มีอาการมากที่สุด และ 4 หมายถึง ไม่มีอาการ การวิเคราะห์และแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน)

2.3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (Western ontario and mcMaster university osteoarthritis index: WOMAC)



ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Taweetchai²¹ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ อาการปวดข้อ (Pain dimension) จำนวน 8 ข้อ อาการข้อฝืด ข้อตึง (Stiffness dimension) จำนวน 2 ข้อ และการใช้งานข้อในการทำกิจวัตรประจำวัน (Function dimension) จำนวน 13 ข้อ โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้มาตราวัดแบบตัวเลข 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด การวิเคราะห์และแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ระดับ 1: ไม่มี ความรุนแรง (0-57.5 คะแนน) ระดับ 2: มีความรุนแรง น้อย (57.6-115.0 คะแนน) ระดับ 3: มีความรุนแรง ปานกลาง (115.1-172.5 คะแนน) และระดับ 4: มีความรุนแรงมาก (172.6-230 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลมีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจ ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม COA No.030/2021, PSRU-EC No.2021/007 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2564 หมดอายุวันที่ 17 มิถุนายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2564 เป็นจำนวน 3 เดือน โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง บ้านคลอง และวัดจันทร์ เพื่อขออนุญาต

ดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (Informed consent form) หากกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออกหรือเขียนหนังสือไม่ได้ทีมผู้วิจัยจะมอบหมายให้บุคคลในทีมเป็นผู้อ่านข้อความยินยอม

2. จัดอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อมและความรู้การพอกสมุนไพรแก้หมอนวดแผนไทยชุมชน จำนวน 2 วัน

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

- 1.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่มีอาการปวดเข่า การรักษาและการดูแลตนเอง เป็นต้น

- 1.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (WOMAC)

- 1.3 ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ มีรูปแบบการให้การบริการตามอาการ ให้ยาบรรเทาตามอาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมและควบคุมน้ำหนัก โดยการแนะนำกระตุ้นด้วยวาจา เพื่อให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมบริหารออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก

- 1.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) จำนวน 1 ครั้งห่างจากครั้งแรก 3 เดือน



2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง ร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพรต่อ ความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย สัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่มีอาการปวดเข่า การรักษาและการดูแลตนเอง เป็นต้น

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูล ก่อนการทดลองด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของ ข้อเข่าเสื่อม (WOMAC)

2.3 ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้รับการนวด แผนไทย โดยหมอนวดแผนไทยชุมชนที่มีคุณสมบัติ ตามที่กำหนด ภายใต้การดูแลของนักการแพทย์แผนไทย ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง ร่วมกับการพอกสมุนไพร:สูตรผู้วิจัยจัดทำขึ้น คือ สูตรจับโป่งน้ำ หรือสูตรจับโป่งแห้ง โดยการเลือกใช้สูตร ต้องสอดคล้องกับอาการที่ปรากฏ โดยพอกครั้งละ 15-20 นาที โดยทุกครั้งผู้ช่วยวิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้ข้อเข่าเสื่อม ได้รับ คลิภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียง แผ่นพับ และบทวน คู่มือการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยชี้แนะและ สนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการสื่อสาร สองทางผ่านทางกลุ่มไลน์บรรพตกิจกรรมลดปัจจัยทำให้ ข้อเข่าเสื่อม และติดตามแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติของ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูล หลังการทดลองด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของ ข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) จำนวน 1 ครั้งห่างจากครั้งแรก 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.7 อายุต่ำกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรส หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้างคิดเป็นร้อยละ 40.0 อาชีพ ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.0 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.0 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 58.3 มีอาการปวดข้อเข่า ทั้ง 2 ข้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีระยะเวลามีภาวะ ข้อเข่าเสื่อม 0-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่กินยา คิดเป็นร้อยละ 33.3 ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 40.0

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรง ข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2.1 คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง น้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมกลุ่มควบคุม หลังการทดลองและก่อนทดลอง ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

2.2 ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยระดับ ความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
กลุ่มทดลอง	122.03	55.39	ปานกลาง	98.30	48.25	รุนแรงน้อย	29	5.182	.000*
กลุ่มควบคุม	122.36	54.40	ปานกลาง	140.50	52.88	รุนแรงมาก	29	-6.39	.131

*p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
ก่อนทดลอง	122.03	55.39	ปานกลาง	122.36	54.40	ปานกลาง	58	-3.22	.981
หลังทดลอง	98.30	48.25	รุนแรงน้อย	140.50	52.88	รุนแรงมาก	58	-.024	.002*

*p < .05

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพรหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁷ กล่าวว่าไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยมีจุดประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล (Therapeutic

self-care demand) การดูแลที่จำเป็นจึงเป็นเป้าหมายของการกระทำของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลที่เปลี่ยนแปลงตามระยะ พัฒนาการของชีวิต และการดูแลตัวเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดร่วมกันทั้งการไชยาและไมไชยาเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับโรคข้อเข้าเสื่อมโดยสามารถป้องกันและชะลอการดำเนินโรคไม่ให้รุนแรงจนผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด¹⁵ แต่ยังคงพบว่า การบำบัดโดยการไมไชยา เช่นการให้ความรู้กับผู้ป่วย การแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติอย่างแท้จริง



และยังขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง²² ซึ่งจากการศึกษาของ Taweechai²¹ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จะทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง และถ้าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทางทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁷ โดยทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเกิดความตระหนัก และเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง เช่น การให้ความรู้จากคลิปภาพเคลื่อนไหว ประกอบเสียง แผ่นพับ คู่มือ และสร้างกลุ่มไลน์ปรับพฤติกรรมลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม เพื่อเกิดแรงกระตุ้นเพิ่มความสามารถเข้าถึงเรื่องราวต่าง ๆ จนเข้าใจ เหตุผลของการปฏิบัติจากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น และสามารถพัฒนาทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ดีขึ้น²³ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้ข้อเข่าเสื่อม ทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม และให้คำปรึกษาทางกลุ่มไลน์ปรับพฤติกรรมลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม ดังนั้น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ ทีมผู้วิจัย และหมอนวดแผนไทยชุมชน จึงทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความร่วมมือ และเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพ¹⁷

อีกทั้งกลุ่มทดลองได้รับการนวดบำบัดข้อเข่าเสื่อมจากหมอนวดแผนไทยชุมชน ที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อม ภายใต้การดูแลของนักการแพทย์แผนไทย ครอบคลุมแผนการศึกษา ซึ่ง Ungpinitpong¹¹ กล่าวว่า การกวดตามแนวพื้นฐาน ช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ลดความดันโพรงกระดูกได้ผิวข้อ เนื่องจากความดันเพิ่มจะทำให้การไหลเวียนโลหิตลดลง ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้เกิดปวดข้อเข่าในภาวะข้อเข่าเสื่อม เชื่อว่า เกิดจากความดันในโพรงกระดูกได้ผิวข้อเพิ่ม อันเนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตต่ำที่ลดลงและภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง²⁴ ตามหลักทฤษฎี

แผนแพทย์ไทยนั้น การนวดช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ยืดกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่นวด ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพให้กลับมาแข็งแรงขึ้น สอดคล้องกับ Boonmag²⁵ พบว่าการนวดไทยทำให้ผู้ป่วยอาการปวดข้อเข่าและอาการข้อเข่าฝืด มีอาการตึงกล้ามเนื้อ และองศาการเคลื่อนไหวของเข่าดีขึ้น ขณะเดียวกันผู้วิจัยได้นำสมุนไพรรสขมที่จัดทำขึ้นมา คือสูตรจับโปงน้ำและสูตรจับโปงแห้ง โดยเลือกตามอาการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมใช้ร่วมกับการนวดแผนไทย เนื่องด้วยการรักษาทางการแพทย์แผนไทย มีหลากหลายวิธี เช่น การนวด การประคบ การพอกยา และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยาพอกดูดพิษโคลนสมุนไพรพอกเย็น ลดร้อน ที่เป็นสูตรมาตรฐานสามารถลดอาการปวดเข่าได้⁴ สอดคล้องกับ Wanna¹⁶ กล่าวว่า การนำองค์ความรู้จากภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยด้วยการนำสมุนไพรรสขม ๆ ชนิดทั้งสดและแห้ง โขลกพอกแผลก้นมาคลุกรวมกัน ห่อด้วยผ้าเรียกว่า ลูกประคบหนึ่งให้ร้อนก่อนนำไปประคบ หรือพอกบริเวณที่ต้องการ สารสำคัญจากสมุนไพรรสขมชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนังภายหลัง 24-48 ชั่วโมง ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อยึดตัว ลดการติดขัดของข้อต่อ และลดการใช้สารเคมี และน้ำมันหอมระเหยจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ดีขึ้น ลดการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า¹² จากปัจจัยข้างต้น จึงทำให้กลุ่มทดลองไม่ต้องทนต่อความเจ็บปวดทรมานในการทำกิจกรรมประจำวัน เพราะความยืดหยุ่นของข้อเท้า ข้อเข่าดีขึ้น ไม่เกิดแรงกระแทกจากการทำกิจกรรมประจำวัน จึงเกิดกำลังใจช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ มุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทย และการพอกสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม



กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

กลุ่มควบคุมมีความคุ้นเคยกับการดูแลตามปกติที่เคยได้รับ เช่น การแนะนำความรู้ การควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อ โดยการกระตุ้นด้วยวาจา การได้รับยาเต็ม ๆ กลุ่มยา NSAIDs เช่น ยาแก้ปวดแก้อักเสบ ยาลดอักเสบ เป็นต้น ทำให้เกิดผลข้างเคียง อาทิ ระบายท้องเยื่ออุกระเพาะอาหาร มีแผลในกระเพาะอาหาร ปวดท้องและมีเลือดออกได้ และความดันโลหิตสูง²² ประกอบกับราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า การใช้ยาลดปวดส่งผลต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และการสูญเสียการทำงานของไต ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มควบคุมเกิดความวิตกกังวลและหยุดยาเอง อีกทั้งกลุ่มควบคุมอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อข้อเข่าอยู่ เช่น การใช้งานข้อมาก ๆ การใช้งานของข้อไม่เหมาะสม และการประกอบอาชีพที่ต้องแบกน้ำหนักเป็นเวลานาน จนเกิดการบาดเจ็บของข้อเข่า เช่น บวม ปวด และเดินไม่สะดวก ส่งผลให้ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น อาการปวดเข่ากลับซ้ำและรุนแรงเป็น ๆ หาย ๆ จากปัจจัยข้างต้นจึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

โดยสรุป โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการนวดแผนไทยและการพอกสมุนไพร ช่วยลดระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำสูตรสมุนไพรจับโปงน้ำหรือสูตรสมุนไพรจับโปงแห้งร่วมกับการนวดแผนไทย โดยปรับให้เหมาะสมกับภูมิปัญญาไทยพื้นบ้านของชุมชนนั้น
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางยา
3. ควรนำเสนอผลการศึกษาที่ได้กับผู้บริหาร เพื่อให้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายเพื่อรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นลักษณะนัยรอง และมีข้อจำกัดเรื่องหุ่นส่วนสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมทุกศาสตร์ การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้เกิดผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือและมีมุมมองที่หลากหลาย
2. ควรมีการขยายพื้นที่ในการศึกษาในระดับโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุและในกลุ่มเสี่ยง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้



References

1. Hengkrawit S. Prevention and postponement of the early elderly form osteoarthritis knee in Nakhon Pathom province. *J. HEALTH Sci* 2017; 26(1): 105-10. (in Thai)
2. Michael JWP, Schlüter-Brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(9): 152-62.
3. Thamkongthong S, Abdullasim P, Maharatchapong N. Effect of exercise program with elastic bands on leg joint function and knee mobility in patients with osteoarthritis. *J Pub Health Nurse* 2019; 33(online): 51-66. (in Thai)
4. Billi J. Effect of self-Relief knee pain relief program in elderly people with osteoarthritis. *IJPHS* 2018; 1(2): 42-50. (in Thai)
5. Soisong S, Reangon U, Funghong P, Sathong P. Nursing care for elderly people with knee osteoarthritis. *reg11med* 2019; 33(2): 197-210. (in Thai)
6. Rheumatism Association of Thailand. Guidelines for treatment of osteoarthritis of the knee [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guidelinefor-Management-of-OA-knee.pdf>
7. Narin N, Taunrat W, Booncheang W. Development of community participation program for caring older adults with knee osteoarthritis. *Nursing J* 2015; 42(3): 170-81. (in Thai)
8. Narin R, Ramjit J, Robinson J. Effects of exercise on pain feeling of stiffness in theknee joint and difficulties in daily life in community-based osteoarthritis patients. *Nursing J* 2010; 37(3):132-146. (in Thai)
9. Medical Department Ministry of Public Health. Elderly screening assessment manual. Bangkok: Factory Affairs Office Print the War Veterans Organization; 2014. p.40-2.
10. Malaimart S, Danyuthsilp C, Tangkavanich T, Kittimanon N. Effects of empowerment program on self-care behaviors and pain level among older adults Osteoarthritis, Muang District, Nakhonsawan Province. *J Pub Health Nurse* 2012; 26(2): 44-57. (in Thai)
11. Ungpinitpong W. Thai traditional massage to relieve knee pain from osteoarthritis. *JMTPT* 2016; 18(2): 38-41. (in Thai)
12. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. Guidelines and treatment of osteoarthritis of the knee with Thai traditional medicine. Bangkok: Limt; 2016.p. 21.
13. Chuaychan T. The development of a model of management of osteoarthritis in the community by cooperation of practice nurses and village health volunteers. *Songklanagarind J Nurs* 2018; 38(2): 43-59. (in Thai)



14. Nimitanan N. Epidemiological situation and rheumatology risk Assessment Osteoarthritis of the knee in Thai people. JRTAN 2014; 15(3): 185-94. (in Thai)
15. Royal College of Orthopedic Medicine of Thailand. Guidelines for care of osteoarthritis of the knee [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guidelinefor-Management-of-OA-knee.pdf>
16. Wanna M, Khumpang M, Boonsit P, Pongpaladisai A, Suankool T, Teabkum C, et al. The effectiveness of massage combined with herbal compress in patients with osteoarthritis Muang Suang Hospital, Roi Et Province. Koch Cha Sam 2018; 40(1): 120-30. (in Thai)
17. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby Year Book; 2001.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
19. Karaket S. A comparative study of pain levels before and after treatment with cold herbal mud and Thai massage in elderly patients with knee pain. CMJ 2017; 9(2): 115-24. (in Thai)
20. Kongwiang N. Efficacy in treating osteoarthritis patients with operative science “burning hot drugs”. Uthai Thani: Sawang Arom Hospital; 2017.
21. Taweechai W. Self-care behavior and severity of osteoarthritis in the elderly [Master’s thesis, Nursing program]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2009.
22. Pilayon B. Effects of supportive educative nursing system on self-care and symptom control for older adults with osteoarthritis of the knee in an urban community, Bangkok [Master’s thesis, Public Health Science program]. Bangkok: Mahidol University; 2009.
23. Keppel G. Correction for cumulative type I error. Design and Analysis. A Researcher’s Handbook. Upper Saddle River (NJ): Prentice hall; 1991. p.163-84
24. Bancroft DA. Pigg Js Alterations in Skeletal Function: Rheumatic disorders. In: Porth Thai Traditional Medicine Council. Standards and procedures for Thai traditional Medicine professional practitioner Thai traditional medicine. Nontaburi: Thai Traditional Medicine Council; 2019. p.25-30.
25. Boonmag S. The result of Thai massage in patients with knee pain and stiffness in Thai traditional medicine clinic, Luangphorpern hospital, Nakhonpathom. JMSS 2020; 3(3):518-32. (in Thai)



บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรุณา ประมูลสินทรัพย์* วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร** และ นิภาพร พชรเกตุานนท์***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา 30000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบผสมวิธี

วิธีดำเนินการวิจัย: ประชากรเชิงปริมาณ คือ เครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้งหมด จำนวน 209 ราย และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การสนทนากลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ผ่านการตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ราย โดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.87-0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) การวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ความรู้ และทักษะ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และการจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ระดับสูง กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เครือข่ายสุขภาพชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีทักษะการดูแลสุขภาพและการปฐมพยาบาลภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น การติดต่อประสานงาน การมีส่วนร่วมออกแบบกิจกรรมดูแลสุขภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้าน

สรุป: ความรู้ ทักษะ การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพื้นที่ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเน้นการมีส่วนร่วมเชิงประจักษ์

คำสำคัญ: ความรู้/ ทักษะ/ การดูแลสุขภาพ/ เครือข่ายสุขภาพชุมชน/ โรคความดันโลหิตสูง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล E-mail: warin_wat@vu.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล



Relationship between Knowledge, Attitude and Management Patient Care Problems with Behavior Care for Patients Hypertension

Karuna Pramoolsinsup^{*} Warin Wattananonsatien^{**} and Nipaporn Patcharakaetanont^{***}

Abstract

Purpose: To study the relationship between knowledge, attitude, and manage patient care problems with behavior care for patients with hypertension.

