วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ
เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ
ในสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน
Journal of Nursing Research, Innovation, and Health
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 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม

เจ้าของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnscu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร 02-218-1130

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	นักวิชาการอิสระ
ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	บรรณาธิการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	บรรณาธิการร่วม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ นักวิชาการอิสระ	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชัย มณีเนตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลภู ถนอมสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญาภา แสนหลวง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ปริญญา แก้วสงค์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวภณ สารข้าวคำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
รองศาสตราจารย์ ดร.วารีรัตน์ ถาน้อย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
อาจารย์ ดร.สุนันทา ทองพัฒน์ นักวิชาการอิสระ	
ดร.วิมล มาดิษฐ์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	
Professor Dr. Chieko Greiner Graduate School of Health Sciences, Kobe University	
Assistant Professor Dr. Benjamin Ho The School of Nursing, The University of Hong Kong	
อาจารย์ ดร.กาญจณี พันธุ์ไพโรจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เลขานุการกองบรรณาธิการ

กองจัดการวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล	บรรณาธิการ และประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี	บรรณาธิการร่วม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญญาภา โพธิ์เกษม	กรรมการ
อาจารย์ ดร.ศิรินภา จิตติมณี	กรรมการ
Lecturer Dr. Faizul Hasan	กรรมการ
Lecturer Dr. Debby Syahru Romadlon	กรรมการ
อาจารย์ ดร.ภัทรพร เขียวหวาน	กรรมการ
อาจารย์ ดร.กาญจณี พันธุ์ไพโรจน์	กรรมการ และเลขานุการ
อาจารย์ ดร.พัชรินทร์ ครองธรรม	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
นายรัชกฤศ ยุพากิ่ง	ผู้ช่วยเลขานุการ

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

สารบัญ | **หน้า** | **Contents**

บทความวิชาการ | **Page**

มะเร็งจอประสาทตา : บทบาทพยาบาลทางคลินิกกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา
ปิยาณี ณ นคร
พนิดา ตึกหิน
1 Retinoblastoma: Role of Clinical Nurse for Nursing care Retinoblastoma Patients
Piyanee Na Nakorn
Panida Tukkin

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ
แพรศิริ อยู่สุข
วราภรณ์ ทิพย์สุมานันท์
14 The Role of Geriatric Nurses in Promoting Health and Preventing Frailty among Older Persons in a Geriatric Clinic
Praesiri Yoosuk
Waraporn Tipsumanunt

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ
ศรัณย์พร ศรีใจอินทร์
ศิริพันธุ์ สาสัตย์
24 Factors Related to Long Covid-19 in Older Persons
Saranporn Srichaiin
Siriphan Sasat

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ชมพูนุช ไชยยะ
ศิริพันธุ์ สาสัตย์
37 Factors Related to Health-Related Quality of Life in Older People with Colorectal Cancer
Chompoonut Chaiya
Siriphan Sasat

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง
วชิราภรณ์ ชาติครบุรี
ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล
51 The Effect of Symptom Management Program Combine With Muscle Stretching on Pain in Person with Low Back Pain
Wachiraporn Chartkornbure
Pachanat Nanthaithaveekul

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้าย
จันจิรา เพ็ญ
สุรีพร ธนศิลป์
63 Selected Factors Related to Death Acceptance Among Persons with end Stage Kidney Disease
Chanjira Phen
Sureeporn Thanasilp

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

สารบัญ **หน้า** **Contents**

บทความวิจัย **Page**

การประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model
อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์, ถิรนันท์ ทิพย์ชาติ
อาริยา สอนบุญ, เลอลักษณ์ แทนเกษม
จตุพร จำรองเพ็ง, พรทิพย์ เวียงสมุทร
อภิสิทธิ์ จันทร์เกตุ
77 An Evaluation of the Quality and Effectiveness of the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum 2019) at the Faculty of Nursing, Mahasarakham University Based on the CIPP Model
Umaporn Kuasit, Thiranun Tipchart
Ariya Sornboon, Lerluk Tankasem
Jatuporn Pengchai, Pornthip Weansmut
Apisit Chanket

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก
อิสริยา ทับทิม
นรลักขณ์ เอื้อกิจ
91 The Effect of Promoting Muscular Strength Program on Functional Ability of Patients Undergoing Hip Surgery
Isariya thapthim
Noraluk Ua-Kit

ผลของโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวต่อการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด
ธารทิพย์ สุภาทิต
สุนิศา สุขตระกูล
106 The Effect of Family Communication Program on Drugs Consumption in Adolescent Opioid Use Disorder
Thantip Supatit
Sunisa Suktrakul

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียน
พีรวิทย์ พันธ์ฤทธิ์ดำ
สุนิศา สุขตระกูล
119 The Effect of Group Internet-Supported for Caregivers' Affiliate Stigma Management Program on Autistic Symptoms Among School-Age with Autism Spectrum Disorder
Peeravit Panritdum
Sunisa Suktrakul

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
ศจิกา ขุนบำรุง
เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์
สุดาพร สถิตยุทธการ
133 The Effect of Integrated Self-Efficacy Program on Social Functioning of Persons with Schizophrenia
Sajika Khunbamrung
Pennapa Dangdomyouth
Sudaporn Stithyudhakarn

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

สารบัญ **หน้า** **Contents**

บทความวิจัย **Page**

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
พรรณทิวา สุขรอด
นรลักขณ์ เอื้อกิจ
146 SELECTED FACTORS RELATED TO NEEDS OF PERSONS AFTER CORONARY ARTERY
Phanthiwa Sukrot
Noraluk Ua-kit

การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล: เทคนิคเดลฟาย
กัลย์ญาณ์มาส ศรีสุวรรณ
ยุพิน อังสุโรจน์
161 A STUDY OF NURSE ENTREPRENEUR COMPETENCIES OF NURSE ENTREPRENEURS OPERATING NURSE ASSISTANT SCHOOL : A DELPHI STUDY
Kanyamas Srisuwan
Yuphin Angsuroch

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน
ปทุมวดี พัฒนเรืองกุล
รัชนีกร อุปเสน
สุดาพร สถิตยุทธการ
175 THE EFFECT OF SELF - MANAGEMENT AND FAMILY PARTICIPATION PROGRAM VIA APPLICATION ON MEDICATION ADHERENCE OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA IN THE COMMUNITY.
Pratoomvadee Pattanarueangkul
Ratchaneekorn Upasen
Sudaporn Stithyudhakarn

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ (Journal of Nursing Research, Innovation, and Health: JNRIH) ISSN 3056-9893 (Online) ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 (2568) ยังคงคำนึงถึงคุณภาพความรู้ เช่นเดิม ประกอบด้วย บทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งทุกบทความได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (doble blinded)

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ เข้าใจดีว่าการนำผลงานวิจัย งานวิชาการและงานอื่น ๆ เพื่อเผยแพร่ให้ผู้ที่สนใจได้ทราบและนำไปใช้ประโยชน์ได้มีความสำคัญอย่างยิ่ง และวิธีการที่ง่ายคือ การตีพิมพ์ในวารสารนั้นเอง ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ (ฟรี) ท่านสามารถส่งบทความวิชาการ (article) รายงานการวิจัย (research article) บทความงานสร้างสรรค์ (creative article) บทความปริทัศน์ (review article) บทความการวิเคราะห์อภิมาน (metanalysis article) บทความพิเศษ (special article) เพื่อตีพิมพ์ โปรดส่งผ่านระบบวารสาร online ของ Thaijo สามารถสอบถามรายละเอียดการส่งบทความได้ที่กองจัดการวารสาร โทร 02-218-1129, email: juscu@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้นิพนธ์บทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสร้างสรรค์บทความพิจารณากลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้ สู่การปฏิบัติจริง สร้างเครือข่ายความร่วมมือในองค์กรทางการศึกษา วิชาการและวิจัย เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคมและโลกอย่างยั่งยืนต่อไป

ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์

บทความวิชาการ

มะเร็งจอประสาทตา : บทบาทพยาบาลทางคลินิกกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา

ปิยาณี ณ นคร ปร.ด.* พนิดา ตึกหิน พย.ม.**
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

มะเร็งจอประสาทตา เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเด็ก เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในชั้นจอประสาทตา เนื่องจากโครโมโซมคู่ที่ 13 เกิดการผ่าเหล่าที่ผิดปกติ เซลล์จึงมีลักษณะการเจริญไปเป็นเซลล์มะเร็ง ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการมองเห็นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหากวินิจฉัยล่าช้า การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลทางคลินิกจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา โดยมีบทบาทการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแล ตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ การดูแลและให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้ การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลทางคลินิกยังมีบทบาทในการให้แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมะเร็งจอประสาทตาและครอบครัวสามารถดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและนำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งจอประสาทตา รวมทั้งอธิบายบทบาทเชิงวิชาชีพของพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งจอประสาทตา/ พยาบาลทางคลินิก/ มะเร็งจอประสาทตา

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 1-13

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: piyanee.nan@mahidol.ac.th.

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Retinoblastoma: Role of Clinical Nurse for Nursing care Retinoblastoma Patients

Piyanee Na Nakorn Ph.D.* Panida Tukkin, M.N.S**

Abstract

Retinoblastoma (RB) is considered the most common cancer in children. It is caused by abnormalities in the progenitor cells of the retina due to chromosome 13. This genetic alteration leads to cancerous cell growth, which can severely impact vision and may be life-threatening if diagnosis is delayed. Management of this population requires multidisciplinary teams, in which clinical nurses play critical roles in the care of children with retinoblastoma. Core responsibilities include comprehensive assessment, care planning, and care coordination within multidisciplinary teams; delivery of treatment-related nursing care for chemotherapy, focal therapies, and perioperative management and education on medication adherence, complication recognition, and home care. Clinical nurses also provide education and support for complication prevention, rehabilitation, and health promotion. These integrated roles aim to empower children with retinoblastoma and their families to self-manage physically and psychologically for better quality of life.

This academic article aims to review and synthesize literature related to retinoblastoma and describe professional roles of clinical nurses in caring for retinoblastoma patients, to inform nursing practice for clinical nurses to effectively care for this patient population.

Keywords: *Retinoblastoma/ Clinical Nurse Nursing care/ Retinoblastoma*

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 1-13

Article info: received February 14, 2025; revised May 6, 2025; accepted June 16, 2025

* Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: piyanee.nan@mahidol.ac.th.

** Corresponding author, Registered nurse, Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็ก พบว่า เป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก โดยใน ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถิติประมาณการผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อายุแรกเกิด-19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกมีจำนวน 400,000 คนต่อปี ส่วนทวีปเอเชียมีจำนวน 200,000-250,000 คนต่อปี[1] และสำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นจำนวน 141.8-147.5 คนต่อประชากร 100,000 คน ในระดับหน่วยงานพบรายงานสถิติผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งของศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งโรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่าง พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 147, 136 และ 112 คน ตามลำดับ โดยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งจอประสาทตา มะเร็งสมอง และระบบประสาท ตามลำดับ[1-2]

มะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma) เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ซึ่งเป็นเซลล์ต้นกำเนิดของเซลล์ในชั้นจอประสาทตามีการผ่าเหล่าที่ผิดปกติ เซลล์จึงมีลักษณะการเจริญไปเป็นเซลล์มะเร็ง อาจเกิดที่ตาข้างเดียวหรือเกิดพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง โดยที่ไม่ได้เป็นการกระจายจากตาข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่ง และพบได้ใกล้เคียงกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย ถือเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในลูกตาที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยพบได้ในเด็กเกิดใหม่ 1 คน ต่อ 15,000-20,000 คน และพบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.5-4.0 ของมะเร็งในเด็กทั้งหมด และเป็นโรคมะเร็งที่พบมากในเด็กเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวและเนื้องอกในสมอง[1]

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจอประสาทตา หากไม่ได้รับการรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสมหรือได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม และหากไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี ดังนั้นพยาบาลทางคลินิกจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาเป็นอย่างมาก สำหรับบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและนำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งจอประสาทตาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา เพื่อให้พยาบาลทางคลินิกมีความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรค การรักษา และแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา โดยบทบาทพยาบาลทางคลินิกต่อผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาประกอบไปด้วย การประเมินปัญหา การวางแผนการดูแล การช่วยเหลือ การให้แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู และการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านการรักษาที่ซับซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

พยาธิสภาพของโรคมะเร็งจอประสาทตา

มะเร็งจอประสาทตา เกิดจากความผิดปกติของ Retinoblastoma gene (RB gene) ของโครโมโซมคู่ที่ 13 ที่มีการกลายพันธุ์ของยีนที่ควบคุมการแบ่งเซลล์ในดีเอ็นเอ ส่งผลให้เซลล์ในบริเวณจอประสาทตาผิดปกติและมีเนื้องอกเกิดขึ้นบริเวณดวงตาข้างใดข้างหนึ่ง โดยยีนที่ผิดปกตินี้อาจเกิดจากการกลายพันธุ์ในเซลล์จอประสาทตาตั้งแต่ช่วงพัฒนาการของทารกในครรภ์หรือได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม[1, 3-4] ในกรณีที่มะเร็งจอประสาทตาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงหรือการกลายพันธุ์ของยีน ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติเกิดขึ้นในบริเวณดวงตาข้างเดียว แต่หากเป็นมะเร็งจอประสาทตาที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากพ่อ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัว มักส่งผลให้ความผิดปกติเกิดขึ้นบริเวณดวงตาทั้งสองข้าง และโอกาสจะยิ่งสูงขึ้นหากพ่อหรือแม่มียีนที่กลายพันธุ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายทอดของยีนที่กลายพันธุ์มาตั้งแต่เกิดอาจมียีนผิดปกติในหลายเซลล์กระจายอยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จึงมีแนวโน้มในการเกิดเนื้องอกมากกว่า 1 จุด ทำให้อาจเกิดเนื้องอกที่ตาทั้ง 2 ข้าง และเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่น ๆ โดย Knudson[5] ซึ่งเป็นผู้ค้นพบและอธิบายการเกิดโรคนี้ด้วยทฤษฎี “Two-hit hypothesis” พบว่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติของมะเร็งจอประสาทตาในครอบครัว (Familial retinoblastoma) จะมี One-mutant allele (One

“hit”) ตั้งแต่ปฏิสนธิ[4-5] และเมื่อเซลล์ใดเซลล์หนึ่งเกิด Somatic mutation (Second “hit”) ในภายหลังก็จะทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (Tumor) ได้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติของโรคในครอบครัว จะมียีนปกติตั้งแต่ปฏิสนธิแล้วจึงมี Two somatic mutation เกิดขึ้นในภายหลังจึงทำให้เกิดเป็นโรค ซึ่งโอกาสเกิด Somatic mutation ทั้ง 2 ยีน จะไม่สูงนัก โดยสามารถแบ่งกลไกเกิดมะเร็งจอประสาทตา ได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้[3-5]

1. Hereditary retinoblastoma พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุเกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน retinoblastoma ซึ่งปรากฏทั้งในเซลล์สืบพันธุ์และในเซลล์ของจอประสาทตา ส่งผลให้มะเร็งมักเกิดได้หลายตำแหน่งในจอประสาทตา อาจเกิดทั้งสองข้าง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอวัยวะอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถถ่ายทอดการกลายพันธุ์ไปยังลูกหลานได้ และมักได้รับการวินิจฉัยได้ในวัยค่อนข้างน้อย โดยมีอายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยประมาณ 12 เดือน[3-4]

2. Nonhereditary retinoblastoma พบได้ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด ลักษณะของกลุ่มนี้คือมีการกลายพันธุ์ของยีน Retinoblastoma เฉพาะในเซลล์เรติโนบลาสต์เพียงตำแหน่งเดียว ส่งผลให้มักพบมะเร็งเพียงตำแหน่งเดียวในจอประสาทตา และมักเกิดที่ตาข้างเดียว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอวัยวะอื่นร่วมด้วย และไม่สามารถถ่ายทอดการกลายพันธุ์ไปสู่ลูกหลานได้ อายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยมักช้ากว่ากลุ่ม Hereditary retinoblastoma โดยพบได้ประมาณ 24 เดือน[3-4]

อาการที่พบได้บ่อยของโรคมะเร็งจอประสาทตา

อาการของโรคมะเร็งจอประสาทตาจะมีอาการที่แสดงออกมาชัดเจนซึ่งหากผู้เลี้ยงดูสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้นและเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะสามารถช่วยในการรักษาได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยอาการที่แสดงของโรคมะเร็งจอประสาทตามีอาการดังต่อไปนี้[1, 6-8]

1. การตรวจพบรูม่านตาเป็นสีขาว (Leukocoria) ซึ่งเกิดจากแสงที่สะท้อนจากก้อนมะเร็งจอตา เป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุดโดยพบถึงร้อยละ 50-60 ผู้ป่วยจะมีลักษณะตาวาว สีขาว ๆ กลางตาดำ