Design: Mixed methods research

Methods: In the quantitative population all community health networks of 209 people. In the qualitative was community health network group discussion of 10 people informants from the quantitative by purposive sampling. The research tools included: the knowledge test and questionnaire. The Cranach's alpha coefficient of the instruments revealed acceptable reliability scores of 0.87-0.90. Percentages, means, standard deviations, Pearson product-moment correlation, and content analysis were used to analyze quantitative and qualitative data

Results: 1) The quantitative study found the knowledge, attitude, and management of patient care problems had correlated negatively with behavior care for patients with hypertension at 0.01. 2) The qualitative study found the health care network had knowledge and understanding about hypertension, health promotion guidelines, prevention of complications, a good attitude toward patient care, basic health care skills and emergency first aid, coordination, participation in design health care activities and home visit follow-up.

Conclusion: The knowledge, attitude, and practice correlated negatively with behavior care for patients with hypertension, suggesting that the area should develop a model of participation in patient care empirical.

Keywords: Knowledge/ Attitude/ Health care/ Health network care/ Hypertension



บทนำ

สถานการณ์ของการเพิ่มขึ้นของโรคความดันโลหิตสูงทั่วไปเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ซึ่งในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 มักเกิดกับประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา¹ และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรทั่วโลกจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 29.00 หรือประมาณ 1.15 พันล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราสูงขึ้น 750,248 ราย อุบัติการณ์ 1146.70 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 7,729 ราย อัตราตาย เท่ากับ 11.81 ต่อแสนประชากร พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1:1.3² สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงคือพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนผนวกกับความเจริญก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรมนานาชาติที่หลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทย ส่งผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมหรือเกลือในปริมาณที่สูงกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน หรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงเป็นประจำ อีกทั้งการมีอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง หากประชาชนขาดความระมัดระวังในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา บุหรี่) อาจส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้³

จังหวัดนครราชสีมา พบกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราการเจ็บป่วย 368.49 ต่อแสนประชากร⁴ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวัน ตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวนทั้งสิ้น 1,088 คน และพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ในจำนวนโรคเรื้อรังทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 63.14 โดยพบว่าบ้านโพธิ์ปรี๊ดแวง มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 56.52 ในจำนวนนี้ พบว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด จำนวน 2 คน และเป็น ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอีก จำนวน 1 คน⁵ จากสภาพปัญหาและข้อมูลสนับสนุนโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ พบว่า สาเหตุที่สำคัญคือขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกวิธี ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ ผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง อายุ รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴

เครือข่ายสุขภาพชุมชน หมายถึง ประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสนับสนุน ส่งเสริม และการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ในการทำหน้าที่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกำกับ การควบคุม การจัดการปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาวะฉุกเฉินในชุมชน ประเด็นสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้ความเข้าใจคือปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การปฏิบัติและเมื่อมีทัศนคติที่ดีทำให้เกิดความทุ่มเท ความพยายามในการปฏิบัติการช่วยเหลือและการสร้างเสริมสุขภาพ⁶จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ สะท้อนให้เห็นว่า การจะพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนั้น สิ่งสำคัญ คือ เครือข่ายสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้



ความเข้าใจที่ถูกต้อง การมีทัศนคติที่ดี การมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นเพื่อการเตรียมการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชน คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีโดยเชิงปริมาณนำโดยหาความสัมพันธ์เชิงสถิติ ตามด้วยเชิงคุณภาพโดยนำผลความสัมพันธ์ทางสถิตินำไปสนทนากลุ่ม เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาสำหรับการพัฒนาต่อยอดของรูปแบบการดูแล

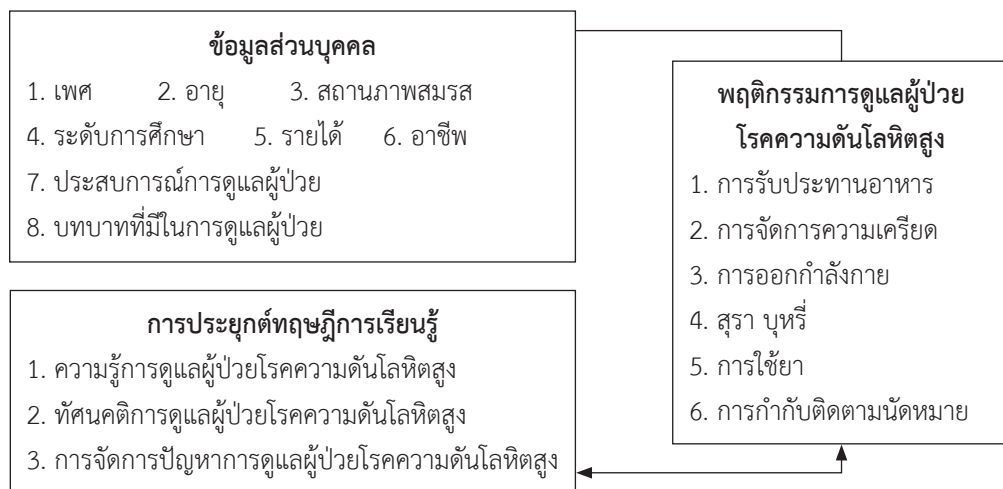
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การจัดการปัญหา กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้⁶ ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed methods research) โดยเชิงปริมาณนำตามด้วยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ สมาชิกเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านโพธิ์ปรีอแว หมู่ที่ 13 ตำบลหนองเหล็ก

อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวงษ์ และผู้นำชุมชนบ้านโพธิ์ปรีอแว จำนวน 209 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ผ่านการตอบแบบสอบถามการวิจัยเชิงปริมาณ คือ การสนทนากลุ่ม จำนวน 10 ราย โดยการสุ่มแบบเจาะจง⁷



ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 ราย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1 ราย ผู้นำชุมชน จำนวน 1 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวันซ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน การสื่อสารภาษาไทย สมรรถนะและยินดีเข้าร่วมวิจัย และผ่านการตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ

เครื่องมือการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแบบสอบถามขึ้นตามทฤษฎีการเรียนรู้⁵ และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชนและการสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน พิจารณาพร้อมปรับปรุงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.80 พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จึงนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย และตัดข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 และค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20-0.80 มีลักษณะรายละเอียด 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และบทบาทที่มีในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (1.00-2.00) ระดับปานกลาง (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) ระดับดีมาก (4.01-5.00)⁷ มีค่าความเชื่อมั่น 0.88 จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (1.00-2.00) ระดับปานกลาง (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) ระดับดีมาก (4.01-5.00)⁷ มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการปัญหา การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (1.00-2.00) ระดับปานกลาง (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) ระดับดีมาก (4.01-5.00)⁷ มีค่าความเชื่อมั่น 0.87 จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (1.00-2.00) ระดับปานกลาง (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) ระดับดีมาก (4.01-5.00)⁷ มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 จำนวน 9 ข้อ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ NRPH 071//2017 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2561 และผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยนำแนวทางของเฮลซิงกิ (Helsinki) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การให้สิทธิความยินยอมในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลภาพรวม การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การอธิบายและชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจลงชื่อเข้าร่วมหรือปฏิเสธ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัวยังเวชชวลิตกุล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวัน และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนบ้านหมูบ้านโพธิ์ปรีอวาง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากชุมชนเข้าพบผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านโพธิ์ปรีอวางเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้มีผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ระหว่างสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2561

4. ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยนำประเด็นที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ที่ค้นพบและให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาเพิ่มเติม ยืนยันคำตอบ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกข้อมูล เดือนมกราคม พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม⁶

ผลการวิจัย

ในส่วนของข้อมูลทั่วไปพบว่าเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ส่วนใหญ่มีเพศหญิง ร้อยละ 67.90 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 48.80 มีสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.70 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 81.30 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.80 และเคยมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ร้อยละ 88.00



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของ ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
คะแนนเฉลี่ย 3.65 (SD=0.31) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	0	0.00
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	4	1.90
ระดับดี (3.01-4.00)	192	91.90
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	13	6.20
2. ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
คะแนนเฉลี่ย 3.28 (SD=0.83) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	19	9.10
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	29	13.90
ระดับดี (3.01-4.00)	142	67.90
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	19	9.10
3. การจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
คะแนนเฉลี่ย 3.59 (SD=0.65) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	5	2.40
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	29	13.90
ระดับดี (3.01-4.00)	142	67.90
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	33	15.80
4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
คะแนนเฉลี่ย 3.19 (SD=0.49) ระดับดีมาก		
4.1 การติดตาม กำกับการใช้ยา		
คะแนนเฉลี่ย 2.93 (SD=1.17) ระดับปานกลาง		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	60	28.70
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	84	40.20
ระดับดี (3.01-4.00)	48	23.00
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	17	8.10
4.2 การติดตาม กำกับการรับประทานอาหาร		
คะแนนเฉลี่ย 3.63 (SD=1.05) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	41	19.60
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	47	22.50
ระดับดี (3.01-4.00)	70	33.50
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	51	24.40



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของ ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4.3 การติดตามกำกับการออกกำลังกาย		
คะแนนเฉลี่ย 3.33 (SD=0.88) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	29	13.90
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	112	53.60
ระดับดี (3.01-4.00)	38	18.20
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	30	14.40
4.4 การติดตาม กำกับการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์		
คะแนนเฉลี่ย 3.62 (SD=1.03) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	36	17.20
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	58	27.80
ระดับดี (3.01-4.00)	65	31.10
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	50	23.90
4.5 การติดตามจัดการความเครียด		
คะแนนเฉลี่ย 3.43 (SD=1.03) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	31	14.80
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	90	43.10
ระดับดี (3.01-4.00)	48	23.00
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	40	19.10
4.6 การติดตามการนัดหมายของแพทย์ตรวจ		
คะแนนเฉลี่ย 3.90 (SD=0.96) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	20	9.60
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	31	14.80
ระดับดี (3.01-4.00)	102	48.80
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	56	26.80
4.7 การมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย		
คะแนนเฉลี่ย 4.34 (SD=0.79) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)		
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	42	20.10
ระดับดี (3.01-4.00)	54	25.80
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	113	54.10



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของ ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4.8 การติดตามเยี่ยมบ้าน		
คะแนนเฉลี่ย 3.57 (SD=0.74) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง (1.00-2.00)	1	0.50
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	118	56.50
ระดับดี (3.01-4.00)	59	28.20
ระดับดีมาก (4.01-5.00)	31	14.80

จากตารางที่ 1 พบว่า เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดีและดีมาก 3.65, 3.28, 3.59 และ 3.64 (SD=.83, .65, .56 .31) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	n	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	209	0.21*	0.01	ระดับต่ำ
2. ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	209	0.44*	0.01	ระดับต่ำ
3. การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	209	0.86*	0.01	ระดับมาก

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับต่ำถึงระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

“เครือข่ายสุขภาพดูแลคนป่วยโรคความดันสูงในบ้านเอง มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันสูง ระดับสูง ระดับไหนที่เป็นความเสี่ยงสูง และมีอันตราย การรักษาโรคความดันสูง การควบคุมป้องกัน ระดับความดันสูง ระดับไหนที่เป็นความเสี่ยงสูงและมีอันตราย การรักษาโรคความดันสูง การควบคุมป้องกัน ระดับความดันสูง โดยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบของโรคความดันสูง ที่ทำให้เกิดโรค อัมพาต หรือพิการ และลักษณะอาการการกินที่บ่งบอกถึงโรคความดันสูง”



ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตสูงระดับใดที่เป็นความเสี่ยงสูงและมีอันตราย การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมป้องกันระดับความดันโลหิตสูงโดยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดโรคอัมพาตหรือพิการ และลักษณะอาหารที่บ่งบอกถึงโรคความดันโลหิตสูง

ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีทัศนคติในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยไม่ใช้หน้าที่ของแพทย์พยาบาล หรือนุเคราะห์การสาธารณสุขผู้ตรวจรักษาเท่านั้น มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพทุกคนในการติดตามผลการรักษา การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย

“เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันสูงในบ้านเอง มีทัศนคติในการสนับสนุนการดูแลคนป่วยโรคความดันสูงในบ้านเอง โดยมีหน้าที่ของ หมอ พยาบาล หรือ อนามัย ผู้ตรวจรักษาเท่านั้น มีหน้าที่ในการช่วยการดูแลคนป่วย ในบ้านเองโดยเฉพาะ เครือข่ายสุขภาพทุกคนในการติดตามผลการรักษา การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา คนเฝ้าคนป่วย”

การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา ประสานงาน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล โดยได้รับการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน และร่วมวางแผนออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยในชุมชนตามบริบท มีการติดตาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย

“เครือข่ายสุขภาพดูแลคนป่วยโรคความดันสูงในบ้านเอง มีความรู้ในการจัดการแก้ปัญหา ประสานงาน และปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในบางที่ที่เกิดภาวะฉุกเฉิน และร่วมกัน วางแผน ออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลคนป่วยในบ้านเอง มีการติดตาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา คนเฝ้าคนป่วย”

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดูแลสุขภาพเบื้องต้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย หรือผ่านการอบรม การได้ฟังข่าวสารจากหอกระจายหมู่บ้าน หรือผ่านสื่อออนไลน์ต่าง ๆ จึงทำให้เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีความรู้ระดับดีและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลาด อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



จำนวน 341 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ สอดคล้องตามแนวคิดของความรู้ความเข้าใจคือปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การปฏิบัติและเมื่อมีทัศนคติที่ดีทำให้เกิดความทุ่มเทความพยายามในการปฏิบัติกรช่วยเหลือและการสร้างเสริมสุขภาพ⁵

2. ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีทัศนคติในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยไม่ใช้หน้าที่ของแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขผู้ตรวจรักษาเท่านั้น มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพทุกคนในการติดตามผลการรักษา การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เครือข่ายสุขภาพเป็นบุคคลในพื้นที่ตั้งแต่กำเนิดดั้งเดิม มีวิถีชีวิตแบบระบบเครือญาติมีความใกล้ชิดกันภายในหมู่บ้าน มีทัศนคติที่ดี มีความรัก ความศรัทธาในชุมชนที่อยู่อาศัยของตนเองจึงส่งผลทำให้มีทัศนคติในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิด คำว่า ทัศนคติ เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ทำที่ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ⁵ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 464 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

3. การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เครือข่ายสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา ประสานงาน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล โดยได้รับการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน และร่วมวางแผน ออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยในชุมชนตามบริบท มีการติดตามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 197 คน พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม



สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^๕ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ^๕ สอดคล้องแนวคิดการปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถ ที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นขั้นสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน^๕

ข้อจำกัดการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพ ชุมชนที่มีความหลากหลายของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีข้อจำกัดในประเด็นการติดต่อสื่อสารที่มีหลากหลายกลุ่ม การติดต่อประสานงาน และเวลาดำเนินการ ส่วนการนำ ผลไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ควรมีการประเมินความต้องการ และสภาพปัญหาก่อนดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรดำเนินการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการ จัดตั้งกลุ่ม/ สมาคม/ ชมรม สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง

2. ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทัศนคติ ในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน

สรุป

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชน ด้านความรู้ ทัศนคติ การจัดการปัญหาการดูแล และการกำกับพฤติกรรมสุขภาพสามารถส่งผลให้การดูแล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาแบบ การดูแลผู้ป่วยเน้นการมีส่วนร่วมเชิงประจักษ์ต่อไป

References

1. World Health Organization. A global brief on hypertension. Geneva: World Health Organization : WHO; 2014.
2. Disease Surveillance Report, Ministry of Public Health. Hypertension disease [Internet]. 2015 [cited 2022 April 24]. Available from: <http://www.203.57.71.139/groupsr/allfile/1425279191.pdf>.
3. Thonglad J. Factors relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Talad Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. PCFM 2021; 36(2): 82-90. (in Thai)
4. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors Influencing the Health Behavior of Uncontrolled Hypertension Patients. Songklanagarind J Nurs 2018; 38(4): 152-65. (in Thai)
5. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David McKay; 1964.
6. Jirawatkul S. Qualitative Study in Nursing. Bangkok: Wittayapat company limited; 2012.
7. Thanakorn P. Research methodology for health promotion management. Nakhonratchasima: Lertsilp Saan Holding Limited Partnership; 2020.