2. ภาวะตาเหล่ (Strabismus) พบได้เป็นอันดับรองลงมาประมาณร้อยละ 20-30

3. ปวดตา และมีการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบ ๆ ลูกตา ตาแดง ม่านตา 2 ข้างสีไม่เหมือนกัน เกิดจากการที่มีหลอดเลือดฝอยมากผิดปกติที่ม่านตา หรือมีเลือดออกในช่องหน้าม่านตา หรือต้อหิน เป็นต้น

4. อาการอื่น ๆ ในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปนอกลูกตา เช่น ตาโปน เนื่องจากก้อนมะเร็งลามออกมาในเบ้าตา ผู้ป่วยที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปสมองอาจมีอาการชัก หรือแขนขาอ่อนแรง หากมีการกระจายไปกระดูกอาจคลำก้อนได้ที่ศีรษะหรือลำตัว ถ้ามีการกระจายไปที่ตับอาจคลำก้อนได้ในช่องท้อง เป็นต้น

ระยะของโรคมะเร็งจอประสาทตา

ระยะของโรคมะเร็งจอประสาทตามีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาและการพยาบาล เนื่องจากสะท้อนระดับความรุนแรง การลุกลามของโรค และลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ระบบการแบ่งระยะของโรคที่ใช้กันทั่วไปมี 2 ระบบหลัก ซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกัน ได้แก่ ระบบ Reese–Ellsworth (R-E) classification ซึ่งใช้เพื่อประเมินการพยากรณ์ผลลัพธ์ของตาที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีภายนอกร่างกาย (External beam radiation) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการรักษาดวงตาให้คงอยู่ และระบบ International Classification ซึ่งใช้ในการแบ่งระยะเพื่อระบุแนวทางการรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค สำหรับบทความนี้นำเสนอระบบ International Classification สำหรับผู้ป่วยที่โรคยังจำกัดอยู่เฉพาะภายในลูกตา ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวางแผนการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1[1, 6, 9]

ตารางที่ 1 ระบบ International classifications of retinoblastoma

กลุ่ม	ลักษณะที่เกิด
Group A	ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 3 มิลลิเมตร และลุกลามอยู่ในเฉพาะจอตา โดยต้องเกิดห่างจากตำแหน่งสำคัญของจอตา เช่น จานประสาทตาหรือรอยบุ๋มจากจุดรับภาพ (Fovea)
Group B	ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 3 มิลลิเมตร หรือเกิดใกล้ตำแหน่งสำคัญของจอตา เช่น จานประสาทตาหรือรอยบุ๋มจากจุดรับภาพ (Fovea) แต่โรคยังลุกลามอยู่ภายในจอตา
Group C	ก้อนมะเร็งมีขอบเขตชัดเจน และลุกลามลงลึกเข้าสู่เนื้อเยื่อในจอตา หรือเข้าในวุ้นตา
Group D	ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ลุกลามลงลึกเข้าสู่เนื้อเยื่อในจอตา และ/หรือเข้าสู่วุ้นตา และ/หรือโรคเป็นสาเหตุให้เกิดจอประสาทตาหลุดลอก
Group E	ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ลุกลามเข้าสู่ส่วนหน้าของลูกตา หรือเกิดเลือดออกในก้อนมะเร็ง มีลักษณะที่การรักษาไม่สามารถเก็บลูกตาไว้ได้ ต้องเอาลูกตาออก

การวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งจอประสาทตา

การวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งจอประสาทตา แพทย์จะใช้วิธีซักประวัติร่วมกับการตรวจร่างกายและตรวจตาในเบื้องต้นและทุกรายที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งจอประสาทตา ผู้ป่วยจะต้องตรวจตาโดยการดมยาสลบในห้องผ่าตัด (Eye examination Under Anesthesia [EUA]) เพื่อเป็นการตรวจตาอย่างละเอียด โดยวิธีการวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งจอประสาทตา[1, 5-7] ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ ในขั้นต้นนี้มีการซักประวัติอย่างละเอียดและตรวจร่างกายทั่วไป

2. การตรวจตา ผู้ป่วยที่เป็นเด็กเล็กอาจต้องดมยาสลบเพื่อการตรวจที่ละเอียดมากขึ้น จักษุแพทย์จะตรวจจอประสาทตาด้วยเครื่องส่องดูตาในห้องมืด เพื่อดูการสะท้อนแสงภายในตาของผู้ป่วย โดยอาจต้องมีการใช้ยาหยอดตาเพื่อช่วยขยายรูม่านตา ทำให้สามารถเห็นจอประสาทตาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้จักษุแพทย์จะตรวจตาส่วนอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การตรวจบริเวณรอบ ๆ ลูกตา การวัดความดันตา ในผู้ป่วยอายุน้อยจะตรวจพบก้อนมะเร็งในบริเวณ Posterior pole ส่วนก้อนมะเร็งที่พบบริเวณ Periphery มักเกิดตามมาในภายหลัง ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ และต้องตรวจบริเวณ Periphery ของจอประสาทตาอย่างละเอียดเพื่อดูว่ามีก้อนมะเร็งเกิดใหม่หรือไม่[9-10]

3. การตรวจจากภาพถ่ายรังสี โดยอาจเป็นการอัลตราซาวด์ การตรวจ CT Scan หรือ MRI Scan บริเวณดวงตา เพื่อตรวจดูขนาดของเซลล์มะเร็งและผลกระทบต่อบริเวณโดยรอบดวงตา การตรวจอัลตราซาวด์เป็นการตรวจพิเศษอีกชนิดหนึ่งที่สามารถทำได้ในคลินิก โดยผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบ นอกจากจะช่วยบอกขนาดของก้อนมะเร็งและการสะสมแคลเซียมภายในก้อนแล้ว อัลตราซาวด์ยังช่วยแยกโรคบางโรคออกจากโรคมะเร็งจอประสาทตาด้วย เช่น Persistent Hyperplastic Primary Vitreous (PHPV) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography (CT) Scan) ของตาและสมองเป็นการตรวจที่พิเศษและมีประโยชน์มากในการประเมินผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งจอประสาทตา โดยจะตรวจพบหินปูน (Calcification) ภายในก้อนมะเร็งของผู้ป่วย[4]

4. การตรวจอื่น ๆ เพื่อตรวจหาว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือไม่ เช่น การตรวจเลือด การตรวจทางพันธุกรรม (Genetic Testing) และการเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง

การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งจอประสาทตา จะขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งที่มีเนื้องอก รวมไปถึงสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยการรักษาที่มีในปัจจุบันมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ [1, 10-11]

1. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการใช้ยาในรูปแบบต่าง ๆ ในการกำจัดเซลล์มะเร็ง เพื่อช่วยให้เนื้องอกมีขนาดเล็กลงและสามารถรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เพิ่มเติม ทำให้ลดโอกาสที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น ซึ่งยาเคมีที่ใช้อาจเป็นยารับประทาน ยาฉีดทางเส้นเลือด หรือฉีดเข้าสู่เส้นเลือดแดงในดวงตาของผู้ป่วยโดยตรงหากอาการของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ นอกจากนี้เคมีบำบัดยังเป็นวิธีที่ใช้รักษาได้ในกรณีที่เนื้องอกกระจายไปยังนอกลูกตาหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้เช่นเดียวกัน โดยวิธีการให้ยาเคมีบำบัดอาจใช้วิธีการให้ยาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous chemotherapy (IVC)) การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Intraarterial chemotherapy (IAC)) ฉีดเข้าสู่ดวงตาของผู้ป่วยโดยตรง (Intraocular chemotherapy) [1, 6, 10-12]

2. การรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา (Radiation Therapy) เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็ง ได้แก่ รังสีเอกซ์หรืออนุภาคโปรตอน ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธีย่อย คือ การฉายรังสีระยะใกล้ เป็นการนำอุปกรณ์ฉายรังสีไปใกล้กับบริเวณที่เกิดเนื้องอก เพื่อให้อุปกรณ์ดังกล่าวค่อย ๆ แผ่รังสีไปยังเนื้องอก แต่วิธีนี้อาจส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะที่อยู่ใกล้ดวงตา การฉายรังสีระยะไกลเป็นการใช้รังสีจากอุปกรณ์ขนาดใหญ่ฉายไปยังเนื้องอกภายในร่างกายผ่านผิวหนัง โดยที่ผู้ป่วยนอนราบบนเตียงและเครื่องจะเคลื่อนผ่านร่างกายพร้อมกับปล่อยรังสีออกมา อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในรูปแบบอื่น ๆ [1]

3. การรักษาด้วยการวางแร่ (Eye Plaque Brachytherapy) เป็นวิธีที่ให้รังสีรักษาเฉพาะที่บริเวณก้อนมะเร็ง ซึ่งมีขนาดปานกลาง การรักษาด้วยการวางแร่ เป็นการรักษาทางเลือกใหม่ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย มีประสิทธิภาพในการรักษา ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และสามารถลดการสูญเสียลูกตาได้มากกว่าวิธีอื่น ๆ สามารถคงการมองเห็นได้มากกว่าและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ข้อดีของวิธีนี้คือผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อภาวะผิดปกติของกระดูกเบ้าตาแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ความผิดปกติของหลอดเลือดในจอตา [1, 10-11]

4. การรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ (Laser photocoagulation) เป็นการยิงเลเซอร์เพื่อทำลายเส้นเลือดที่ลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ไปหล่อเลี้ยงเนื้องอก จึงส่งผลให้เซลล์มะเร็งตายในที่สุด เป็นการรักษาโดยใช้ลำแสงเลเซอร์เพื่อทำลายก้อนมะเร็งขนาดเล็ก วิธีนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น จอตาฉีกขาด หรือจอตาลอกหลุดได้ [1, 10]

5. การรักษาด้วยความเย็นบำบัด (Cryotherapy) เป็นการกำจัดเซลล์มะเร็งด้วยการใช้ความเย็นในระดับสูงโดยจะนำสสารที่มีความเย็นมากอย่างไนโตรเจนเหลวไปไว้ในบริเวณที่ใกล้กับเซลล์มะเร็ง เมื่อเซลล์แข็งตัวแล้วจึงจะนำสสารออก ส่งผลให้เซลล์มะเร็งละลาย ซึ่งจะต้องทำซ้ำหลายรอบต่อการรักษาด้วยความเย็นบำบัด 1 ครั้ง ใช้ได้กับก้อนมะเร็งขนาดเล็ก วิธีการนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น จอตาฉีกขาด จอตาลอกหลุด หรือม่านตาอักเสบได้ [1, 4]

6. การรักษาด้วยการผ่าตัด หากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และไม่สามารถรักษาสภาพการมองเห็น

ได้แล้ว แพทย์จะใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อนำลูกตาออก (Enucleation) การรักษาโดยวิธีนี้จะทรมานจิตใจผู้ปกครองมากจนบางครั้งผู้ปกครองบางคนปฏิเสธการรักษา และเปลี่ยนไปรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ หรือนำเด็กกลับไปอยู่บ้านและกลับมาพบแพทย์อีกครั้งเมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปมากจนอาจเสียชีวิตได้ โดยหลังผ่าตัดแพทย์สามารถใส่ลูกตาปลอมให้เด็กได้ภายใน 3-6 สัปดาห์[1, 6-7, 10]

ผลกระทบที่เกิด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตาที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้หลังจากการรักษาประมาณ 1 ปี และผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วอาจมีโอกาสที่มะเร็งจะกลับมาเกิดขึ้นอีกครั้งในดวงตาหรือบริเวณโดยรอบ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรพบจักษุแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยในการติดตามอาการ โดยส่วนใหญ่มีการนัดตรวจดวงตาทุก 2-3 เดือนหลังการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตามมา เช่น ภาวะเลือดออกมาก การแพ้ยาสลบ การติดเชื้อจากการผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดนำดวงตาออกส่งผลให้สูญเสียการมองเห็น มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของกระดูกและเนื้อเยื่อรอบดวงตาทำให้บริเวณดังกล่าวเป็นพื้นยุบลงไปแม้ว่าประสิทธิภาพในการมองเห็นส่วนใหญ่จะถูกทำลายเนื่องจากมะเร็งแล้วก็ตาม[1, 7]

ตามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งจอประสาทตาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก พยาบาลทางคลินิกซึ่งเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ช่วงของการรักษาจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาและครอบครัวมีคุณภาพที่ดีขึ้นได้

บทบาทพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา

บทบาทของพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาได้มีพัฒนาการตามความก้าวหน้าทางการแพทย์ เทคโนโลยี และแนวคิดการจัดการด้านการดูแลรักษา โดยในอดีต บทบาทพยาบาลทางคลินิกจะมุ่งเน้นที่การดูแลภายหลังการผ่าตัดและการดูแลด้านร่างกายเป็นสำคัญ เนื่องจากในระยะนั้นการวินิจฉัยและการรักษามักเกิดขึ้นล่าช้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ในระยะที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็นหรือมีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ในดวงตา ทำให้การรักษาหลักคือการผ่าตัดนำลูกตาออก ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงเน้นการดูแลหลังผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใส่ตาเทียม โดยยังมีบทบาทที่จำกัดด้านการสนับสนุนทางจิตใจ

ในปัจจุบัน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาได้ขยายสู่การดูแลแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้เทคโนโลยีร่วมกับการรักษา มีส่วนร่วมเชิงรุกในทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้การพยาบาลที่สนับสนุนด้านจิตใจ สังคม และครอบครัวอย่างครอบคลุม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็ก จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการดูแลทั้งตัวเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะมารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก พยาบาลทางคลินิกมีบทบาทตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการด้านการดูแล การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัว การนำแผนการรักษาของแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงมิติองค์รวมและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ [13]

1. บทบาทการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา

บทบาทของพยาบาลทางคลินิกในการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาเป็นบทบาทสำคัญ หากพยาบาลสามารถประเมินและให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาอย่างรอบด้าน พยาบาลจะมีบทบาทที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลในคลินิกที่ต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาควรมีการพยาบาลดังต่อไปนี้

1.1 พยาบาลซักประวัติ และประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประเมินข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีและมีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งหรือรู้สึกหวาดกลัวเจ็บปวด ว้าเหว่อยู่ผู้เดียว

1.2 พยาบาลนำข้อมูลปัญหาจากการประเมินผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตามาวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการปรึกษาวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

1.3 พยาบาลสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วยเด็กร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2. บทบาทการปฏิบัติการพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

บทบาทการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดเป็นบทบาทที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลและนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งพยาบาลควรมีบทบาทการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด ดังนี้[13]

ระยะก่อนผ่าตัด

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติด้วยการทักทาย สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองพูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึกเพื่อให้ผ่อนคลายความตึงเครียด พยาบาลรับฟังปัญหาด้วยความตั้งใจสนใจ

2. อธิบายเวลาเยี่ยมและระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำสภาพแวดล้อม สิ่งของเครื่องใช้ การใช้ห้องน้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตามองไม่เห็นพร้อมทั้งแนะนำการใช้กริ่ง รวมทั้งตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและสอบถามความต้องการความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชม.

3. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งจอประสาทตาและวิธีการรักษา วิธีปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล ความจำเป็นในการรักษาด้วยการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจทบทวนและอธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา

4. เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจสอบผลเลือดของผู้ป่วยให้ครบถ้วน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและการผ่าตัดที่ปลอดภัย เช่น หยอดยาขยายม่านตาก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา

5. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ได้แก่ งดน้ำและอาหารทุกชนิดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าปอดขณะดมยาสลบซึ่งอาจทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อและเสียชีวิตได้

ระยะหลังผ่าตัด

1. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียงอย่างนุ่มนวล ช่วยประคองศีรษะผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและค่อย ๆ เลื่อนตัวผู้ป่วยมาที่เตียงเพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนตา

2. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดในด้านต่าง ๆ และวางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม ได้แก่ เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเกี่ยวเนื่องจากได้รับการดมยาสลบ เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกที่ตาเกี่ยวเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตาเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ไม่สุขสบาย/ปวดเกี่ยวเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ผู้ปกครองวิตกกังวลเกี่ยวเนื่องจากพร่องความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลแบบองค์รวม โดยวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล รวมทั้งประเมินผลการพยาบาลให้ครบถ้วน

4. ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติภายหลังให้การดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลโดยการพูดคุย ซักถาม และสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย สภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด เพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพเปิดโอกาสให้มารดาผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยของญาติให้กระจ่างเพื่อคลายความวิตกกังวล

2.1 การให้ยาเคมีบำบัด

1. ก่อนให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเตรียมความพร้อมก่อนรับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการการตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete blood count (CBC), Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Electrolyte, Calcium (Ca2+), Magnesium (Mg2+), Phosphate (PO4), Liver function test (LFT), Uric acid และคำนวณค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาว Absolute Neutrophil count (ANC) ซึ่งสามารถคำนวณ ANC = (WBC x neutrophil)/100 โดยค่า ANC มากกว่าหรือเท่ากับ 750 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นค่าที่ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดได้และมีความปลอดภัย[14-15]

2. ตรวจสอบการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด (Extravasation of Cytotoxic Agents) หากเกิดการรั่วของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือดจะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดอาการปวด แสบร้อน บวม มีการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณรอบเส้นเลือด

3. สังเกตอาการแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไข้ เหนื่อยล้า และจัดการอาการด้วยการใช้ยา เช่น การดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา

4. ดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ดูแลให้ได้รับอาหารสุกสะอาด และน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอ ตรวจสอบสัญญาณชีพภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดและติดตามต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ[14-15]

2.2 การให้การพยาบาลดูแลพอร์ตสำหรับให้ยาเคมีบำบัด

พอร์ต (Port a catheter) เป็นอุปกรณ์สายสวนหลอดเลือดที่ฝังเข้าใต้ผิวหนังเพื่อช่วยในการนำสารน้ำ สารอาหาร ยา ยาเคมีบำบัด เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ผ่านเข้าสู่ร่างกายแทนการให้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาที่ต้องให้ยาเคมีบำบัดทางพอร์ต พยาบาลต้องปฏิบัติดังนี้[16-17]

1. ก่อนให้ยาเคมีบำบัดผ่านพอร์ต (Port a catheter) ทุกครั้ง พยาบาลต้องตรวจสอบวิธีการบริหารพอร์ต ก่อนแทงหรือถอดเข็มพอร์ตออก พยาบาลผู้แทงเข็มพอร์ตควรศึกษาประวัติการใส่พอร์ต

ของผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยหรือสอบถามจากผู้ป่วย ได้แก่ ผิวหนังบวมแดง อักเสบ อาการแพ้อุปกรณ์ปิดผิวหนังแบบโปร่งใสปราศจากเชื้อ (Transparent semipermeable dressing) ชนิดต่าง ๆ ประวัติการดูดเลือดได้หรือไม่ได้ สวนล้างสายสวนได้สะดวกหรือไม่ เพื่อรับทราบข้อมูลและส่งต่อข้อมูลในทีม ผู้ดูแลการบริหารพอร์ต ประกอบด้วย 1) การแทงเข็มพอร์ต 2) การถอดเข็มออกจากพอร์ต 3) การสวนล้างพอร์ต

2. ในกรณีเมื่อไม่มีการใช้งานพอร์ต ผู้ป่วยต้องมาล้างพอร์ต พยาบาลประเมินสายและสวนล้างพอร์ต โดยทำ Heparin lock ทุก 1 เดือน ความเข้มข้น Heparin 100 ยูนิต ต่อ 0.9% Normal saline 1 ซีซีล็อคสาย จำนวน 3-5 ซีซี ในการทำ Heparin lock ต้องสวนล้างสาย (Flush) ด้วย 0.9% Normal saline ด้วย Syringe 10 ซีซี จำนวน 20 ซีซี ก่อนและตามด้วย Heparin lock หลักสำคัญในการทำ Heparin lock ให้มีประสิทธิภาพ คือ ต้องทำการล็อคสายในขณะที่กำลังสวนล้างสายด้วย Heparin อยู่เพื่อให้แรงดันภายใน สายสวนหลอดเลือดดำเป็นบวก (Positive pressure) ป้องกันเลือดไหลย้อนเข้ามาในสายและทำให้สายตันได้

2.3 การให้การพยาบาลดูแลสาย Hickman สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

1. เมื่อต้องให้ยาเคมีบำบัดผ่านสาย Hickman พยาบาลต้องทดสอบว่าสาย Hickman ยังอยู่ในหลอดเลือดดำหรือไม่ โดยใช้ Syringe 5 ซีซี ดูดเลือดออกดูก่อนใช้เสมอ หลังจากนั้น Flush สายด้วย 0.9% Normal saline 10 ซีซี เมื่อใกล้หมดปิดล็อคทันทีในเวลาเดียวกัน แล้วจึงฉีดยาหรือต่อสายน้ำเกลือหรือยาเคมีบำบัด เมื่อเตรียมความพร้อมเสร็จแล้วจึงคลายล็อคที่สายสวน หลังจากเสร็จสิ้นการใช้งานต้องล็อคสายสวนอันดับแรกแล้วใช้ 0.9% Normal saline อย่างน้อย 10 ซีซี Flush สายสวนเสมอ กรณีให้ยาหลายชนิดต่อเนื่องกัน ใช้ 0.9% Normal saline 5 ซีซี Flush สายสวนก่อนบริหารยาแต่ละชนิดเสมอ

2. เมื่อใช้สาย Hickman เรียบร้อยแล้ว พยาบาลต้องแนะนำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหล่อสายสวน Hickman ด้วย Heparinized normal saline (100 unit/ml) จำนวน 5 ซีซี ทุก 1-4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการอุดตันของสายสวน Hickman จากเลือดแข็งตัว สำหรับเด็กเล็กน้ำหนักน้อยกว่า 10 กิโลกรัม ควรใช้ Heparinized normal saline (100 unit/ml) จำนวน 3 ซีซี เท่านั้น และในกรณีที่ใช้สายทุก 1-2 วัน อาจใช้ Heparinized normal saline (50 unit/ml)[16-17]

3. บทบาทฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาได้รับการรักษาและสามารถกลับไปฟื้นฟูร่างกายที่บ้านได้ พยาบาลจึงมีบทบาททางคลินิกในการส่งเสริมฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกลับคืนมาได้อย่างปกติ โดยพยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้[12-13]

1. ประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินด้านความเข้าใจโรคและการติดตาม โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอน สาธิตและฝึกปฏิบัติการเช็ดตา หยอดยา ป้ายยา การใช้ที่ครอบตา การถอด/ใส่ตาปลอม การดูแลแผลผ่าตัด แนะนำการใช้ยา การเก็บรักษายา ระวังสิ่งแปลกปลอม เช่น ฝุ่น ผงควันเข้าตา ห้ามขยี้ตา บีบตา หรือจับต้องบริเวณดวงตาที่ผ่าตัดและต้องระวังไม่ให้น้ำเข้าตาอย่างน้อย 1 เดือน แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก มีขี้ตามากให้รีบมาพบแพทย์ทันที รวมทั้งเน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

3. กระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย เนื่องด้วยเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังการรับยาเคมีบำบัดเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านควรได้

รับการดูแลเรื่องโภชนาการโดยเน้นให้รับประทานอาหารที่สุก สะอาด มีพลังงานและโปรตีนสูงเพื่อช่วยการเจริญเติบโตของร่างกาย อีกทั้งการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่อาจหยุดชะงักในช่วงของการเจ็บป่วย แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัดและการรับยาตามกำหนดตลอดจนการมาพบแพทย์ ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส เยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นแผล รับประทานอาหารไม่ได้ เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ

4. คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลพอร์ต (Port a catheter) หรืออุปกรณ์ที่ใส่ในชั้นใต้ผิวหนัง โดยมีแผ่นพับ คำแนะนำการดูแลพอร์ตให้กลับบ้านไปด้วย ซึ่งรายละเอียดการดูแลพอร์ต มีดังนี้[16-17]

4.1 การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถคาสายพอร์ตอาบน้ำได้ เพราะไม่มีส่วนของสายที่ออกมานอกร่างกาย บริเวณผิวหนังที่ฝังพอร์ตสามารถเช็ดถูเบา ๆ ได้ ดูแลบริเวณพอร์ตให้แห้งอยู่เสมอ และห้ามแกะ เกา ดึงรั้ง บริเวณที่ฝังพอร์ตเพราะอาจเกิดบาดแผลและนำไปสู่การติดเชื้อ

4.2 หมั่นสังเกตผิวหนังบริเวณที่แทงเข็มพอร์ตว่า มีอาการปวด บวม แดง มีไข้หรือมีหนองซึม กดเจ็บบริเวณที่ฝังพอร์ต แน่นอึดอัดหน้าอก หรือแขนข้างที่ใส่พอร์ตบวมหรือไม่ หากมีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที

4.3 การตรวจสุขภาพ เช่น ทำฟัน หรือผ่าตัดใด ๆ ให้บอกทันตแพทย์หรือแพทย์ที่ดูแลว่ามีพอร์ตอาจจำเป็นต้องให้ยาฆ่าเชื้อก่อนและหลังทำ และการใช้งานพอร์ตต้องใช้เข็มเฉพาะสำหรับแทงพอร์ตเท่านั้น ดังนั้นผู้ป่วยควรสำรองเข็มเฉพาะสำหรับแทงพอร์ตติดตัวไว้อย่างน้อย 1-2 อันเสมอ

4.4 มาตรวจตามนัดทุกครั้งและเมื่อไม่มีการใช้งานพอร์ต ผู้ป่วยต้องมาสวนล้างพอร์ตด้วยยาป้องกันเลือดแข็งตัวทุก 1 เดือน ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสอบถามและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกรณีมีข้อสงสัยหรือมีปัญหารีบด่วน

5. ประเมินความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ การประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพเป็นระบบสนับสนุนทางด้านสุขภาพที่เชื่อมต่อการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงการดูแลที่บ้านกับหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน ส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน ประสานเครือข่ายองค์กรภาครัฐและองค์กรชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

โดยสรุปการเกิดโรคมะเร็งในจอประสาทตาส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก พยาบาลผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพ โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม และที่สำคัญคือ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมการดูแลอย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

References

1. Nag A, Khetan V. Retinoblastoma: A comprehensive review, update and recent advances. Indian J Ophthalmol. 2024; 72(6): 778-88. https://doi.org/10.4103/IJO.IJO_2414_23
2. Songtantarax P, Siripoon P, Ponyiem P, Chuson K, Jampakaem P, Suwannalao J. The role of nurses in palliative care for pediatric cancer patients and families: A case study of neuroblastoma in the recurrent period. J Nurs Sci Health. 2022; 45(2): 20-30.
3. Mallipatna A, Marino M, Singh AD. Genetics of retinoblastoma. Asia Pac J Ophthalmol (Phila). 2016; 5(4): 260-4. https://doi.org/10.1097/APO.0000000000000219
4. Seider MI, Grewal DS, Mruthyunjaya P. Portable optical coherence tomography detection or confirmation of ophthalmoscopically invisible or indeterminate active retinoblastoma. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina. 2016; 47(10): 965-8. https://doi.org/10.3928/23258160-20161004-12
5. Onodera O, Kasuya T, Mourning Dr, Alfred G. Knudson: the two-hit hypothesis, tumor suppressor genes, and the tuberous sclerosis complex. Cancer Sci. 2017; 108(1): 5-11. https://doi.org/10.1111/cas.13116
6. Ortiz MV, Dunkel IJ. Retinoblastoma. J Child Neurol. 2016; 31(2): 227-36. https://doi.org/10.1177/0883073815587943
7. Rao R, Honavar SG. Retinoblastoma. Indian J Pediatr. 2017; 84(12): 937-44. https://doi.org/10.1007/s12098-017-2395-0
8. Beniwal V, Maheshwari G, Beniwal S, Dhanawat A, Tantia P, Adlakha P. Retinoblastoma: A review of clinical profile at a regional cancer center in northwest India. J Cancer Res Ther. 2022; 18(6): 1623-8. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_1263_20
9. Cruz-Gálvez C, Ordaz-Favila J, Villar-Calvo V, Cancino-Marentes M, Bosch-Canto V. Retinoblastoma: Review and new insights. Front Oncol. 2022; 12: 963780 https://doi.org/10.3389/fonc.2022.963780
10. Tomar A, Finger PT, Gallie B, Kivelä T, Mallipatna A, Zhang C, et al. High-risk pathologic features based on presenting findings in advanced intraocular retinoblastoma: A multicenter, international data-sharing American Joint Committee on Cancer study. Ophthalmology. 2022; 129(8): 923-32. https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2022.04.006
11. Schaiquevich P, Francis J, Cancela M, Carcaboso AM, Chantada G, Abramson DH. Treatment of retinoblastoma: What is the latest and what is the future? Front Oncol. 2022; 12: 822330. https://doi.org/10.3389/fonc.2022.822330
12. Saokaew S, Phisalprapa P, Kengkla K, Kanchanasurakit S, Kositamongkol C. Topical use of eye plaque brachytherapy

for treating eye tumors. Nonthaburi (Thailand): Health Systems Research Institute (HSRI); 2024.

13. Mobina T. Role of nursing care after retinoblastoma surgery in children: A narrative review. J Nurs Rep Clin Pract. 2024; 2(2): 94-100.
14. Shafiq T, Fahad Z, Hafsa B, Hamza H, Obaid A, Muhammad I, et al. Advancements in retinoblastoma treatment: Unraveling the potential of intravitreal chemotherapy. Cureus. 2024; 16(1): e52391.
15. Promdongdee N, Niampan P. Nursing manual for caring for patients with peripheral intravenous needle insertion. Bangkok (Thailand): Nursing Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2016.
16. Mutlu E, Senturan L. Effects of Hickman catheter care training on practices of nurses. Int J Caring Sci. 2017; 10(3): 1633-42.
17. Irving C. Protocol for insertion, maintenance and care of Hickman type, skin tunnelled central venous catheters. 8th ed. Melrose (Scotland): NHS Borders; 2023. Report No: BMC 001/08 ID5.0.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

แพรศิริ อยู่สุข* และ วราภรณ์ ทิพย์สุมานันท์**
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 73170

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการสูงอายุชนิดหนึ่งซึ่งเป็นผลของร่างกายเปลี่ยนจากสภาพที่แข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอ เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหัก และอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามภาวะเปราะบางมีสาเหตุการเกิดที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยการป้องกันที่หลากหลายทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคม พยาบาลผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัวป้องกันภาวะเปราะบาง โดยบทบาทหลัก ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ประเมินภาวะสุขภาพ 2) บทบาทผู้จัดการการดูแล 3) บทบาทผู้สอนและให้คำแนะนำ 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และ 5) บทบาทผู้ประสานงาน ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางจะช่วยชะลอภาวะพึ่งพิง นำมาซึ่งสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุ/ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน/ ภาวะเปราะบาง

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 14-23

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: praesiri.yos@mahidol.edu

** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: waraporn.tip@mahidol.edu

The Role of Geriatric Nurses in Promoting Health and Preventing Frailty among Older Persons in A Geriatric Clinic

Praesiri Yoosuk* and Waraporn Tipsumanunt**

Abstract

This article aims to present the role of geriatric nurses in promoting health and preventing frailty among older persons in a geriatric clinic. Frailty is a geriatric syndrome characterized by a transition from a state of strength to a state of weakness. It is a condition most common in older persons and can lead to reduced ability to perform daily activities, increased dependence on others, a heightened risk of falls and fractures, and potentially result in disability and increased mortality. However, frailty is caused by multiple interrelated factors, and effective prevention requires a multifaceted approach to physical, psychological and social domains. Geriatric nurses are part of multidisciplinary teams that assist in caring for the health of older persons. Therefore, nurses play an important role in promoting health of older adults and supporting their families to prevent frailty. Their core roles include health assessor, care manager, educator, counsellor and collaborator. Promoting health and preventing frailty can help delay dependency, leading to improved well-being

Keywords: role of geriatric nurses/ promoting health and preventing of frailty/ geriatric clinic

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 14-23

Article info: received December 10, 2024; revised August 20, 2025; accepted September 02, 2025

* Corresponding author, Registered Nurse, Geriatric Clinic, Outpatient Nursing Department, Nursing Division, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University,
E-mail: praesiri.yos@mahidol.edu

** Registered Nurse, Internal medicine unit, Outpatient Nursing Department, Nursing Division, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.86 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2585 คาดว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 18.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.44 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ ว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป[1] ซึ่งในช่วงวัยดังกล่าวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้อาจเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น ภาวะเปราะบาง (Frailty) โดยภาวะนี้เป็นการเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกายจากความแข็งแรงไปสู่ความอ่อนแอ[2-4] ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ใช่เฉียบพลัน แต่เป็นการค่อย ๆ ลดลงของสมรรถนะ เช่น กล้ามเนื้อลดลง เคลื่อนไหวช้าลง เหนื่อยง่าย และเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากขึ้น จึงเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลผู้สูงอายุต้องประเมินเฝ้าระวัง และวางแผนการดูแลเชิงป้องกันอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 12-40 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากร สถานที่ที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัย[4] สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกร้อยละ 12.22[5] ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งยังทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหัก อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ด้านจิตใจอาจทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีการรู้คิดบกพร่อง ด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้เพิ่มการใช้บริการด้านสุขภาพและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[2-4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะเปราะบางสามารถชะลอหรือป้องกันได้[2-4, 6] อย่างไรก็ตามการชะลอหรือการป้องกันภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพควรมีการจัดการที่หลากหลาย[7-10] ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเปราะบางมีสาเหตุการเกิดและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน ตัวอย่างเช่น อายุที่มากขึ้น ปัญหาสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น[4, 6, 11-14]

บทบาท หมายถึง ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบตามที่สังคมกำหนดให้กับสถานภาพ สำหรับพยาบาลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านการอบรมหรือสำเร็จหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทำหน้าที่คัดกรองปัญหาสุขภาพ ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่คลินิกผู้สูงอายุเป็นสถานบริการที่เน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะเสื่อมถอย ลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาวตลอดจนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[15]