8. Atseranee K, Tawatwattananun A. Factors related to health promotion behaviors in hypertension patients, Outpatient Department, Krathumbaen Hospital, Samutsakorn Province. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal 2020; 3(2): 44-52. (in Thai)
9. Purateeranrath P, Wongpiriyayothar A. The relationships between health beliefs and health behaviors among essential hypertension patients of hypertension clinic, Surin hospital. MJSBH 2019; 34(2): 257-72. (in Thai)
10. Samdaengsarn D, Chinnawong T, Thani-watthananon P. Factors related to treatment adherence in older persons with hypertension. Songklanagarind J Nurs 2019; 39(3): 51-66. (in Thai)



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาด มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ลัดดาวัลย์ ภูชลินเงิน* จิรรัตน์ อุทัยวัตร** ปิยดา วรพิมพ์รัตน์***
พาฝัน ศรีสิงห์**** ศุภกานต์ หนองนาดี***** และ สุรัชชัย มณีเนตร*****

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาด มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ แม่บ้านทำความสะอาด มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 60 ราย จัดกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับคู่พิจารณาจากอายุและการมีโรคประจำตัว แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม และคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไตเสื่อม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: โปรแกรมการให้ความรู้ช่วยส่งเสริมให้แม่บ้านทำความสะอาด มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมที่ดีขึ้น ควรนำโปรแกรมนี้ไปเผยแพร่กับบุคลากรกลุ่มอื่น และศึกษาวิจัยในบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้/ พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม/ แม่บ้านทำความสะอาด

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2565, 34(2) : 62-74

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

***** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

E-mail: surachaimaninet@gmail.com



The Effect of Health Education Program on Preventive Behavior for Delaying Kidney Deterioration among Female Cleaning Personnel in Ubon Ratchathani University

Laddawan Phooklibngern* Jirarat U-thaiwat** Piyada Vorapimrat***
Pafan Srising**** Supakarn Nongnade***** and Surachai Maninet*****

Abstract

Purpose: To study the effect of a health education program on preventive behavior for delaying kidney deterioration among female cleaning personnel at Ubon Ratchathani University.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The participants were sixty female cleaning personnel working at Ubon Ratchathani University. The participants were matched into two groups based on age and underlying disease. The control group (n=30) received usual care, while the experimental group (n=30) received the health education program consisting of the details of chronic kidney disease, an innovation called a kidney simulation model and bookless entitled self-care strategies for preventing chronic kidney disease. Data were collected using the preventive behavior for delaying kidney deterioration questionnaire. Its content validity was assessed by 3 experts and the content validity index was .09. The internal consistency reliability was tested by Cronbach's alpha as .84. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent t-test.

Results: After participating in the health education program, the experimental group had a statistically significant higher mean score than before receiving the program ($p < .05$). The participants who participated in the health education program had a statistically significant higher mean score for preventive behavior for delaying kidney deterioration than the control group ($p < .05$).

Conclusion: The health education program increases the level of preventive behavior for delaying kidney deterioration among female cleaning personnel at Ubon Ratchathani University. For further study, this program should be implemented and studied in people at risk of chronic kidney disease.

Keywords: Health education program/ Preventive behavior for delaying kidney deterioration/ Female cleaning personnel

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2022, 34(2) : 62-74

Article info: Received August 6, 2022 ; Revised August 26, 2022 ; Accepted August 28, 2022

* 4th year nursing student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

** 4th year nursing student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

*** 4th year nursing student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

**** 4th year nursing student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

***** 4th year nursing student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Research advisor.

E-mail: surachaimaninet@gmail.com



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมทั้งในประเทศไทยที่พบว่ามีความถี่เพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยรวมประมาณ 15 ล้านคน จากข้อมูลพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.60 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 200,000 คน ตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มปีละประมาณ 7,800 คน ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละประมาณ 500 คน¹ ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นเพียงการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

ภาวะไตเสื่อมพบว่ามีความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้และอัตราการกรองของไตจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 40 ปี รวมถึงความชุกของอัตราส่วนโปรตีนต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (Urine protein to creatinine ratio) พบมากในเพศหญิง² ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมในหญิงวัยทำงานประกอบด้วย การขาดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการซื้ออาหารนอกบ้านที่มีเกลือโซเดียมสูงรับประทานเป็นประจำ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกิน และการขาดการออกกำลังกาย³ ดังนั้นหญิงวัยทำงานจึงเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมและควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมที่เหมาะสม

พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม คือ การที่บุคคลเลือกปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังและ/หรือชะลอการเสื่อมของไต โดยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของกลุ่มหญิงวัยทำงาน ได้แก่ การจำกัดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเนื่องจากจะทำให้ไตทำงานหนักและเกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ทำให้ต้องขับโซเดียมออกโดยปัสสาวะบ่อยครั้ง⁴ การจำกัดการบริโภคอาหารโปรตีนสูงเนื่องจากจะทำให้เกิดการย่อยสลายโปรตีนแล้วของเสียจะผ่านไตมากทำให้

ไตทำงานเพิ่มขึ้น และจำกัดการบริโภคอาหารไขมันสูงเนื่องจากจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงส่งผลต่อหลอดเลือดตีบแคบทำให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้น⁴ นอกจากนี้การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การไม่รับประทานยาที่ไม่มีคำสั่งแพทย์ และการดื่มน้ำสะอาดช่วยป้องกันภาวะไตเสื่อมได้⁵

การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมทำได้หลากหลายวิธี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม⁶ ส่วนบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่เหมาะสมช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น⁷ และการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังร่วมกับการกำกับติดตาม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้เป็นอย่างดี⁸ อย่างไรก็ตามงานวิจัยในอดีตเสนอแนะว่า การจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่หลากหลาย ร่วมกับการใช้สื่อการสอนที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการกรองของไต จะช่วยให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเกิดความเข้าใจและสามารถปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจึงต้องมีการบูรณาการณากิจกรรมที่หลากหลายและกระตุ้นความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย

พนักงานทำความสะอาด จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุอยู่ในช่วง 35–45 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน⁹ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและออกกำลังกายน้อย⁵ และพบว่าเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเสื่อมลงมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น ๆ² ดังนั้น พนักงานทำความสะอาดจึงต้องได้รับการส่งเสริมให้มามีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมอย่างเร่งด่วน เนื่องจากบุคคลเหล่านี้นอกจาก



จะทำงานนอกแล้วยังทำหน้าที่เป็นแม่บ้านที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของคนในครอบครัวและสังคมไทย โดยเป็นบุคคลหลักที่กำหนดรูปแบบของอาหารในครัวเรือน และมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหารนอกบ้านให้กับสมาชิกในครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต¹⁰ นอกจากนี้กลุ่มแม่บ้านยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีเพื่อเป็นตัวอยางให้กับบุคคลในครอบครัว การปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคของคนในครอบครัวและยังเป็นบุคคลที่คอยให้ความรู้และโน้มน้าวจิตใจของสมาชิกในครอบครัวให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นกลุ่มแม่บ้านทำความเข้าใจควรได้รับการส่งเสริมให้ความรู้และฝึกฝนการป้องกันโรคด้วยตนเอง

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การพัฒนานวัตกรรมสื่อการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อช่วยให้เห็นภาพของการทำหน้าที่และการกรองของไตให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น และการจัดทำคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านทำความเข้าใจในเนื้อหาของโรค เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพให้ดีขึ้น จนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง⁸ มาออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้กับแม่บ้านทำความเข้าใจเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมที่ดีขึ้น โดย Pender¹¹ อธิบายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงการมองสุขภาพในทางบวกโดยไม่มีการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการป้องกันสุขภาพด้วย Pender มองว่าการป้องกัน

สุขภาพนั้นเป็นการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โรค และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพของบุคคล การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย 1) เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเพศหญิงให้ความสนใจในการป้องกันโรคเรื้อรังสูงกว่าเพศชาย² 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การขาดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง⁶ ความยุ่งยากในการจินตนาการถึงการแย่งระยะไตเสื่อมและการกรองของไต⁴ การทำงานติดต่อกันระยะเวลานาน และความไม่สะดวกในการสืบค้นหาสื่อให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม โดยการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้บุคคลตื่นตัวที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง¹¹ ดังนั้นวิธีการที่เหมาะสมที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมในแม่บ้านทำความเข้าใจ คือ การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การสอนสาธิตการกรองของไตโดยใช้โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม ร่วมกับการให้คู่มือวิธีการดูแลตนเองและประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมที่ดี ทั้งนี้เพื่อลดอุปสรรคของแม่บ้านทำความเข้าใจในการป้องกันภาวะไตเสื่อม และกระตุ้นให้คาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและนำความรู้ไปปรับใช้จนเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความเข้าใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความเข้าใจหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้กับกลุ่มควบคุม



สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาดหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาดหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ แม่บ้านทำความสะอาดในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง 3) มีคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 80 จากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 10 ข้อ และ 4) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจ (Power analysis) ตามแนวคิดของ Cohen¹² ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 โดยใช้งานวิจัยที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้คือ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม¹³ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .24 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบ เท่ากับ .05 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (UBU-REC 04/2565) วันที่รับรอง 9 มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับ แล้วให้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีทั้ง 11 คณะ แล้วเข้าพบเจ้าหน้าที่งานบุคลากรเพื่อขอข้อมูลจำนวนและรายชื่อของแม่บ้านทำความสะอาด จากนั้นเข้าพบแม่บ้านทำความสะอาดเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับอายุและประวัติการมีโรคประจำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ แบบรายกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน ผู้ให้ความรู้คือทีมผู้วิจัย เนื้อหาของโปรแกรมมี 3 องค์ประกอบ มีรายละเอียดดังนี้

1.1) การบรรยายเรื่องโรคไตเรื้อรัง เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของโรค อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การดำเนินของโรค ระดับความรุนแรงของโรค และแนวทางการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งนำเสนอผ่าน Program PowerPoint เป้าหมายของการบรรยายเรื่องโรคไตเรื้อรัง คือ การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่และเพิ่มพูนองค์ความรู้ให้มากขึ้น ส่งเสริมความมั่นใจในการนำความรู้ไปปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม

1.2) โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของไต การแบ่งระยะของไตเสื่อม และการสาธิตการกรองของไตผ่านการใช้โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลที่เรียนรู้เป็นรูปธรรมและเกิดการเรียนรู้ผ่านการทดลอง



ใช้โมเดล เกิดการประเมินที่ถูกต้องตามความเป็นจริงของภาวะไตเสื่อม และตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยโมเดลประกอบด้วย 1) ขวดโหลอะคริลิคทรงกลมที่เป็นตัวแทนของไตในการทำหน้าที่กรองของเสียออกจากร่างกาย 2) ถาดอะคริลิคทรงกลมแบ่งเป็น 6 ช่อง ใช้เปรียบเทียบความสามารถในการกรองของไต ในภาวะไตเสื่อม 6 ระยะ (0-100% ดังแสดงในตารางที่ 1 3) ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ (Urine bag) โดยตัวสายที่ต่อลงถุงใช้แทนท่อไตและตัวถุงแทนกระเพาะปัสสาวะ 4) ก้อนกรวดในถาดอะคริลิกใช้แสดงปริมาณ

การเสื่อมของไตในแต่ละระยะ 5) น้ำเปล่า จำนวน 500 มิลลิลิตร ใช้แทนเลือดที่ไหลผ่านถาดอะคริลิคทรงกลม 6 ช่อง (ระยะของไตเสื่อม 6 ระยะ) วิธีการใช้งานให้น้ำไหลผ่านก้อนกรวด ซึ่งเปรียบเสมือนหน่วยไตที่สามารถกรองน้ำและของเสีย โดยปลายท่อของขวดโหลอะคริลิคต่อกับถุงรองรับน้ำปัสสาวะ แล้วทำการบันทึกปริมาณน้ำและจับเวลาการไหลผ่านของน้ำตั้งแต่เริ่มเทจนกระทั่งซึมผ่านลงมาจนหมดทุกถาด ค่าที่ได้จะนำไปคำนวณเป็นร้อยละการกรองของไต 6 ระยะ¹⁴

ตารางที่ 1 ความสามารถในการกรองของไตและระยะการเสื่อมของไต ในโมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม

โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม	ความสามารถในการกรองของไต	ระยะการเสื่อมของไต
ใส่ก้อนกรวด 30 กรัม ในถาดอะคริลิคช่องที่ 1	ไตที่กรองของเสียได้ >90%	ระยะที่ 1
ใส่ก้อนกรวด 50 กรัม ในถาดอะคริลิคช่องที่ 2	ไตที่กรองของเสียได้ 60-89%	ระยะที่ 2
ใส่ก้อนกรวด 80 กรัม ในถาดอะคริลิคช่องที่ 3	ไตที่กรองของเสียได้ 45-59%	ระยะที่ 3A
ใส่ก้อนกรวด 100 กรัม ในถาดอะคริลิคช่องที่ 4	ไตที่กรองของเสียได้ 30-44%	ระยะที่ 3B
ใส่ก้อนกรวด 150 กรัม ในถาดอะคริลิคช่องที่ 5	ไตที่กรองของเสียได้ 15-29%	ระยะที่ 4
ใส่ก้อนกรวด 180 กรัม ในถาดอะคริลิคช่องที่ 6	ไตที่กรองของเสียได้ <15%	ระยะที่ 5

1.3) คู่มือการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม เป็นคู่มือที่มอบให้กับกลุ่มทดลองเพื่อนำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม วิธีการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม และประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม เป้าหมายของการให้คู่มือคือช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีเอกสารที่สามารถทบทวนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้เห็นว่าการป้องกันภาวะไตเสื่อมทำได้ไม่ยาก ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางการปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน มีการปรับภาษาที่ใช้ในการให้ความรู้กับแม่บ้านทำ

ความสะอาดให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ที่อาจทำให้ไม่เข้าใจ การเน้นความสำคัญในการสอนสาธิตแบบมีส่วนร่วมเมื่อใช้โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม เพื่อให้แม่บ้านทำความเข้าใจสิ่งที่เรียนรู้เป็นรูปธรรม รวมถึงการอธิบายวิธีการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมตามเนื้อหาในคู่มือเพื่อกระตุ้นความสนใจที่จะเรียนรู้ เข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ได้แก่ อายุ ประวัติโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติโรคไตเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว แหล่งความรู้



เรื่องโรคไทรอยด์ที่เคยได้รับในอดีต การประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเอง และการซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทาน

2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ด้านการรับประทานยา และด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่ปฏิบัติเลย (1) ถึงปฏิบัติประจำ (4) มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 25-100 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมที่ดี โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .90 และตรวจสอบความเที่ยง (Validity) โดยทดลองเก็บข้อมูลกับแม่บ้านทำความสะอาดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และดูจากบัญชีรายชื่อของแม่บ้านทำความสะอาดในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยการ matched pairs โดยพิจารณาจากอายุและการมีโรคประจำตัว (การมีโรคประจำตัว หมายถึง การที่บุคคลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคที่ติดตัวอยู่เป็นประจำ รักษาไม่หายขาด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเกาต์ เป็นต้น) ให้ใกล้เคียงกัน จนได้แม่บ้านทำความสะอาดในกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย จากนั้นดำเนินการทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยทีมผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการสืบหาความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง เช่น ห้องสมุดและสื่อออนไลน์ เป็นต้น