ดังนั้นบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางในคลินิกผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากพยาบาลทั่วไป เพราะต้องอาศัยสมรรถนะเฉพาะทางตามมาตรฐานสภาการพยาบาล และมีความลุ่มลึกในศาสตร์การประเมิน วางแผน และจัดการปัจจัยเสี่ยงเชิงระบบของผู้สูงอายุแบบองค์รวม เนื่องจากต้องทำงานเชิงรุกร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการความเสี่ยงแบบองค์รวม เพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมถอยและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี[6, 10-11] บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

คำจำกัดความและสาเหตุปัจจัยเสี่ยง

ภาวะเปราะบาง (Frailty) หมายถึง กลุ่มอาการสูงอายุชนิดหนึ่งที่เป็นผลมาจากการลดลงของพลังงานสำรอง (Body reserve) ร่วมกับความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของร่างกายทั้งภายในและภายนอกร่างกาย (Stressors) ที่ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเปลี่ยนจากสภาพที่แข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอ และอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ทางคลินิก เช่น การหกล้ม กระดูกหัก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้สิ่งกระตุ้นอาจมาจากปัจจัยด้านกายภาพ จิตใจ หรือสังคม และโดยทั่วไปภาวะเปราะบางมีความหมายครอบคลุมด้านกายภาพ (Physical frailty) และด้านจิตสังคม (Psychosocial frailty)[2-4]

สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเปราะบางนั้นมักมีหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้

1. อายุ อายุที่มากขึ้นส่งผลให้พบภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น[4, 6, 11-12, 14] ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จึงส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง[11, 14]

2. เพศ เพศหญิงพบภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย[6, 12, 14] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น เพศหญิงมักไม่ออกกำลังกาย จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังและนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบาง[6, 14]

3. การศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะพบภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น[4, 6, 11, 14] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่สามารถเข้าถึงหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จึงทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคและนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบาง[6, 14]

4. ปัญหาสุขภาพ ผู้ที่มีโรคร่วมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรคหรือมีโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น หรือการรู้คิดบกพร่อง รวมทั้งผู้ที่มีประวัติการหกล้มและการใช้ยาหลายชนิด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเช่นกัน[4, 6, 12]

5. ภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง โดยมีการศึกษาที่พบความชุกของภาวะเปราะบางสูงในผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอหรืออาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุอาจนำไปสู่การขาดสารอาหารเรื้อรัง รวมถึงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเปราะบางตามมา[4, 6, 12-13] อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่มีโรคอ้วน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคอ้วนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคร่วม รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบางได้เช่นกัน[13]

6. พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพได้แก่ กิจกรรมทางกายที่ลดลง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ[4, 6, 11-14] ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบาง[4, 14]

7. แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะพบภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมหรือผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่เพียงลำพังอาจนำไปสู่การเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกเหงา ซึมเศร้า สิ้นหวัง ไร้คุณค่า[4, 6, 11, 13-14] นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมักมีรายได้จำกัดหรือมีฐานะยากจน รวมทั้งมีความชุกของโรคเรื้อรังสูงหรือมีโรคร่วมหลายโรค ตลอดจนมีภาวะซึมเศร้าและจำนวนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้มหรือการถูกทารุณกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น[12]

8. สภาพแวดล้อม การอาศัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นมิตร เช่น ไม่มีทางเท้า ไม่มีสวนสาธารณะ หรือไม่มีพื้นที่สีเขียวและมีมลพิษทางอากาศ ส่งผลให้พบผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น[4]

โดยสรุปผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ระดับการศึกษาน้อย โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ

การวินิจฉัยและการคัดกรองภาวะเปราะบาง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเปราะบางมีหลากหลาย เช่น Frailty Phenotype เกณฑ์การวินิจฉัยนี้เน้นทางด้านกายภาพเป็นหลัก โดยประกอบด้วย 5 ข้อ มีดังนี้ 1) น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจ (Unintentional weight loss) 2) มีความรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง (Self-report exhaustion) 3) มีการใช้พลังงานในระดับต่ำ (Low energy expenditure) 4) เดินช้า (Slow gait speed) และ 5) ความแข็งแรงในการกำมือต่ำ (Weak grip strength) และ Frailty Index จะเป็นการวัดความบกพร่องและความถดถอยของร่างกาย สมอง จิตใจ รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยเกณฑ์การวินิจฉัยจะครอบคลุมด้านกายภาพและด้านจิตสังคม[2-4, 6] นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินภาวะเปราะบางให้มีความสะดวกต่อผู้ใช้งานมากขึ้น เช่น Clinical frailty scale, Edmonton Frailty Scale, Tilburg Frailty Scale, PRISMA-7, Groningen Frailty Indicator และ FRAIL Questionnaire (FRAIL scale)[6]

สำหรับประเทศไทยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะเปราะบางที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ได้แก่ Thai Frailty Index (TFI) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมหลายด้าน ประกอบด้วย โรคร่วมหรือภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถทางสติปัญญา และสุขภาวะทางอารมณ์ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที และ Modified Thai Frailty Index (Modified-TFI) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยปรับคำถามให้สั้นลงเพื่อความสะดวกในการใช้งาน ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที เช่นกัน เหมาะสำหรับใช้ทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน

นอกจากนี้ยังมี Kihon Checklist ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากประเทศญี่ปุ่น ใช้สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีจำนวน 25 ข้อ ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที และ FRAIL Questionnaire (FRAIL scale) เป็นแบบคัดกรองอย่างสั้นที่เน้นด้านกายภาพเป็นหลัก ใช้เวลาทำรวดเร็วเพียง 3-5 นาที เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความถี่ของความรู้สึกเหนื่อยเพลีย (Fatigue) 2) การพักระหว่างการขึ้นบันได 10 ขั้น โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Resistance) 3) ปัญหาเวลาเดินไกลเป็นระยะหลายร้อยเมตร โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Ambulate) 4) โรคประจำตัวที่มากกว่า 5 โรค (Illness) และ 5) น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงภายใน 1 ปี ที่ผ่านมามากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว (Loss of weight) การแปลผล หากมีคะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง (Frail) ถ้ามีคะแนน 1-2 หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (Pre-frail) และถ้ามีคะแนน 0 หมายถึง ภาวะแข็งแรง (Fit)[16]

โดยสรุปเครื่องมือคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่ใช้ในประเทศไทยมีหลายประเภท เช่น FRAIL Scale, Thai Frailty Index (TFI), Modified Thai Frailty Index (Modified-TFI) และ Kihon Checklist ซึ่งเครื่องมือแต่ละชนิดมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ทั้งนี้ FRAIL Scale ใช้ง่าย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล แต่เน้นเฉพาะด้านกายภาพ ไม่ครอบคลุมด้านจิตสังคม ขณะที่ TFI และ Modified-TFI

ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุไทยนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน เช่น ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ รายได้ที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการไม่สามารถเข้าถึงหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือชุมชนที่ห่างไกล[5] ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือควรพิจารณาตามบริบท เพื่อให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและช่วยชะลอภาวะพึ่งพิง[2-4, 6] แต่เนื่องจากการเกิดภาวะเปราะบางนั้นมีสาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน การป้องกันภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการป้องกันที่หลากหลาย (Multifactorial intervention)[7-10] ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพร่างกาย[2-4, 6-10] มีดังนี้

1.1 การประเมินคัดกรองด้านร่างกาย เช่น การซักประวัติโรคประจำตัว การใช้ยา ภาวะโภชนาการ การเดิน การทรงตัว เป็นต้น ทั้งนี้ในปัจจุบันยังมีการใช้แอปพลิเคชันและอุปกรณ์สวมใส่เพื่อช่วยประเมินและติดตามสภาวะสุขภาพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การเผาผลาญพลังงาน หรือการนอนหลับ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองแบบเชิงรุกได้

1.2 การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยการพบแพทย์ตามนัด ปฏิบัติตัวตามแผนรักษาของแพทย์ และใช้ยาตามคำแนะนำจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเองหรือรับยาจากผู้อื่นมาใช้ เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาไม่เหมาะสม

1.3 การส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่ดี โดยการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และการรับประทานโปรตีนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยผู้สูงอายุควรรับประทานโปรตีนให้ได้อย่างน้อย 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีโรคไตระยะที่ 3 ขึ้นไป) ทั้งนี้ควรเลือกเป็นโปรตีนคุณภาพดี เช่น ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เพื่อช่วยเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อ

1.4 การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-60 นาที ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ

1.5 การส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

1.6 การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ในระยะยาว

1.7 การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

2. การส่งเสริมสุขภาพจิต[3-4, 6-10] มีดังนี้

2.1 การประเมินคัดกรองสุขภาพจิตใจและการรู้คิด เช่น สภาวะทางอารมณ์ สติปัญญาและการรู้คิด เป็นต้น ทั้งนี้ในปัจจุบันมีแบบคัดกรองกรองออนไลน์ เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองได้สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถติดตามภาวะสุขภาพจิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2 การทำจิตใจให้สดชื่น แจ่มใส และการส่งเสริมการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การพูดคุยระบายอารมณ์กับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการทำกิจกรรมผ่อนคลาย เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้สติปัญญาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

2.3 การส่งเสริมการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบ เช่น การทำสวนหรือการท่องเที่ยว เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข

2.4 การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น การไปวัดทำบุญตักบาตร เข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น หรือกิจกรรมในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถทางร่างกายและด้านสติปัญญาของผู้สูงอายุ

2.5 การส่งเสริมกิจกรรมที่ใช้ความคิด เช่น การเขียนหนังสือ การอ่านหนังสือ การคิดเลข หรือการฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ใหม่ ๆ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านสติปัญญาของผู้สูงอายุ

3. การส่งเสริมสุขภาพทางสังคม[3-4, 7-10] มีดังนี้

3.1 การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ และเศรษฐานะ เป็นต้น

3.2 การมีเครือข่ายการสนับสนุน เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือกลุ่มสังคมที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาเพื่อเสริมสร้างความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี

3.3 การปรับสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย เช่น ภายในที่พักอาศัยควรมีแสงสว่างเพียงพอ ทางเดินและบันไดควรมีราวจับ พื้นไม่ลื่น และจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันสิ่งของขวางทางเดิน นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีเทคโนโลยีช่วยลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุหรือการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น ไฟส่องทางอัตโนมัติในจุดที่ผู้สูงอายุเดินผ่าน โดยจะช่วยเพิ่มการมองเห็น และลดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

โดยสรุปการป้องกันภาวะเปราะบางต้องอาศัยการดูแลแบบหลากหลาย (Multifactorial intervention) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยให้ความสำคัญกับการรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียดและการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม การฝึกสมองในการคิดและเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

จากแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุข้างต้น สามารถสรุปบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้ดังนี้[6, 10, 11, 15]

1. บทบาทผู้ประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessor) ได้แก่ การประเมินคัดกรองภาวะเปราะบางตลอดจนนำผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมาประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตประสาท ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้ทราบความผิดปกติที่ซ้อนอยู่ เช่น โรคประจำตัวหลายโรค ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การรู้คิดบกพร่อง ภาวะซึมเศร้า หรืออยู่คนเดียวโดยไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น ทั้งนี้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือภาวะเปราะบาง ซึ่งพยาบาลผู้สูงอายุมีความสามารถในการประเมิน รวมถึงระบุปัญหาความต้องการ ตลอดจนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้บริการดูแลมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น

2. บทบาทผู้จัดการการดูแล (Care manager) ได้แก่ การจัดทำแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะเปราะบางแบบบูรณาการตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุเฉพาะรายโดยการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลลัพธ์จากการดูแล เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการหกล้ม และการควบคุมโรคเรื้อรัง เป็นต้น ตลอดจนการปรับการดูแลให้เหมาะสม

3. บทบาทผู้สอนและให้คำแนะนำ (Educator) ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพและโรคเรื้อรัง เช่น การดูแลโรคประจำตัว การใช้ยาอย่างถูกต้อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม การป้องกันการหกล้ม ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) ได้แก่ การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยรูปแบบการให้คำปรึกษาอาจเป็นการให้คำปรึกษาที่คลินิกผู้สูงอายุหรือการพูดคุยทางไกล (Tele-nursing) ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางและเพิ่มการเข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5. บทบาทผู้ประสานงาน (Collaborator) ได้แก่ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น อายุรแพทย์ผู้สูงอายุ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงประสานงานกับครอบครัวและชุมชนในการสร้างและส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดจนการประสานการให้บริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตรงตามความต้องการ ลดความซ้ำซ้อนและความล่าช้าในการดูแล

โดยสรุปบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินและคัดกรองเพื่อวางแผนดูแล (Health assessor) การจัดการและติดตามแผนการดูแลแบบบูรณาการ (Care manager) การให้ความรู้และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Educator) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ (Counsellor) และการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน (Collaborator) ซึ่งบทบาทเหล่านี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ไปสู่การให้บริการเชิงรุกที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการกำหนดบทบาทอย่างชัดเจนจะทำให้การพยาบาลตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนลดโอกาสการเจ็บป่วยและการเกิดภาวะพึ่งพิง

บทสรุป

ภาวะเปราะบางเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีสาเหตุการเกิดที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งนี้การป้องกันภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยการส่งเสริมและป้องกันที่หลากหลายคลอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม พยาบาลผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง ซึ่งบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessor) 2) บทบาทผู้จัดการการดูแล (Care manager) 3) บทบาทผู้สอนและให้คำแนะนำ (Educator) 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) และ 5) บทบาทผู้ประสานงาน (Collaborator) ทั้งนี้การกำหนดบทบาทอย่างชัดเจนจะช่วยให้การพยาบาลได้อย่างเฉพาะเจาะจงตามลักษณะปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเสี่ยงจากภาวะเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนช่วยลดการเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุในอนาคต

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Older Persons 2022. Bangkok (Thailand): Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2023.
2. Woolford SJ, Sohan O, Dennison EM, Cooper C, Patel HP. Approaches to the diagnosis and prevention of frailty. Aging Clin Exp Res. 2020; 32(9): 1629-37. https://doi.org/10.1007/s40520-020-01559-3
3. Kim DH, Rockwood K. Frailty in older adults. N Engl J Med. 2024; 391(6): 538-48. https://doi.org/10.1056/NEJMra2301292
4. Dent E, Hanlon P, Sim M, Jylhävä J, Liu Z, Vetrano DL, et al. EPI-FRAIL consortium. Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. Ageing Res Rev. 2023; 91: 102082. https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102082
5. Sanhawat Soprathum S, Srisuwan P, Tienthavorn T, Kengpanich S. Prevalence and risk factors associated with frailty among older patients in Out-patient Department Phramongkutklao Hospital: A mixed method study. J Gerontol Geriatr Med. 2022; 21(1): 1-11.
6. Karahan A. Prevention of the frailty and nursing. J Educ Res Nurs. 2021; 18(3): 347-51. https://doi.org/10.5152/jern.2021.37531
7. Song MS, Boo S. Effects of a nurse-led multicomponent intervention for frail older adults living alone in a community: A quasi-experimental study. BMC Nurs. 2022; 21(1): 20. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00801-1
8. Chong E, Zhu B, Ng SHX, Tan H, Goh EF, Molina JC, et al. Emergency department interventions for frailty (EDIFY): Improving functional outcomes in older persons at the emergency department through a multicomponent frailty intervention. Age Ageing. 2022; 51(2): afab251. https://doi.org/10.1093/ageing/afab251
9. Kasa AS, Drury P, Traynor V, Lee SC, Chang HR. The effectiveness of nurse-led interventions to manage frailty in community-dwelling older people: A systematic review. Syst Rev. 2023; 12(1): 182. https://doi.org/10.1186/s13643-023-02335-w
10. Gobbens RJJ, Uchmanowicz I. Frailty viewed from a nursing perspective. SAGE Open Nurs. 2023; 9: 23779608221150598. https://doi.org/10.1177/23779608221150598
11. Hoff JT. Frailty syndrome: Implications for nursing practice. J Nurse Pract. 2021; 17(10): 1204-7. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.09.012
12. Wang X, Hu J, Wu D. Risk factors for frailty in older adults. Medicine (Baltimore). 2022; 101(34): e30169. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000030169

13. Barbosa da Silva A, Queiroz de Souza I, da Silva IK, Borges Lopes Tavares da Silva M, Oliveira Dos Santos AC. Factors associated with frailty syndrome in older adults. J Nutr Health Aging. 2020; 24(2): 218-22. https://doi.org/10.1007/s12603-020-1310-y
14. Kendhapedi KK, Devasenapathy N. Prevalence and factors associated with frailty among community-dwelling older people in rural Thanjavur district of South India: A cross-sectional study. BMJ Open. 2019; 9(10): e032904. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032904
15. Sivasamy V, Ng RQM, Lee JHM, Mamun K. A narrative review of the role of geriatric advanced practice nurses in the care of frail older adults in Singapore. Geriatr Nurs (N Y). 2025; 61: 342-8. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.11.004
16. Srinonprasert V, Khampang R, Pitiyarn S. Intermediate care models for frail older people. In: Muangpaisan W, editor. Self-care for aging in place. Bangkok (Thailand): Ruenkaew Printing; 2024. p. 66-90.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ