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้จากผู้วิจัย มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ณ สถานที่นัดหมาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งรวมกลุ่ม 3-5 คน เพื่อรับฟังการบรรยายเรื่องโรคไตเรื้อรัง เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของโรค อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การดำเนินของโรค ระดับความรุนแรงของโรค และแนวทางการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง นำเสนอผ่าน Program PowerPoint และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นผู้วิจัยทำการแนะนำโมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม อุปกรณ์ วิธีการใช้งาน และทำการสาธิตการแบ่งระยะการเสื่อมของไตและการกรองของไต โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้โมเดลด้วยตนเองและสอบถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 15 นาที สุดท้ายจึงมอบคู่มือการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมและแนะนำวิธีการใช้คู่มือและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. ประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในสัปดาห์ที่ 6 กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม ร่วมกับการกล่าวสรุปและขอบคุณที่เข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 15 นาที



การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้การทดสอบที่แบบ Independent t-test และ Dependent t-test

ผลการวิจัย

นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

แม่บ้านทำความสะอาด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย อายุแต่ละกลุ่มระหว่าง 22-59 ปี (Mean = 47.03, SD = 6.04 และ Mean = 46.42, SD = 5.73 ตามลำดับ) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 19.40-25.10 kg/m² (Mean = 23.56, SD = 4.06 และ Mean = 24.04, SD = 5.35 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 7,400-10,500 บาท (Mean = 9,650, SD = 5,912 และ Mean = 9,073,

SD = 6,251 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 82.50 และ 78.40 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.40 และ 62.10

โรคประจำตัว พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.70 เท่ากัน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 53.30 และ 73.30 ไม่มีประวัติโรคไตเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 83.30 และ 80.00 กลุ่มแม่บ้านทำความสะอาดได้แหล่งความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังตามที่เคยได้รับในอดีตจากแพทย์ พยาบาล เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.30 และ 40.00 ในกลุ่มควบคุม พบว่าแม่บ้านทำความสะอาดที่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังมาก่อน มากถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ แม่บ้านทำความสะอาดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเองมากถึงร้อยละ 93.30 และ 76.70 และไม่มีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทานถึงเป็นร้อยละ 70.00 และ 73.40 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	17	56.70	17	56.70
ความดันโลหิตสูง	4	13.30	5	16.70
เกาต์	5	16.70	4	13.30
มี 2 โรคขึ้นไป	3	10.00	3	10.00
เบาหวาน	1	3.30	1	3.30
สิทธิการรักษา				
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16	53.30	22	73.30
ประกันสังคม	12	40.00	6	20.00
ข้าราชการ	2	6.70	2	6.70



ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด (N = 60) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคไตเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว				
มี	5	16.70	6	20.00
ไม่มี	25	83.30	24	80.00
แหล่งความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังที่เคยได้รับในอดีต				
แพทย์ พยาบาล	16	53.30	12	40.00
ไม่เคยได้จากที่ใด	8	26.70	12	40.00
หนังสือ	4	13.30	3	10.00
สื่อออนไลน์	2	6.70	2	6.70
นักโภชนาการ	-	-	1	3.30
การประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเอง				
ทำ	28	93.30	23	76.70
ไม่ทำ	2	6.70	7	23.30
การซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทาน				
ไม่ซื้อ	21	70.00	22	73.40
1 มื้อ/วัน	6	20.00	7	23.30
2 มื้อ/วัน	2	6.70	1	3.30
3 มื้อ/วัน	1	3.30	-	-

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาด กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่าแม่บ้านทำความสะอาดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม

สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean = 46.77, SD = 3.29; Mean = 41.07, SD = 2.50; $t = 7.56$, $p\text{-value} = .000$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาดของกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (n = 30)

กลุ่มทดลอง (n = 30)	พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม		t	p-value
	Mean	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม	41.07	2.50	7.56	.000
หลังได้รับโปรแกรม	46.77	3.29		



ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง แม่บ้านทำความสะอาดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean = 46.77, SD = 3.29; Mean = 42.57, SD = 4.35; $t = 4.22$, $p\text{-value} = .000$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมของแม่บ้านทำความสะอาดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

กลุ่มแม่บ้าน ทำความสะอาด	พฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม		t	$p\text{-value}$
	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	46.77	3.29	4.22	.000
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)	42.57	4.35		

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานที่หนึ่ง แม่บ้านทำความสะอาดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้อาจเพราะโปรแกรมการให้ความรู้มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับการมีประสบการณ์เดิมที่เคยรับทราบเกี่ยวกับการป้องกันไตเสื่อมจากสื่อต่าง ๆ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจจนนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม¹¹ นอกจากนี้อาจเพราะองค์ประกอบของโปรแกรมการให้ความรู้มีความหลากหลายและช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่ายและจดจำได้¹³ เช่น กิจกรรมการบรรยายเรื่องโรคไตเรื้อรัง ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง กิจกรรมการเรียนรู้หน้าที่ของไตและระยะของไตเสื่อมด้วยโมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม ที่ช่วยให้กลุ่มแม่บ้านทำความสะอาดมองเห็นภาพการแบ่งระยะของภาวะไตเสื่อม ลักษณะการกรองของไตในแต่ละระยะของภาวะไตเสื่อม รวมถึงการได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมที่แม่บ้านทำความสะอาดสามารถ

นำกลับไปอ่านเพิ่มเติมที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าหลังจากที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเข้าร่วมโปรแกรมการบูรณาการเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการให้คู่มือในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม⁸ ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในการชะลอไตเสื่อม ได้แก่ การจำกัดความเค็มของอาหาร การจำกัดอาหารกลุ่มโปรตีน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมรวมถึงทำให้การดำเนินของโรคช้าลงด้วย¹⁵ สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ช่วยให้บุคคลที่มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น แม่บ้านทำความสะอาดมีพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมที่ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานที่สอง แม่บ้านทำความสะอาดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเพราะโปรแกรมการให้ความรู้



ในการศึกษาครั้งนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรค การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการใช้โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม และการรับรู้คู่มือเกี่ยวกับวิธีการปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยกิจกรรมเหล่านี้มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างดูแลสุขภาพของตนเองแบบองค์รวมผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงประโยชน์ของการเฝ้าระวังภาวะไตเสื่อม¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในอดีตที่พบว่า กิจกรรมการให้ความรู้ที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังต้องการประกอบด้วยการบรรยายความรู้เรื่องโรคเนื่องจากเป็นวิธีการที่ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจง่ายและสามารถนำไปปรับใช้ได้¹⁶ และการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนที่ให้การแบ่งระยะของไตเสื่อมและการกรองของไตที่เป็นรูปธรรมช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น เช่น ลดการบริโภคอาหารเค็ม ดื่มน้ำสะอาดให้มากขึ้น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และระวังการรับประทานยาที่ไม่มีคำสั่งจากแพทย์¹⁷ เป็นต้น ส่วนการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง การป้องกัน และการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะไตเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือ พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยไตที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ ดังนั้น สรุปได้ว่าการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมควรประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านทำความเข้าใจและสามารถปรับพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมได้ดียิ่งขึ้นทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การรับประทานยา และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการให้ความรู้สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ให้ครบทุกขั้นตอน เพื่อช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การกรองของไต และการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยองค์ประกอบของโปรแกรมการให้ความรู้ช่วยลดการรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง รวมถึงช่วยสะท้อนความคิดและเห็นถึงประโยชน์ในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้จากโปรแกรมการให้ความรู้ มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โมเดลไตจำลองป้องกันไตเสื่อม สามารถช่วยส่งเสริมความเข้าใจให้กับกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี แต่ยังมีขนาดใหญ่และน้ำหนักมาก ดังนั้น ผู้ที่จะพัฒนาต่อควรออกแบบและปรับวัสดุให้น้ำหนักเบา เพื่อให้ใช้งานได้สะดวกยิ่งขึ้น

2. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มแม่บ้านทำความเข้าใจความสะอาดเท่านั้น หากต้องการนำโปรแกรมการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ อาจต้องพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย เช่น อายุ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อม เป็นต้น



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่สนับสนุนทุนสำหรับดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Chailimpamontree W, Kantachuvesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit, P. et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. *J Clin Hypertens* 2021; 23(4): 744-54.
2. Lucas A, Taiwo A. The management of women with kidney disease. *J Natl Med Assoc* 2022; 114(3S2): S43-S49.
3. Yin T, Chen Y, Tang L, Yuan H, Zeng X, Fu P. Relationship between modifiable lifestyle factors and chronic kidney disease: a bibliometric analysis of top-cited publications from 2011 to 2020. *BMC Nephrol* 2022; 23(1): 1-15.
4. Borrelli S, Provenzano M, Gagliardi I, Michael A, Liberti ME, De Nicola L, et al. Sodium intake and chronic kidney disease. *Int J Mol Sci* 2020; 21(13):1-13.
5. Luyckx A, Tuttle R, Garcia-Garcia G, Gharbi B, Heerspink J, Johnson W. et al. Reducing major risk factors for chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2017; 7(2): 71-87.
6. Sa'adeh H, Darwazeh R, Khalil A, Zyoud S. Knowledge, attitudes and practices of hypertensive patients towards prevention and early detection of chronic kidney disease: a cross sectional study from Palestine. *Clin Hypertens* 2018; 24(1): 1-13.
7. Thiabrithi S, Turnbull N, Sriphuwong C, Sriphuwong W, Sridakate S. The effects of self-management support programs on chronic kidney disease prevention behaviors among risk groups in community. *JNHR* 2021; 37(3): 229-40. (in Thai)
8. Weeragul W. Effectiveness of integrated CKD care program on delaying chronic kidney disease progression. *PCFM* 2022; 5(2): 132-44. (in Thai)
9. Thimoonnee M, Preechawong S. Factors related to preventive behaviors for cardiovascular disease in premenopausal cleaning personnel. *KJN* 2016; 23(1): 118-32. (in Thai)
10. Lundy L, Suryani P, Akbar S. Educational model for cadres and housewives against changes in family knowledge and behavior in efforts to prevent complications of type II DM in Bunut Wetan Village, Malang Regency. *Health Notions* 2020; 4(12): 419-24.
11. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2006.



12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
13. Mahalee S, Raksilp M, Aekakul T. Effectiveness of health education program in self-care of chronic kidney disease (CKD) among chronic kidney disease patients at Tambon health promoting hospital, Namyuen district, Ubon Ratchathani province. *The Journal of Graduate School, Pitchayatat* 2016; 11(1): 99-106. (in Thai)
14. Yodchai K. Patients with chronic kidney disease: nursing care and symptom management Songkhla: P.C. Prospect; 2019.
15. Thanachayanont T, Chanpitakkul M, Hengtrakulvenit J, Watcharakanon P, Wisansak W, Tancharoensukjit T, et al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT-2) trials. *Nephrol* 2021; 26(4): 333-40.
16. Chen C, Chang C, Liu Y, Ho F, Weng C, Tsai I. The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *J Nurs Scholarsh* 2018; 50(3): 265-75.
17. Rainey H, Hussain S, Thomas N. Innovative education for people with chronic kidney disease: an evaluation study. *J Ren Care* 2020; 46(4): 197-205.
18. Kanogsunthorntrat N, Kitiyakara C. Effects of counseling and educational program based on motivational interviewing on health behaviors and clinical outcomes in patient with pre-dialysis chronic kidney disease. *JTNMC* 2018; 5(2): 19-38. (in Thai)



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปรับปรุง มกราคม 2565)

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการพยาบาล และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ด้วยระบบการพิจารณาแบบ Double Blind Review

จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (article)
2. บทความวิจัย (research article)
3. บทความปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับ

1. องค์ประกอบของบทความมีดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนทุกคน เป็นภาษาไทย พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และให้ระบุหน่วยงานของผู้แต่งชื่อแรกไว้ใต้ชื่อผู้เขียน โดยให้ระบุตำแหน่งงานไว้เป็นเชิงอรรถด้านล่าง (ดูตัวอย่างภายในเล่ม)
 - 1.3 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย แบบแผนงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และข้อสรุป
 - 1.4 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่งทุกคน Purpose, Design, Methods (sample, instrument, data collection and statistical analysis), Results, Conclusion ทั้งนี้ให้ระบุหน่วยงานและที่อยู่ของผู้แต่งทุกคน พร้อมระบุ corresponding author และ e-mail
 - 1.5 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 3-5 คำสำคัญและทำเครื่องหมาย / ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.6 เนื้อเรื่องบทความประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับดังนี้ และเพิ่มเติมรายละเอียดต่อไปนี้

- **บทนำ** ระบุถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยโดยย่อ ระบุมุมมองแนวคิด (ความเรียง/แผนภาพ) และระบุวัตถุประสงค์การวิจัย

- **วิธีดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วยหัวข้อและการอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น

- **อภิปรายผล** อธิบายถึงเหตุผลของผลการวิจัยที่พบ (ทั้งที่เป็นและไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย) โดยกล่าวอ้างถึงแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำผลงานวิจัยของผู้อื่น มาสนับสนุนผลการวิจัยอย่างเหมาะสม สอดคล้อง

- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป

- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ สันกระชับและได้ใจความ

- **Reference** ใช้ระบบ Vancouver ครมมีความทันสมัย ไม่ควรเกิน 18 รายการ

การจัดพิมพ์

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows แบบอักษรใช้ Cordia New ขนาดตัวอักษร 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวน 7 – 13 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง) และควรเว้นห่างจากขอบกระดาษข้างละ 1 นิ้ว บน-ล่าง 1 นิ้ว และใส่หมายเลขหน้าทุกหน้า
2. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดต้องพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน
3. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ ควรใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น (World Health Organization) เป็นต้น



การเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่ปีที่ 31 เป็นต้นไป ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ทั้งนี้การอ้างอิงในเนื้อหาบทความมีหลักการอ้างอิงคือ เมื่อนำผลงานมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความ เรียงลำดับ 1,2,3..... โดยให้ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความเป็นตัวเลขยกขึ้น แล้วรวบรวมเป็น Reference ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

รายการอ้างอิงทุกรายการต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อเรื่องและใน Reference และรายการอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง แล้วต่อท้ายด้วยว่า [In Thai]

การส่งบทความและกระบวนการพิจารณาตอบรับบทความ

1. ผู้แต่ง (Author) สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบอิเล็กทรอนิกส์วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <https://www.tcithaijo.org/index.php/CUNS>

2. ผู้แต่งต้องจัดทำต้นฉบับบทความที่มี Template บทความถูกต้อง ได้แก่ องค์ประกอบบทความ รายการอ้างอิง

หากไม่ถูกต้องกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบและแก้ไขจนกว่าจะถูกต้องสมบูรณ์

3. กองบรรณาธิการจะส่งบทความที่มี Template ถูกต้อง สมบูรณ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ซึ่งจะใช้เวลาการพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : ธีระพงษ์ ยุพากิ่ง

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130

E-mail address: jnsu@chula.ac.th



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)
☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน
โทรศัพท์ e-mail

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

มีความประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ปี..... ☐ ต่ออายุสมาชิก ปี.....

ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download วารสารฉบับ ON LINE ผ่าน www.tci-thaijo.org

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

(ตัวอักษร)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ เลขที่ 152-068468-7
(โปรดส่งสำเนาการโอนเงิน แนบพร้อมกับใบสมัครมาที่กองบรรณาธิการ)

.....
(.....)

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

✉ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : ธีระพงษ์ ยุพากิ่ง

โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130 E-mail address: jnsu@chula.ac.th

รายนามคณาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ท่าโต
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ยูนิพันธ์
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน	อังสุโรจน์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร	ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์	สาส์ตย์
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร	อุปเสน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ	นันทไทยทวีกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี	นาวิเจริญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา	ปรีชาวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	สุขตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร	สถิตยुทธการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์	ตรีนัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล	โรจนาวี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธาพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
อาจารย์ ดร.ศกุนตลา	อนุเรือง
อ.ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์
อ.ดร.นพมาศ	พัทธทอง
อ.ดร.ศิริินภา	จิตติมณี
อ.ภาวิณี	ซ้ายกลาง