ศรัณย์พร ศรีใจอินทร์* ศิริพันธุ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความเครียด และกิจกรรมทางกายกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ*

รูปแบบการวิจัย: *เชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์*

วิธีการดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป โดยนับตั้งแต่วันแรกของการติดเชื้อ และเคยเข้ารับการรักษาทั้งเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด-19 (Hospitel) ในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 87 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกเครียด แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล และแบบสอบถามอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อ ไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ โดยเครื่องมือมีคุณภาพทั้งความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน*

ผลการศึกษา: *1) อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ พบมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ไอ นอนไม่หลับ มีเสมหะ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก หายใจลำบาก ปวดตามข้อ และปวดหลัง 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ ประกอบด้วย ภาวะอ้วน ($r_p = .69$) เพศ ($\eta = .31$) ความเครียด ($r_p = .33$) โรคประจำตัว ($\eta = .23$) อายุ ($r_s = -.23$) และประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ($r_p = -.16$) ส่วนการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และกิจกรรมทางกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ*

สรุป: *ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 เพื่อลดปัจจัยการเกิดอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ได้ต่อไป*

คำสำคัญ: อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19/ ผู้สูงอายุ/ ปัจจัยที่สัมพันธ์

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 24-36

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: Saranporn.s@chulahospital.org

Factors Related to Long Covid-19 in Older Persons

Saranporn Srichaiin* Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: *To study the relationships among age, gender, obesity, smoking, congenital diseases, history of receiving the COVID-19 vaccine before infection, severity of COVID-19 infection symptoms, treatment received during hospitalization, stress, physical activity, and long COVID-19 in older persons.*

Design: *A descriptive correlational research design was employed.*

Methods: *The sample consisted of 87 people over 60 years of age, both males and females, who have a history of being infected with coronavirus 2019 for at least 4 weeks or more and had been treated as outpatients, inpatients, or in a special COVID-19 ward (Hospitel) at Rajavithi Hospital, Police General Hospital, and King Chulalongkorn Memorial Hospital. The research instruments included 1) The Demographic Patients' data, 2) Perceived Stress Scale-10, 3) Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) version 2, 4) Long COVID-19 Symptoms in Older Persons Questionnaire. The instruments have quality in both content validity and reliability. Data were analyzed using Eta coefficient, Spearman's rank, and Pearson's Product Moment correlation.*

Results: *1) The top 10 most common long COVID-19 symptoms in older persons were fatigue/tiredness, coughing, insomnia, having sputum, sore throat, muscle pain, running nose, dyspnea, joint pain, and back pain. 2). Factors significantly related to long COVID-19 in older persons at the level of .05 include obesity (r_p = .69), gender (η = .31), stress (r_p = .33), congenital disease (η = .23), age (r_s = -.23), and history of receiving the COVID-19 vaccine before infection (r_p = -.16). Smoking, severity of COVID-19 infection symptoms, treatment received during hospitalization, and physical activity were not correlated.*

Conclusion: *The research findings can be used to develop nursing intervention programs in older persons infected with coronavirus 2019 to reduce risk factors long COVID-19*

Keywords: Long COVID-19/ Older person/ Factors related

journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 24-36

Article info: received June 10, 2024; revised May 09, 2025; accepted July 12, 2025

* 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: Saranporn.s@chulahospital.org

บทนำ

โรคโควิด-19 (Corona Virus Disease: COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่จากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่มีอาการรุนแรงในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมานับจากการตรวจพบโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ครั้งแรก โดยภาพรวมการรายงานทั่วโลก ณ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อแล้วทั้งสิ้น 774 ล้านคนและมีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 7 ล้านคน ส่วน 2 ปีแรกประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมเป็นจำนวนกว่า 4.52 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวนทั้งสิ้น 1,667,792 คน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 182,950 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 ของผู้ติดเชื้อในประเทศไทย และผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากโควิด-19 สะสมจำนวนทั้งสิ้น 20,917 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 14,597 คน คิดเป็นร้อยละ 69.8 ของผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากโควิด-19 ทั้งหมด[1] และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 องค์การอนามัยโลกจะพบอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาว (Long COVID-19) ถึงร้อยละ 10-20[2] และในภูมิภาคเอเชียพบความชุกของ Long COVID-19 สูงที่สุดในโลก[3] โดยในประเทศจีนพบความชุกของ Long COVID-19 ร้อยละ 49.6 ที่ยังคงมีอาการทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งอาการ[4] ส่วนในประเทศไทยพบความชุกของอาการ Long COVID-19 ถึงร้อยละ 64.87[1]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการ Long COVID-19 โดยพบว่าผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 มีอาการ Long COVID-19[5] เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอายุน้อยกว่า พบอัตราการเกิดอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 สูงถึงร้อยละ 80 มีความเสี่ยงที่จะมีอาการหลงเหลือในช่วง 1-3 เดือน และมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการมากกว่า[6] นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีอัตราเสียชีวิตสูงในช่วงหลายเดือนหลังการออกจากโรงพยาบาล บางรายต้องเข้ารับการรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล อีกทั้งอาการ Long COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 เป็นผลกระทบระยะยาวจากโรคโควิด-19 มีโอกาสเกิดขึ้นได้ร้อยละ 30-50 จากจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Han et al.[7] พบว่า ผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้า/อ่อนแรง รองลงมา คือ อาการหายใจลำบาก ปวดข้อ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การสูญเสียความจำ และการนอนไม่หลับ โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปได้ หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ อาการหลงเหลือนี้อยู่ได้ถึง 7 เดือน ถึง 1 ปีหรือมากกว่านั้น และอาการที่เกิดขึ้นมักจะไม่หายเป็นปกติ เหมือนก่อนที่จะป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ

ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบด้านร่างกายและสุขภาพจิตจากการเจ็บป่วยของโรค และรู้สึกเป็นภาระของคนที่ดูแลหรือคนในครอบครัวระยะยาวที่ต้องมารับผิดชอบการดูแลเมื่อตนเองป่วย และผู้สูงอายุที่หายป่วยจากโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานลดลงส่งผลต่อการเคลื่อนไหวที่บกพร่องอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะในการดำรงชีวิตประจำวันลดลงมีคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] อีกทั้งอาจมีผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุที่หลังป่วยจากโรคโควิด-19 ควรได้รับการประเมินอาการ Long COVID-19 การดูแลรักษา เฝ้าระวัง ติดตาม และส่งต่อเมื่อมีอาการ

การศึกษาอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา พบว่า มีการเก็บข้อมูลรวมกันในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นอาจไม่สามารถอธิบายได้ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอาการและอาการแสดงที่ไม่ตรงไปตรงมาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 มากกว่าวัยอื่น[9] จึงมีความสำคัญต่อการประเมินผู้สูงอายุหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19

เพื่อจัดการอาการ ป้องกันและส่งเสริมสมรรถภาพของผู้สูงอายุให้ฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเรื่องอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย นำไปสู่การพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาล และศึกษาวิจัย เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความเครียด และกิจกรรมทางกายกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

2. อายุ เพศ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความเครียด และกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ

2. อายุ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ

3. ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ กิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al.[10] ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ โดยมีหลักในการพิจารณาเลือกตัวแปร คือ 1) สอดคล้องกับปัจจัยทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ และ 2) เป็นปัจจัยที่เฉพาะและมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ดังนั้นปัจจัยที่คัดเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ คือ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 และการรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ กิจกรรมทางกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเคยเข้ารับการรักษาทั้งเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด-19 (Hospitel) ของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป โดยนับตั้งแต่วันแรกของการติดเชื้อ และเคยเข้ารับการรักษาทั้งเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด-19 (Hospitel) ของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครขณะติดเชื้อ จำนวน 3 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1) มีอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 อย่างน้อย 1 อาการ

2) มีสติสัมปชัญญะดี คัดกรองด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002)

3) สามารถสื่อสารโดยการ ฟัง พูด อ่าน หรือเขียนภาษาไทยเข้าใจ

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยในอดีต[11] คือ .29 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .8 ที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลไม่สมบูรณ์ รวมได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 87 คน ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาล สุ่มเลือกโรงพยาบาลได้ 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษารวมทั้งสิ้น 87 คน โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] ใช้สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนนรวมทั้งหมดคือ 30 คะแนน สำหรับผู้ที่เรียนหนังสือ โดยเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินค่าปกติผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาคือ ต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 และผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือใช้ตัดสินค่าปกติคือ ต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน จะมีการรับรู้ด้านการรู้คิดปกติ

2. แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 8 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ส่วนย่อยที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว ส่วนย่อยที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยบันทึก) ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ได้แก่ ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 และการรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10)[13] แปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์[14] ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-40 คะแนน ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ version 2) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[15] แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.67-0.81 เป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีชุดคำถาม 16 ข้อ คำนวณเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงระดับปานกลางหรือหนักที่ทำต่อเนื่องครั้งละอย่างน้อย 10 นาที ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตดัดแปลงจากแบบสอบถามของ นิรัชพร เกิดสุข[16] ประกอบด้วยอาการจำนวน 40 อาการ แต่ละอาการมีการประเมินมิติด้านความถี่ ด้านความรุนแรง ด้านความรู้สึกทุกข์ทรมานของอาการ และระยะเวลาที่เกิดอาการ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้แก่ มิติด้านความถี่ ด้านความรุนแรง และด้านความทุกข์ทรมานของอาการ ได้ .83, .85, .83 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าโดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัย 24 กรกฎาคม 2566 เลขที่รับรอง COA No. 157/66 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย วันที่ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัย 26 กรกฎาคม 2566 เลขที่รับรอง COA No. 0991/2023 โรงพยาบาลตำรวจ วันที่ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัย 13 กันยายน 2566 เลขที่รับรอง วจ. 69/256 และโรงพยาบาลราชวิถี วันที่ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัย 27 กันยายน 2566 เลขที่รับรอง 181/2566 กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รวมถึงชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิต่าง ๆ อย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐาน ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระเต็มที่ในการตัดสินใจตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อติดต่อขอเก็บข้อมูล โดยใช้ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนั่งรอพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบรรยายตัวแปรด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้ 1) เพศ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

อีต้า (Eta coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 2) อายุ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank: r_s) 3) ภาวะอ้วน ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความเครียด กิจกรรมทางกาย กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation: r_p)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.90 มีอายุเฉลี่ย 72 ปี (SD = 8.86) มีภาวะอ้วน ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00-29.90 kg/m^2 คิดเป็นร้อยละ 44.80 ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 57.50 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.60 มีประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อโควิด-19 2 เข็มขึ้นไป พบความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 เล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 51.70 ได้รับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 77.0 โดยสถานที่นอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 50.60 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับออกซิเจน คิดเป็นร้อยละ 64.40 ได้รับยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 69.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่ามีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.50 และกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 60.90

2. อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ พบมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ไอ นอนไม่หลับ มีเสมหะ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก หายใจลำบาก ปวดตามข้อ และปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 15.16, 11.43, 7.69, 7.25, 3.96, 3.96, 3.74, 3.08, 3.08, 3.08 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ น้อยที่สุด ได้แก่ คันตามมือเท้า และมีอารมณ์เศร้า คิดเป็นร้อยละ 0.22

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ และจำนวนและร้อยละ 10 อันดับแรกโดยเรียงจากมากไปน้อย (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n = 87)

ลำดับ	อาการ Long Covid-19	จำนวน	ร้อยละ
1	อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	69	15.16
2	ไอ	52	11.43
3	นอนไม่หลับ	35	7.69
4	มีเสมหะ	33	7.25
5	เจ็บคอ	18	3.96
6	ปวดกล้ามเนื้อ	18	3.96
7	มีน้ำมูก	17	3.74
8	หายใจลำบาก	14	3.08
9	ปวดตามข้อ	14	3.08
10	ปวดหลัง	14	3.08

2.1 การรับรู้ความถี่อาการ Long Covid-19 ในมิติด้านความถี่ของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.01-1.91 (SD = 1.21-0.11) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่ในระดับน้อย

2.2 การรับรู้ความรุนแรงอาการ Long Covid-19 ในมิติด้านความรุนแรงของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.02-1.91 (SD = 1.04-0.21) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับน้อย

2.3 การรับรู้ความทุกข์ทรมานอาการ Long Covid-19 ในมิติด้านความทุกข์ทรมานของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.01-1.25 (SD = 0.11-1.06) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานในระดับเล็กน้อย

2.4 อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 พบว่า เกิดอาการในช่วงระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ มากกว่าผู้ที่มีอาการน้อยกว่า 4 สัปดาห์

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะอ้วน เพศ ความเครียด โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความเครียด กิจกรรมทางกายกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ (ช่วงระดับอายุ)	-.23 [a]	.031	ระดับต่ำ
เพศ	.31 [b]	.038	ระดับปานกลาง
ภาวะอ้วน	.69 [c]	<.001	ระดับสูง
การสูบบุหรี่*	.10 [b]	.88	
โรคประจำตัว*	.23 [b]	<.001	ระดับต่ำ
ประวัติการรับวัคซีนป้องกัน โควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ***	-.16 [c]	<.001	ระดับต่ำ
ความรุนแรงของอาการติดเชื้อ โควิด-19**	.05 [a]	.62	
การรักษาที่ได้รับระหว่าง พักรักษาตัวในโรงพยาบาล*	.16 [b]	.68	
ความเครียด***	.33 [c]	.002	ระดับปานกลาง
กิจกรรมทางกาย***	-.16 [c]	.15	

[a] Spearman's rank; [b] Eta coefficient; [c] Pearson's Product Moment correlation; *p-value < .05

ระดับ .05 (r_p = .69, η = .31, r_p = .33, η = .23 ตามลำดับ) และ อายุ ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s = -.23, r_p = -.16 ตามลำดับ) ส่วนการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และกิจกรรมทางกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยจะนำเสนอตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ พบมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ไอ นอนไม่หลับ มีเสมหะ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก หายใจลำบาก ปวดตามข้อ และปวดหลัง อธิบายได้ว่าจากพยาธิสภาพของการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 สามารถติดต่อจากละอองไอ จาม หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย อาการของโรคมักเป็นทางเดินหายใจส่วนบน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tosato et al.[9] ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการคงอยู่ของอาการโควิด-19 ในผู้สูงอายุ อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ปวดข้อ และไอ

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความเครียด กิจกรรมทางกายกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1) อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุในระดับต่ำ (r_s = -.23; p = <.05) อธิบายได้ว่า อายุเฉลี่ยคือ 73 ปี รายงานอาการอย่างน้อย 1 อย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Daitch et al.[6] หลังจากเริ่มมีอาการโควิด-19 ร้อยละ 20.5 มีอายุ >65 ปี (อายุเฉลี่ย 73 ปี) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการ และการศึกษาของ Xie et al.[17] กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63 ปี พบว่า ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นนาน 12 เดือน ส่วนผู้สูงอายุช่วงอายุ 70-80 ปี พบว่า มีอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19

2.2) เพศ มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (η = .31; p = <.05) อธิบายได้ว่า เพศหญิงมีภูมิคุ้มกันในร่างกายที่ตอบสนองต่อเชื้อโรคได้ว่องไวเกินไป ทำให้ซากชิ้นส่วนของเชื้อไวรัสโควิดที่ยังตกค้างอยู่ตามแหล่งกักเก็บในอวัยวะ กลายเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ร่างกายเกิดการอักเสบขึ้นมาได้ใหม่ ซึ่งภาวะการอักเสบนี้คือสาเหตุของอาการ Long Covid-19 สอดคล้องกับหลายงานวิจัย[5, 6, 9] พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Long Covid-19 มากกว่าเพศชาย (p<.001)

2.3) ภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อ ไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุในระดับสูง (r_p = .69; p = <.05) อธิบายได้ว่า คนที่มีภาวะอ้วนเซลล์ไขมันในร่างกาย จะมีเชื้อไวรัสจะแบ่งตัวในทางเดินหายใจมากกว่าคนที่มีน้ำหนักปกติ เกิดการอักเสบของปอดมากขึ้น ส่งผลให้มีการทำลายของเนื้อปอดมากกว่าคนที่มีน้ำหนักปกติ จึงทำให้เกิดอาการหลงเหลือจากการติดเชื้อได้มากกว่าคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Daitch et al.[6] เรื่อง ลักษณะของลองโควิดในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (OR 1.586, 95% CI 1.115-2.255) และอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุที่มีภาวะ Long Covid-19 (OR 1.690, 95% CI 1.198-2.382)

2.4) การสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีหรือไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดอาการหลงเหลือ

หลังจากติดเชื้อไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภานัน วงศ์เสริมสิน และคณะ[18] ที่ศึกษาอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของ Long Covid-19 พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด Long Covid-19 (RR = 1.75 (95%CI 0.72-4.21), p = 0.215)

2.5) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุในระดับต่ำ (η = .23; p = <.001) อธิบายได้ว่า ความเสี่ยงอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 เพิ่มขึ้นเมื่อมีภาวะโรคร่วมเรื้อรังมากขึ้น สอดคล้องกับ มณฑิรา ชาญณรงค์[19] พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กันกับภาวะ Long Covid-19 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

2.6) ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุในระดับต่ำ (r_p = -.16; p = <.05) อธิบายได้ว่าวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคได้ โดยผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพช่วยลดอัตราการติดเชื้อ ลดอาการเจ็บป่วยรุนแรงและอัตราเสียชีวิต สอดคล้องกับ Al-Aly et al.[20] และสอดคล้องกับเมธาวี หวังชาลาบวร และคณะ[21] พบว่าประวัติการรับวัคซีนป้องกันโควิค-19 ก่อนการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก (p<.05) ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ

2.7) ความรุนแรงของอาการติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุอธิบายได้ว่า เชื้อไวรัส SAR-CoV-2 สายพันธุ์โอมิครอน สายพันธุ์ย่อย BA.1 และ BA.2 มีความสามารถในการแบ่งตัวได้ดีในเซลล์ของเยื่อบุระบบทางเดินหายใจส่วนบนซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์เดลตา แต่สามารถทำให้เกิดอาการหลงเหลือภายลังการติดเชื้อโควิด-19 ได้เช่นกัน สอดคล้องกับ Bai et al.[22] พบว่า ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับ Long Covid-19 (95% CI 0.29-1.55, p .85)

2.8) การรักษาที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า คนที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคโควิด-19 ยังคงมีอาการหลังจากติดเชื้อ 1-3 เดือน จะเห็นว่าโรค Long Covid-19 เป็นกลุ่มอาการที่สำคัญทั้งในผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับ Adler et al.[23] และได้สอดคล้องกับ Griffith et al.[24] ได้กล่าวว่า คนที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคโควิด-19 ยังคงมีอาการหลังจากติดเชื้อ 1-3 เดือน จะเห็นว่าโรค Long Covid-19 เป็นกลุ่มอาการที่สำคัญทั้งในผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.9) ความเครียด มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (r_p = .33; p = <.05) อธิบายได้ว่า ความเครียดอาจเกิดจากความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วย หรือความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อต้องถูกจำกัดบริเวณจากการกักตัวเป็นเวลานาน สอดคล้องกับ Frontera et al.[25] พบว่า ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับอาการ Long Covid-19 (OR 2.08, 95% CI 1.23-3.52, p = .006) และความเครียดอย่างน้อย 1 อย่างมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า (OR 5.61, 95% CI 1.60-19.74, p = .007) และอาการนอนไม่หลับ (OR 3.43, 95% CI 1.22-9.67, p = .019)

2.10) กิจกรรมทางกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ผู้สงอายุเป็นกลุ่มมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำ และมีระดับกิจกรรมทางกายน้อยมาก ซึ่งมีระดับกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอถึงร้อยละ 99.5 กล่าวคือ กิจกรรมทางกายถึงแม้จะไม่มีการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ผู้สูงอายุก็มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ อีกทั้งการออกกำลังกายในช่วงหลังจากการติดเชื้อโควิดอาจเกี่ยวข้องกับการจำกัดผลที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพทั้งในแง่ของอาการ (เช่น ความเหนื่อยล้า และความไม่หายใจ)[26]

ข้อจำกัดในการวิจัย

มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ทำให้การกระจายข้อมูลน้อย อาจส่งต่อผลในการวิเคราะห์แยกวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ และมีปัจจัยบางอย่างที่ไม่ได้เก็บข้อมูลให้ครอบคลุม เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 19 ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจะเกิดอาการ Long Covid 19 ให้ครอบคลุมด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อต่อยอดในงานวิจัย ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อพิจารณาในการศึกษาแนวทางในการจัดการให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Elderly 2021. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2022. [In Thai]
2. World Health Organization. Post COVID-19 condition (Long COVID). 2022. Available from: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition
3. Chun HJ, Coutavas E, Pine AB, Lee AI, Yu VL, Shallow MK, et al. Immunofibrotic drivers of impaired lung function in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection. JCI Insight. 2021; 6(14): e148476. https://doi.org/10.1172/jci.insight.148476
4. Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. Clin Microbiol Infect. 2021; 27(1): 89-95. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.023
5. Cohen K, Ren S, Heath K, Dasmariñas MC, Jubilo KG, Guo Y, et al. Risk of persistent and new clinical sequelae among adults aged 65 years and older during the post-acute phase of SARS-CoV-2 infection. BMJ. 2022; 376:e068414. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068414.
6. Daitch V, Yelin D, Awwad M, Guaraldi G, Milić J, Mussini C, et al. Characteristics of long-COVID among older adults: a cross-sectional study. Int J Infect Dis. 2022; 125: 287-93. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.09.035
7. Han Q, Zheng B, Daines L, Sheikh A. Long-term sequelae of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of one-year follow-up studies on post-COVID symptoms. Pathogens. 2022; 11(2): 269. https://doi.org/10.3390/pathogens11020269
8. Malik P, Patel K, Pinto C, Jaiswal R, Tirupathi R, Pillai S, et al. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related

quality of life: a systematic review and meta-analysis. J Med Virol. 2021; 94(1): 253-62. https://doi.org/10.1002/jmv.27309

9. Tosato M, Carfì A, Martis I, Pais C, Ciciarello F, Rota E, et al. Prevalence and predictors of persistence of COVID-19 symptoms in older adults: a single-center study. J Am Med Dir Assoc. 2021; 22(9): 1840-4. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.07.003
10. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. ANS Adv Nurs Sci. 1997; 19(3): 14-27. https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003
11. Channarong M. Factors relating to post discharge persistence of symptoms after hospitalization among persons with COVID-19. J Health Nurs Educ. 2019; 28: 1-16. [In Thai].
13. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for older adults during the COVID-19 outbreak. 2020. [In Thai].
14. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983; 24: 385-96. https://doi.org/10.2307/2136404
15. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Suradom C, Varnado P, Kuntawong P. Revised UCLA Loneliness Scale--6-Item Version (RULS-6) [Database record]. APA PsycTests. 2020. https://doi.org/10.1037/t79918-000
16. Department of Health, Ministry of Public Health. Manual for global physical activity surveillance among general population in province by cross-sectional study [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2009 [cited 2014 Aug 8]. [In Thai].
17. Nirachaporn K. Post COVID-19 symptoms among Thai people in Bangkok [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2022. [In Thai]
18. Xie Y, Xu E, Bowe B, Al-Aly Z. Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. Nat Med. 2022; 28(3): 583-90. https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3
19. Wongsermsin S, Chinoraso J, Yeekian C. Symptoms and factors affecting severity of long COVID. Chonburi Hosp J. 2022; 47: 233-40. [In Thai].
20. Channarong M. Factors associated with residual symptoms after discharge among patients with COVID-19. J Health Nurs Educ. 2022; 28(1): 1-16. [In Thai].
21. Al-Aly Z, Bowe B, Xie Y. Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection. Nat Med. 2022; 28(7): 1461-7. https://doi.org/10.1038/s41591-022-01840-0
22. Wangcharalaborn M, et al. Prevalence of post-COVID-19 condition at three-month follow-up among patients previously infected with SARS-CoV-2. J Health Center 9. 2022; 16(1): 265-84. [In Thai].
23. Bai F, Tomasoni D, Falcinella C, et al. Female gender is associated with long COVID

syndrome: a prospective cohort study. Clin Microbiol Infect. 2022; 28(4): 611.e9-611.e16. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.11.002

24. Adler L, Gazit S, Pinto Y, Perez G, Mizrahi-Reuveni M, Yehoshua I, et al. Long-COVID in patients with mild or asymptomatic infection: a nationwide cohort study. Scand J Prim Health Care. 2022; 40(3): 342-9. https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2139480

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชมพูนุช ไชยยะ* ศิริพันธุ์ สาสัตย์**
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*

แบบแผนงานวิจัย: *เชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 94 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตามมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน*

ผลการวิจัย: *พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.26, SD = 1.24) ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = –.134) ระยะของโรค กิจกรรมทางกาย การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (r = .757, .323, .608 และ .222 ตามลำดับ) ส่วนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต*

สรุป: *ภาวะโรคร่วม ระยะของโรค กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการทำกิจวัตร และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญ*

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ มะเร็งลำไส้ใหญ่/ คุณภาพชีวิต

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 37-50

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาตราจารย์ คณะพยาบาลศาตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
E-mail: Chompoonutchaiya7@gmail.com

Factors Related to Health-Related Quality of Life in Older People with Colorectal Cancer

Chompoonut Chaiya* Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: *This study aimed to examine the relationship between factors associated with the health-related quality of life of older adults diagnosed with colorectal cancer.*

Design: *A descriptive correlational research design was employed.*

Methods: *The sample consisted of 94 older adults receiving treatment at public tertiary hospitals in Bangkok. Participants were selected through a multistage sampling technique. The research instruments included: a personal information questionnaire, Charlson Comorbidity Index (CCI), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ, Barthel ADL Index, Social support assessment, Functional Assessment of cancer Therapy-Colorectal (FACT-C). All instruments were validated for content validity and reliability according to acceptable standards. Data were analyzed using descriptive statistics—frequency, percentage, mean, and standard deviation—and Pearson's and Spearman's correlation coefficients.*

Results: *The findings revealed that the overall quality of life was at a moderate level ($\bar{X}$ = 2.26, SD = 1.24). Comorbidity showed a significant negative correlation with quality of life at the .05 level (r = –.134). In contrast, disease stage, physical activity, social support, and ability in daily living activities demonstrated significant positive correlations with quality of life at the .05 level (r = .757, .323, .608, and .222, respectively). Anxiety and depression, however, were not correlated with quality of life.*

Conclusion: *Comorbidity, disease stage, physical activity level, ability to perform daily activities, and social support are key factors significantly influencing the health-related quality of life among older adults with colorectal cancer.*

Keywords: older people/ quality of life/ colorectal cancer

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 37-50

Article info: received July 10, 2025; revised October 29, 2025; accepted November 12, 2025

* 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: Chompoonutchaiya7@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกและในประเทศไทยที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 4 ในเพศหญิง และมีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 60–64 ปี จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พ.ศ 2566 ระบุว่า มะเร็งชนิดนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย ข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งพบว่า แนวโน้มของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2560-2564 โดยอัตราอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจาก 21.80 เป็น 27.40 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 14.70 เป็น 15.50 ต่อแสนประชากรซึ่งคิดเป็นผู้เสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึง 15 คนต่อวัน หรือ 5,476 คนต่อปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดและเพิ่มขึ้นถึง 1.9 เท่าในรอบ 10 ปี[1] ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาขนาดใหญ่ที่จำเป็นต้องศึกษาและแก้ไข

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะโรคร่วมสูง มีความเปราะบางทางร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ด้วยเหตุนี้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQoL) จึงกลายเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมภายใต้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary[2] พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายมิติ ได้แก่ 1) ด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา พบว่า เกิดความเปราะบาง การเคลื่อนไหวลดลงและปัญหาทางเพศ 2) ด้านอาการและอาการแสดง พบว่า ผู้สูงอายุประสบผลกระทบทางจิตใจจากการวินิจฉัยและการรักษา เช่น ความวิตกกังวลและซึมเศร้า รวมถึงผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (Colostomy) มีความสุขทางเพศน้อยลง 3) ด้านการทำหน้าที่ พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เช่น การทำงานอดิเรก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่างหรือกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวันลดลง 4) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลงและไม่สุขสบายจากปัญหาของถุงรองรับอุจจาระ เช่น แก๊สหรือการรั่วซึม 5) ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มที่จะเพิ่มระยะของโรคเป็นระยะลุกลามและกลับมาเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้น 6) ด้านลักษณะของสิ่งแวดล้อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่น้อยลงทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ เช่น มีความทุกข์มากขึ้นหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลรักษา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด Wilson & Cleary[2] และคัดเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อนำมาเป็นตัวแปรหลักในการศึกษา โดยสรุปปัจจัยสำคัญที่คัดเลือกและผลการทบทวนได้ดังนี้ 1) ด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ได้แก่ ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบโดยเฉพาะผู้ป่วยที่โรคคดำเนินไปในระยะที่ 3 และ 4 ในช่วง 6 เดือนแรกหลังวินิจฉัย (OR 1.63, p = .04)[3] 2) ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดง ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ (OR=3.09, 95%CI= 0.13-6.04)[4] ผู้ที่มีภาวะนี้ร่วมด้วยจะพบความถี่และความรุนแรงของอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ปวด หายใจลำบาก เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ กิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (OR=0.039, 95%CI= 0.002-0.077)[4] และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ดีจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (r= 0.18, p = .007)[5] 4) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (OR=2.30, 95%CI=1.2-4.2)[6] 5) ปัจจัยด้าน

ลักษณะของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (β= 0.083 , p= .039)[7] ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับแบบประเมิน และบางตัวแปรขาดความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นถึงประโยชน์ที่จะช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้และทำให้ทราบถึงบริบทของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทย เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการประเมินและวางแผนการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Wilson & Cleary[2] ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา คือ ระยะของโรค ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดง คือ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า 2) ปัจจัยด้านการทำหน้า คือ ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม และกิจกรรมทางกาย 4) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล คือ ภาวะโรคร่วม และ 5) ปัจจัยด้านลักษณะของสิ่งแวดล้อม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัย

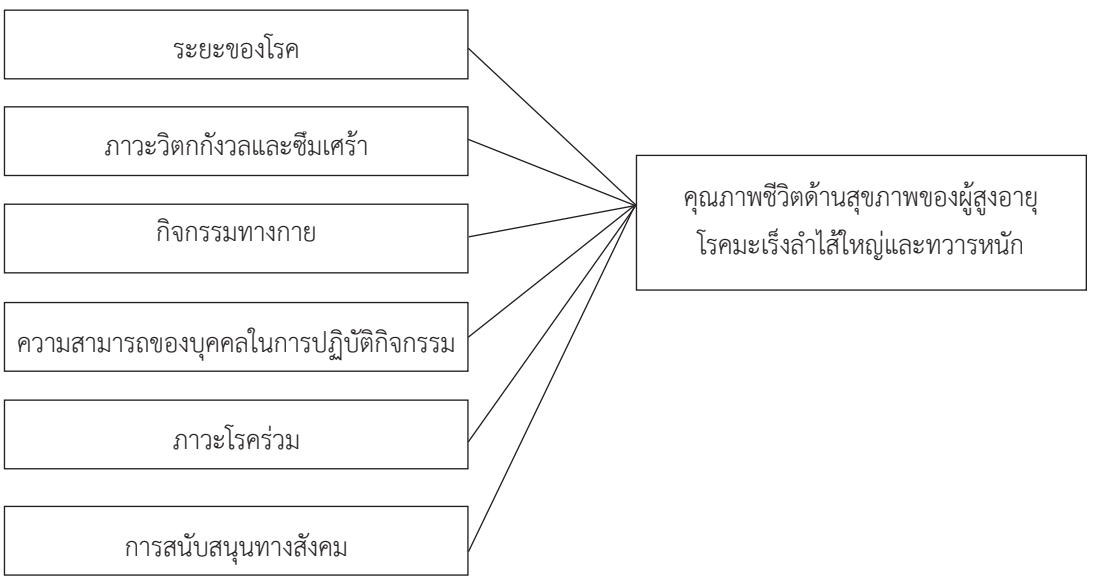
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะของโรค ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอย่างไร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. ระยะของโรค ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักหรือไม่อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม ระยะของโรค มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. ปัจจัยด้านกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิธีดำเนินการวิจัย: แบบพรรณนาและหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ เขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะ 1-4 ได้รับการผ่าตัดแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ เขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งในหน่วยผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 3 แห่ง โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2) สามารถรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ได้ตามปกติ ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประเมินโดย MMSE-T โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 2.1) ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ต้องได้คะแนนมากกว่า 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน 2.2) ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้คะแนนมากกว่า 14 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 2.3) ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนนมากกว่า 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน[8] 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท 4) ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีอาการผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจ เช่น หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง คือ .30[9] ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจในการทดสอบ .80 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 84 คน จากนั้นเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 94 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มหลายขั้นตอน จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ 3 สังกัด และสุ่มโรงพยาบาล ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาล 3 แห่ง การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2566 ดังนี้ โรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 110 คน โรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 300 คน และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 จำนวน 550 คน โดยใช้สูตรคำนวณ Proportion to size[10] ได้ดังนี้ โรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 29 คน โรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 54 คน และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดได้รับอนุญาตในการใช้จากเจ้าของเครื่องมือ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ น้ำหนักส่วนสูง และระยะของโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาโดยแบ่งระดับ 0-4 ตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC)[11] ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการแยกระยะของโรคที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย รวมถึงโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก FACT-C version 4 (Functional Assessment of Cancer Therapy-Colon) ฉบับภาษาไทยจาก FACIT.org สำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ version 4 (FACT-C) นำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย www. FACIT.org[12] ซึ่งมีข้อคำถาม 36 ข้อ 5 ด้าน มาตราส่วนประมาณค่า Likert scale 0-4 เกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย 0-1.33 ระดับต่ำ 1.34-2.67 ระดับปานกลาง และ 2.68-4.00 ระดับสูง แบบสอบถามนี้มีความจำเพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง[13]

3) แบบวัดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS)[14] มีข้อคำถาม 14 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า Likert scale 0-3 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน ไม่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าที่ชัดเจน 8-10 คะแนน มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติ และ 11-21 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบสอบถามนี้มีความจำเพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง [14]

4) แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ)[15] ประกอบด้วย 16 ข้อ คำถามแบ่งเป็น 4 หมวด มาตรวัดอันดับ Ordinal Scale ลักษณะคำตอบเป็นเวลา/ความถี่ เกณฑ์การประเมินผล 3 ระดับ มาก ≥ 3,000 MET-นาที/สัปดาห์ ปานกลาง ≥ 600 MET-นาที/สัปดาห์ และไม่เพียงพอ < 600 MET-นาที/สัปดาห์ แบบสอบถามนี้ได้ถูกนำไปใช้ประเมินกิจกรรมทางกายกับผู้สูงอายุ ดังนั้นชุดเครื่องมือนี้จึงเหมาะสมในการวิจัยนี้[16]

5) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL index)[17] ข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale ตั้งแต่เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม 3 ถึง 0 จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การประเมินผล คะแนน 4-0 มีภาวะพึ่งพา 5-11 คะแนนมีระดับการพึ่งพารุนแรงถึงปานกลาง และ 12 คะแนนขึ้นไป ไม่ต้องการการพึ่งพา ซึ่งการศึกษาก่อนหน้า[18] ได้นำแบบประเมินนี้ประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นแบบประเมินที่เหมาะนำมาใช้ในการประเมินกับผู้สูงอายุไทย

6) แบบสอบถามภาวะโรคร่วม Charlson Comorbidity Index (CCI)[19] ประกอบด้วย 21 โรคร่วม มาตรวัดอันดับ Ordinal Scale ซึ่งแต่ละโรคมีคะแนนตั้งแต่ 1, 2, 3 และ 4 คะแนน โดยมีระดับคะแนน 0-39 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล ค่าคะแนนรวม 0 คะแนน ไม่มีโรคร่วม 1-2 คะแนน มีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนน มีโรคร่วมปานกลาง และคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป มี ซึ่งการศึกษาก่อนหน้า[18] ได้นำแบบประเมินนี้ไปประเมินกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมโรคสำคัญ

7) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม[20] ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House[21] ประกอบด้วยมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale 1-4 ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน คะแนนรวม 14-56 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล 3 ระดับ ต่ำ 14-28 คะแนน ต่ำ 29-42 คะแนน ปานกลาง และ 43-56 คะแนน มาก ซึ่งการศึกษาก่อนหน้า[22] ได้นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ดังนั้นแบบประเมินนี้จึงเหมาะกับการประเมินของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: ทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 30 คน หาค่า Cronbach's alpha ได้ดังนี้ แบบวัดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า .84 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน .78 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม .83 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การขออนุญาต: ยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล 2) การพิทักษ์สิทธิ์และเก็บข้อมูล: ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์/ขั้นตอนแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย 3) การประเมิน: กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที หากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟัง 4) การตรวจสอบ เมื่อเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของ กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่รับรอง COA 221/66 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2566 โรงพยาบาลแห่งที่ 1 เลขที่รับรอง COA No. 0996/2023 วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2566 โรงพยาบาลแห่งที่ 2 เลขที่รับรอง 213/2566 วันที่รับรอง 29 พฤศจิกายน 2566 และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 เลขที่รับรอง วจ.55/2566 วันที่รับรอง 7 มิถุนายน 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย ระยะของโรค ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ระยะของโรค ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 94 คน เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.6 อายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.03 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.3 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.2 และรายได้อยู่ระหว่าง 0-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.22 มีโรคร่วมร้อยละ 51.10 แบ่งเป็น 3 อันดับโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไต ร้อยละ 40.38, 28.84 และ 8.66 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 (SD= 1.24) เมื่อนำมาจำแนกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็นรายด้าน พบว่า มีความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง

ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในกระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านอื่น ๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72, 2.47, 2.36, 2.25 และ 1.97 ตามลำดับ (SD = 1.07, 1.31, 1.41, 1.12 และ 1.32 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_p = .323) ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_p = -.314) ยกเว้นภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าที่ไม่มี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจำแนกตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 94)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (รายด้าน)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	การแปลผล
ความผาสุกด้านร่างกาย (ข้อ 7)	2.72	1.07	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (ข้อ 7)	2.47	1.31	ปานกลาง
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ (ข้อ 6)	2.36	1.41	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (ข้อ 7)	2.25	1.12	ปานกลาง
ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม (ข้อ 9)	1.97	1.32	ปานกลาง
โดยภาพรวม	2.26	1.24	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (n = 94)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	r	ค่า p-value
ระยะของโรค	.757 (r_s)*	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.608 (r_s)*	<.001
กิจกรรมทางกาย	.323 (r_p)*	.001
ภาวะโรคร่วม	-.314 (r_p)*	.002
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.222 (r_s)*	.031
ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	-.098 (r_p)	.349

หมายเหตุ r_p *= ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน,* r_s*= ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน*

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก พบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s= .757) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s =.608) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s = .222)

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.26; SD = 1.24) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความผาสุกด้านร่างกายที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ปัจจัยนี้สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการทางร่างกายดีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ Barthel ADL Index (= 18.51; SD= 3.85) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน่าจะผ่านพ้นช่วงการรักษาหลักที่มีอาการข้างเคียงรุนแรงไปแล้ว ทำให้อาการทางกายอยู่ในภาวะควบคุมได้ดี ความทุกข์ทรมานจึงลดลง นอกจากนี้โรงพยาบาลมีการรักษาที่ทันสมัย เช่น การรักษาแบบมุ่งเป้า หรือภูมิคุ้มกันบำบัด ซึ่งช่วยลดผลกระทบต่อเซลล์ปกติและลดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการให้เคมีบำบัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Piringer และคณะ[23] ที่ชี้ว่าการรักษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่ได้กระทบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากนักในระยะหลังการรักษา ขณะที่ด้านความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว อารมณ์/จิตใจ และด้านอื่น ๆ ที่อยู่ในระดับปานกลางนั้น สะท้อนถึงการดูแลแบบองค์รวม รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาหลักที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตไม่ถูกรบกวนมากนัก

การดูแลรักษาผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้แนวทางเฉพาะรายบุคคล โดยมีการตัดสินใจร่วมกัน ผ่านการปรึกษาแผนการรักษาระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับ Ozluk และคณะ[24] ที่เน้นย้ำความสำคัญของการตัดสินใจรักษาโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต และ Lapinsky และคณะ[25] et al. (2019) ที่กล่าวว่ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับรูปแบบการดูแลและวิธีการรักษาที่เลือก ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความแปรปรวนตามการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson & Cleary[2] ที่กล่าวว่าความผิดปกติที่เกิดในร่างกายส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ระยะของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (r_s = 0.757, p< .001) ซึ่งขัดแย้งกับสมมุติฐานข้อที่ 1 การที่ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงนั้น ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคนานกว่า อาจมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าซึ่งอาจตีความได้ว่า ความก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะก้าวหน้าของโรค เช่น ระยะที่ 3 และ 4 ในปัจจุบันมักได้รับการรักษาที่รุนแรงน้อยลงและมีเป้าหมายที่การควบคุมโรคและเน้นคุณภาพชีวิตมากขึ้น เช่น การใช้ Target/Immunotherapy หรือการผ่าตัด

เพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดมาถึงระยะติดตาม แม้ผลที่ได้จะขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้า[26] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตลดลงในช่วง 6 เดือนแรกหลังการวินิจฉัย ซึ่งเป็นช่วงวิกฤต แต่ผลการวิจัยนี้อาจสอดคล้องกับผู้ป่วยในระยะยาวที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นคุณภาพชีวิต ดังนั้น ระยะของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องตีความภายใต้บริบทของความก้าวหน้าของการรักษาและการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิต สำหรับผู้สูงอายุ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (r_p = 0.323, p = .001) สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 กิจกรรมทางกาย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีกิจกรรมทางกายไม่สูงมากนัก แต่กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเดิน และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ถือว่ามีความสำคัญต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อและการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ว่าการมีกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้น สัมพันธ์กับการลดอาการข้างเคียงจากการรักษาพบบ่อย เช่น ความอ่อนเพลีย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Couwenberg และคณะ[27] ที่ระบุว่าการมีกิจกรรมทางกายที่ดีส่งเสริมให้ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากการรักษา ดังนั้น กิจกรรมทางกายมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฯ (r_s = 0.222, p = .031) สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 การที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำกิจวัตรประจำวันที่ดีได้ แสดงถึงภาวะพึ่งพิงต่ำ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเชื่อมโยงกับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ถึงแม้ความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่การช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจกรรมพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร มีส่วนสำคัญในการลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและสังคม/ครอบครัว ความสัมพันธ์นี้ยิ่งมีความหมายในบริบทของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทวารเทียมได้ดี จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Van der Vlies และคณะ[6] ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_p = -0.314, p=.002) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมสูง มักต้องรับประทานยาเพิ่มขึ้น ไปพบแพทย์เฉพาะทางบ่อยขึ้น และมีความเสี่ยงสูงต่ออาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามะเร็งควบคู่ไปกับโรคร่วม ซึ่งเชื่อมโยงกับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการมีโรคร่วมส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านการปฏิบัติกิจกรรมแย่ลง เนื่องจากอาการของโรคร่วมเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความอ่อนเพลีย หรือการทำงานของร่างกายลดลง ซึ่งส่งผลให้การฟื้นตัวจากการรักษาโรคมะเร็งช้าลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Blakely และคณะ[28] ที่พบว่า จำนวนภาวะ

โรคร่วมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง นอกจากนี้ Hirschey และคณะ[29] ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอัตราการมีภาวะโรคร่วมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็ง ดังนั้น ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้น การจัดการและควบคุมโรคร่วมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาคุณภาพชีวิต

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฯ ($r_p = 0.608$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง สามารถเผชิญความเครียด และปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลตนเองที่บ้านร่วม ซึ่งเชื่อมโยงกับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านจิตใจ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า และยังช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตและมีส่วนช่วยลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า[7] ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีน้ำหนักสูงที่สุดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (p=.349) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย การที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเพียง 6 คน (ร้อยละ 6.38) (ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลรักษาให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแล้ว) ซึ่งเป็นความชุกที่ต่ำกว่างานวิจัยอื่นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ผ่านช่วงวิกฤตของการวินิจฉัยและการรักษาหลักไปแล้ว ซึ่งเป็นช่วงที่ความวิตกกังวลมักจะสูงที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมินและช่วยเหลือด้านภาวะจิตใจที่ดีจากระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้สามารถปรับตัวต่อโรคได้ ซึ่งแม้ว่าในกลุ่มนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ แต่การประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งตั้งแต่แรกเริ่มของการวินิจฉัย เนื่องจากเมื่อเกิดปัญหาแล้ว ปัจจัยนี้จะส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อปัญหาอื่น ๆ[7] เช่น ความเปราะบาง การรับรู้อาการทางกายภาพ เป็นต้น ดังนั้นภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่มารับการรักษาและติดตามอาการ ซึ่งอาจสะท้อนถึงการปรับตัวที่ดีของผู้สูงอายุและประสิทธิภาพของระบบการดูแลจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเน้นการประเมินและส่งเสริมเช่น กิจกรรมทางกาย และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยบวก) พร้อมทั้งจัดการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มี ภาวะโรคร่วม (ปัจจัยลบ)

2. ควรมีการทำการวิจัยต่อยอดในปัจจัยที่ยังไม่ได้รับการศึกษา เช่น โภชนาการ ภาพลักษณ์ร่างกาย และผลกระทบจากการมีทวารเทียม เป็นต้น

3. โรงพยาบาลควรพัฒนานโยบายการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง และข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ควรเพิ่มเนื้อหาให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั่วประเทศได้

2. เครื่องมือการมีกิจกรรมทางกาย เป็นเครื่องมือที่มีความซับซ้อนซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายมีการสับสนในการตอบแบบสอบถาม

3. ระยะเวลาการเก็บข้อมูลต่อท่านใช้เวลานาน เนื่องแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามแต่ละแบบสอบถามมีจำนวนมาก และผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังที่ละข้อ จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อวันน้อย

4. เครื่องมือวัดกิจกรรมทางกายมีความซับซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุสับสน

5. แบบสอบถามจำนวนมากต้องอ่านให้ฟังทีละข้อ ทำให้ใช้เวลานานในการเก็บข้อมูล

บทสรุป

ปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ระยะของโรค กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการประกอบกิจวัตร และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการประเมินและวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

Reference

1. National Cancer Institute. Cancer in Thailand. Vol. X, 2017-2021. Bangkok: National Cancer Institute, Ministry of Public Health; 2023. [In Thai].
2. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995; 273(1): 59-65. https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037
3. Kasparian NA, Gessler D, Butow PN, Aranda S, Boyle FM, Goldstein D, et al. A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. Support Care Cancer. 2018; 26(11): 3817-28.
4. Ho M, Ho JWC, Fong DYT, Lee CF, Macfarlane DJ, Cerin E, et al. Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. J Cancer Surviv. 2020; 14(4): 424-33. https://doi.org/10.1007/s11764-020-00864-0
5. Al-Obaidi S, Al-Qudimat M, Al-Shami O, Zangbar E, Fadel R. Correlation between self-care ability and quality of life of patients with advanced cancer. Rehabil Nurs. 2021; 46(5): 252-8.
6. Van der Vlies E, et al. Functional status and quality of life in older colorectal cancer patients with stoma. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2022; 49(2): 162-71.
7. Gonzalez-Saenz de Tejada M, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in older patients with colorectal cancer. J Geriatr Oncol. 2017; 8(5): 371-8.

8. Tantirangsee N, Tangkanakul W, Chutha W. MMSE-Thai 2002: Manual for Mini-Mental State Examination-Thai 2002. 2nd ed. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2011. [In Thai].
9. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
10. Worawan S. Statistics for Research. 2nd ed. Chiang Mai: Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2021. [In Thai].
11. Singha P, Pongpaibul A, Wongvilaiwan S, Sukovam P. Impacts of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th edition tumor, node, metastasis (TNM) staging system on outcomes of differentiated thyroid cancer in Thai patients. J Cancer Res Clin Oncol. 2021; 147(6): 1753-62.
12. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993; 11(3): 570-9. https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570
13. Sirilerttrakul S, Wannakansophon N, Utthiya P, Ckumdee S, Tangteerakoon P, Chansriwong P. Evaluation of adverse events and health-related quality of life in patients with colorectal cancer receiving ambulatory home-based chemotherapy in Thailand. Nurs Open. 2021; 8(6): 3036-44. https://doi.org/10.1002/nop2.1016
14. Nilchaikovit T, Sukying C, Palanuwongse T. The Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer patients. J Psychiatr Assoc Thai. 1996; 41(1): 28-40. [In Thai].
15. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) Analysis Guide. Geneva: World Health Organization; 2010.
16. Assantachai P. Fundamentals of geriatric medicine. In: Assantachai P, editor. Common Health Problems in the Elderly and Their Prevention. Bangkok: Union Creation; 2009. p. 1-4.
17. Jitapunkul S, Tun T, Kiatmongkolrat S. Reliability and validity of the Barthel Index in Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2001; 84(1): 1-7. [In Thai].
18. Marventano S, Grosso G, Mistretta A, Bogusz-Czerniewicz M, Ferranti R, Nolfo F, et al. Evaluation of four comorbidity indices and Charlson comorbidity index adjustment for colorectal cancer patients. Int J Colorectal Dis. 2014; 29(9): 1159-69. https://doi.org/10.1007/s00384-014-1972-1
19. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40(5): 373-83. https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8
20. Chansaengsi M. Factors related to quality of life of HIV infected patients receiving care in the AIDS clinic at Bamrasnaradura Hospital [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1997. [In Thai].

21. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Annu Rev Sociol. 1988; 14(1): 293-318. https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453
22. Stagg BC, Choi H, Woodward MA, Ehrlich JR. Association of social support network size with receipt of cataract surgery in older adults. JAMA Ophthalmol. 2018; 136(4): 423-7. https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol. 2018.0244
23. Piringer G, Thaler J, Anchisi S, Geffriaud-Ricouard C, Gueldner M, Scholten F, et al. Quality of life, effectiveness, and safety of aflibercept plus FOLFIRI in older patients with metastatic colorectal cancer: an analysis of the prospective QoLiTrap study. J Geriatr Oncol. 2023; 14(8): 101638. https://doi.org/10.1016/j.jgo.2023.101638
24. Ozluk A, Oner C, Cetin H, Simsek EE. The frequency of psychological symptoms in the elderly: a cross-sectional field study in Istanbul, Turkey. Elder Health J. 2023; 9(2): 59-63. https://doi.org/10.18502/ehj.v9i2.14422
25. Lapinsky E, Man LC, MacKenzie AR. Health-related quality of life in older adults with colorectal cancer. Curr Oncol Rep. 2019; 21(9): 81. https://doi.org/10.1007/s11912-019-0830-2
26. Quach C, Sanoff HK, Williams GR, Lyons JC, Reeve BB. Impact of colorectal cancer diagnosis and treatment on health-related quality of life among older Americans: a population-based, case-control study. Cancer. 2015; 121(6): 943-50. https://doi.org/10.1002/cncr.29125
27. Couwenberg AM, de Beer FS, Intven MP, Burbach JP, Smits AB, Consten EC, et al. The impact of postoperative complications on health-related quality of life in older patients with rectal cancer: a prospective cohort study. J Geriatr Oncol. 2018; 9(2): 102-9. https://doi.org/10.1016/j.jgo.2017.09.005
28. Blakely AM, Chanson D, Wong FL, Eng OS, Sentovich SM, Melstrom KA, et al. Health-related quality of life and oncologic outcomes after surgery in older adults with colorectal cancer. Support Care Cancer. 2020; 28(6): 2857-65. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05087-3
29. Hirschey R, Tan KR, Petermann VM, Bryant AL. Healthy lifestyle behaviors: nursing considerations for social determinants of health. Clin J Oncol Nurs. 2021; 25(5): 42. https://doi.org/10.1188/21.CJON.S1.42-48

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

วชิราภรณ์ ชาติครบุรี* ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล**
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และเปรียบเทียบคะแนนอาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างหลังได้รับโปรแกรมฯ กับผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ทั้งเพศชายและเพศหญิง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติจำนวน 21 คนและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวด จำนวน 21 คน ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับเทคนิคการยืดเหยียดกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง การประเมินอาการปวด ใช้แบบประเมินมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง*

ผลการวิจัย: *1. ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีอาการปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

2. ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีอาการปวดต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: *โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อสามารถลดอาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้*

คำสำคัญ: การจัดการอาการ/ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ/ การจัดการความปวด

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 51-62

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: 6470048236@student.chula.ac.th

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

The Effect of Symptom Management Program Combine With Muscle Stretching on Pain in Person with Low Back Pain

Wachiraporn Chartkornbure* Pachanat Nanthaithaveekul**

Abstract

Purpose: *To compare pain scores in people with low back pain before and after receiving a symptom management program with muscle stretching.*

Design: *Quasi-Experimental Research with Pretest-Posttest Control Group Design*

Methods: *The purposive sampling was people with low back pain both males and females according to specific criteria. The control group of 21 people who received normal nursing care and an experimental group of 21 people who received a symptom management program with muscle stretching for pain relief. The researchers developed this program by using Dodd et al.'s (2001) symptom management framework along with muscle stretching techniques. Use a visual analog scale (VAS) to assess pain. Statistics to analyze data Including frequency, percentage, mean, standard deviation. Statistics comparing the mean score pain of patients with low back pain before and after in the experimental group and comparing the mean score pain between the control and the experimental group after the experiment.*

Results: *1. Peoples with low back pain after receiving a symptom management program with muscle stretching had lower pain than before receiving the program significant at the .05 level.*

2. Peoples with low back pain after receiving a symptom management program with muscle stretching had lower pain than the normal nursing care significant at the .05 level.

Conclusion: *The result of this study support that symptom management program combine with muscle stretching on pain in persons with low back pain*

Keywords: symptom management/ muscle strength/ pain

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 51-62

Article info: received December 2, 2024; revised August 20, 2025; accepted November 24, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok. E-mail: 6470048236@student.chula.ac.th

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Research Advisor.

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบมากและบ่อยในวัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน มีอาการปวดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวถึงกระดูกก้นกบ[1] สาเหตุเกิดจากการทำงานในชีวิตประจำวัน[2] การประกอบอาชีพ ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ความเครียด คิดเป็นร้อยละ 71.3 โดยเฉพาะอาชีพที่ต้องออกแรงยกของ หรือทำงานในท่าเดิมเป็นเวลานาน[3] เรียกอาการปวดจากการทำงานนี้ว่า “Office syndrome” อาการปวดหลังส่วนล่าง เกิดที่บริเวณบั้นเอวตำแหน่งซี่โครงที่ L1-L5 ระยะเวลามากกว่า 12 สัปดาห์ ถือเป็นอาการปวดแบบเรื้อรัง กระทบกับการทำหน้าที่ของร่างกาย กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งตัว เลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว หลังเกิดความตึงตัว การก้มและเงยทำได้ไม่เต็มที่ กล้ามเนื้อเกิดอาการอ่อนแรง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมักจะใช้ยาลดปวดกลุ่ม NSAIDs อย่างต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น เกิดแผลในกระเพาะอาหารและเลือดออกในทางเดินอาหาร[4] ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่า เป็นประสบการณ์ความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย จากเนื้อเยื่อถูกทำลาย ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เกิดความลำบากในการเคลื่อนไหว ความเมื่อยล้า การทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม[5] ส่งผลให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง กระทบสุขภาพร่างกาย ส่งผลต่อการลางาน หยุดงาน ตลอดจนการลาออก[6] อาการปวดส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

การจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างในปัจจุบัน พบว่า เป็นการจัดการตามอาการและระยะของความเจ็บป่วย กล่าวคือ 1) ระยะเฉียบพลัน (0-4 สัปดาห์) พบอาการปวดมากที่สุด 2) ระยะกึ่งเฉียบพลัน (4-12 สัปดาห์) 3) ในระยะเรื้อรัง (มากกว่า 12 สัปดาห์) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีเป้าหมายบรรเทาอาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างในระยะกึ่งเฉียบพลัน จุดประสงค์เพื่อลดอาการปวด เพิ่มสมรรถนะร่างกาย ป้องกันอาการปวดเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)[8] มีการใช้อย่างแพร่หลาย โดยการมุ่งเน้นแนวคิดหลัก 3 แนวคิด คือ 1) แนวคิดประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (Symptom Experience) การรับรู้ถึงอาการ ความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยการประเมินผลกระทบรวมการจัดการปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกาย 2) แนวคิดในการจัดการกับอาการเจ็บป่วย (Symptom Management Strategies) ในการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ลดจำนวนการรับยาและป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีการลดอาการปวดด้วยวิธีการแพทย์แบบแบบผสมผสาน เช่น การให้ความรู้ การฝึกกล้ามเนื้อหลัง การออกกำลังกายโยคะ การจัดท่าการนวดหลัง เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดกดจุดสะท้อน การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น 3) ผลลัพธ์การจัดการอาการ (Outcomes) ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างได้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์เป็นที่พอใจ สามารถลดสาเหตุและปัจจัยการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง[7]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อลดอาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการปวดของ Dodd et al. (2001) เป็นกรอบการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดอาการปวด นอกจากนี้ได้นำเอาวิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยา คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อมาเพิ่มเติม นอกจากจะลดอาการปวดยังเป็นการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนหลัง ลดภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดปวด ส่งผลให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมีอาการปวดลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

2. กลุ่มผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างหลังที่ได้รับโปรมแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะมีอาการปวดลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2. ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการอาการปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จึงมีการนำแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่าง Dodd et al. (2001) 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ การทำความเข้าใจกับความหมายและความสัมพันธ์ของสาเหตุของอาการ เพราะการเข้าใจสาเหตุ อาการปวดของตนส่งผลให้ผู้ป่วยสนใจและตั้งใจจะลดอาการปวด 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นการหากลวิธีการจัดการกับอาการ โดยการปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการลดอาการปวด การจัดการอาการที่ไม่หยุดนิ่งเปลี่ยนแปลงตามความต้องการและอาการของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ด้วยวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการเปลี่ยนรูปร่างของเนื้อเยื่อในแนวตรง เพื่อเพิ่มความยาวของกล้ามเนื้อส่งผลให้กล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อ เกิดความยืดหยุ่น เพิ่มเส้นใยของกล้ามเนื้อ เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ 3) ผลลัพธ์การจัดการอาการ (Symptom outcome) เป็นการประเมินและติดตามถึงการปฏิบัติตนตามโปรแกรมโดยเฉพาะการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งถ้าได้จัดการกับอาการปวดตามโปรแกรมแล้วจะส่งผลให้อาการปวดลดลง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมในการจัดการอาการปวด ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเคลื่อนไหวร่างกายในลักษณะการยืดเหยียด (Stretching) กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ขนาด ความยาว ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ พิสัยการเคลื่อนไหว ความทนทานของกล้ามเนื้อในขณะพัก เนื่องจากการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยเปิดช่องทางออกของรากประสาท กล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อหลังแอ่น ส่งผลให้กล้ามเนื้อท้องและ gluteal muscle มีความแข็งแรง รวมถึงหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนไปด้านหน้า[9] กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อ ลดการคั่งของกรดแล็กติก ส่งผลให้อาการปวดดีขึ้น[10] เสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ กระตุ้นระบบประสาทของร่างกายให้ทำงานประสานกัน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการออกกำลังกายอย่าง

ต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ ตามนำกรอบแนวคิดของ Dodd et al. (2001)[8] ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง เมื่อผู้ที่มีอาการสามารถจัดการกับอาการปวดได้ จะส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างลดลง สามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ หรือคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างในช่วงอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ หรือคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่า มีอาการปวดหลังส่วนล่าง วัดระดับอาการปวดด้วยแบบประเมิน VAS ระดับความปวดอยู่ในเกณฑ์ปวดเล็กน้อย (PS 0-3 คะแนน) ถึงปวดปานกลาง (PS 4-6 คะแนน) 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) มีโทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนเพื่อติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ 4) ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายด้วยวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัย และ 6) ไม่ได้รับการรักษาอาการปวดหลังด้วยการฝังเข็ม นวดแผนไทย ทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมฯ 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงจนต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Power Analysis for sample Size ผ่านโปรแกรม G*power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ 0.50 และอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 คำนวณจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ สิริรัตน์ สิริสุรชัชวาล และปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล (2566)[11] โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนทั้งหมด 42 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 21 คน คือ กลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลการรักษา เช่น อาการสำคัญที่มารับการรักษา การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลการรักษาด้วยตนเอง 2) แบบประเมินอาการปวด ใช้แบบประเมินมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยการใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) [8] ร่วมกับแนวคิดการยืดเหยียด

กล้ามเนื้อ ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องอาการปวดหลังส่วนล่าง คู่มือการออกกำลังกายกล้ามเนื้อด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ วีดิทัศน์ภาพการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อลดอาการปวดของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยตนเองซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการขั้นทดลองในกลุ่มควบคุม ในวันจันทร์และวันพุธ เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลที่ทำหน้าที่ออกใบนัดหลังจากตรวจรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ในการดำเนินการทดลองครั้งแรกในสัปดาห์แรก และนัดหมายสอบถามข้อมูล ในสัปดาห์ที่ 6 กรณีที่ไม่มีนัด ผู้วิจัยติดต่อนัดหมายผ่านโทรศัพท์เพื่อประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการขั้นทดลองในกลุ่มทดลอง ในวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนสัปดาห์ที่ 2-5 ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อรับการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้รับการอนุมัติจริยธรรม Nh039-67 ลงวันที่ 23 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Descriptive statistics) 2) สถิติเปรียบเทียบ (Dependent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) สถิติเปรียบเทียบ (Independent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 42 คน มีข้อมูลพื้นฐานตามการจำแนก ดังนี้คือ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน เพศชายมีจำนวน 10 คน เพศหญิง มีจำนวน 11 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 43.09 ปี (SD = 8.08) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 43.14 ปี และ (SD = 7.85) ตามลำดับ สถานภาพสมรสของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.38 และ 57.15 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.85 และ 66.66 ประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 71.42 และ 80.94 ลักษณะของการทำงานอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานาน ยืนหรือเดินเป็นเวลานาน คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 57.15 ไม่ออกกำลังกายเลยคิดเป็นร้อยละ 38.10 และ 61.90 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.23 และ 90.48 ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 76.19 และ 90.48 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิกรมบัญชีกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.66

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 21$)

คะแนนเฉลี่ยอาการปวด	Mean	SD	t	df	P-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	5.52	1.16	.63	20	.52
หลังการทดลอง	5.52	.98			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	5.23	1.70	10.52	20	.00
หลังการทดลอง	2.76	1.33			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 1 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนการทดลองเท่ากับ 5.52 (SD = 1.16) และมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังการทดลองเท่าเดิม คือ 5.52 (SD= .98) เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนการทดลองเท่ากับ 5.23 (SD = 1.70) และมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังการทดลอง คือ 2.76 (SD= 1.33) เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 21$)

คะแนนเฉลี่ยอาการปวด	Mean	SD	t	df	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	5.52	1.16	0.63	40	.34
กลุ่มทดลอง	5.52	1.70			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	5.52	.98	7.62	40	.00
กลุ่มทดลอง	2.76	1.33			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 5.52 คะแนน (SD = 1.16) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 5.52 คะแนน (SD =.1.70) เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 5.52 คะแนน (SD =.98) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 2.76 คะแนน (SD =1.33) เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ขออภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001)[8] ร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อเพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อเกิดความยืดหยุ่น ความแข็งแรง ตามขั้นตอนการประเมินประสบการณ์อาการปวด กลยุทธ์การจัดการอาการและการประเมินผลลัพธ์ โดยที่ให้กลุ่มทดลองได้แชร์ประสบการณ์อาการปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย สาเหตุ ผลกระทบ การจัดการและการรักษา รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอาการปวดหลังตามความเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้เข้ามาวิเคราะห์และปรับเข้ากับแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ในส่วนของกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างจากประสบการณ์ของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลทำให้ผู้ที่มีอาการเกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมถึงสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบสาเหตุของตนเอง วิเคราะห์แนวทางการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างให้เหมาะกับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยา การออกกำลังกายที่ช่วยลดอาการปวดหลัง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง

จากนั้นนำกลยุทธ์การจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในรูปแบบการให้ความรู้ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นรายบุคคล ในหัวข้อเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สาเหตุ ปัจจัย แนวทางปฏิบัติในการลดอาการปวด ความรู้เกี่ยวกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติ จำนวน 5 ท่า ปฏิบัติ 10-30 วินาที หยุดพัก 10 วินาที ท่าละ 5 ครั้ง ระยะเวลารวม 15-30 นาที ความสม่ำเสมอ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมถึงให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีส่วนเลือกวิธีการจัดการอาการปวดที่เหมาะสมกับตนเอง โดยผู้วิจัยมีหน้าที่กระตุ้นและส่งเสริมความเชื่อมั่นในการฝึกปฏิบัติการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อเนื่องที่บ้าน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ด้วยการติดต่อผ่านช่องทางการโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่น และสามารถปฏิบัติการยืดเหยียดได้อย่างต่อเนื่อง การติดตามตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ยังช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความไว้ใจ และเชื่อมั่นระหว่างที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างและพยาบาล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองในการจัดการอาการปวด[12] ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจากแบบประเมินที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อครบกำหนด 6 สัปดาห์

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มทดลองได้นำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน โดยการฝึกปฏิบัติตามคู่มือ พร้อมวีดิทัศน์ประกอบการฝึก ผู้วิจัย

ติดตามโดยการสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคจากการฝึก ผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าหลังจบตามโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง จาก 5.23 เป็น 2.76 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ทั้งนี้พบว่า การจัดการปรับเปลี่ยนอิริยาบถท่าทางต่าง ๆ ให้เหมาะสมถูกต้องทั้งในกิจวัตรประจำวัน การทำงาน จะส่งผลช่วยให้กระดูกสันหลังเรียงตัวอย่างเหมาะสม สร้างความสมดุล ลดแรงกดที่มากระทำต่อกระดูกสันหลังส่วนล่าง จึงช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้[12] และการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความแข็งแรง เกิดความยืดหยุ่น หดรัดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ คลายตัวเร็วขึ้นเกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มประสิทธิภาพการขนส่งออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เพิ่มการส่งสัญญาณประสาทและกระบวนการเมแทบอลิซึมในกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อ[13] ลดโอกาสเสี่ยงการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อและข้อต่อ ลดแรงต้านภายในกล้ามเนื้อและลดอาการปวดหลังจากการทำงาน ร่วมกับการให้ความรู้ในวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ส่งผลให้สมรรถภาพทางด้านร่างกายดีขึ้น มีทักษะในการเคลื่อนไหวได้อย่างดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาตรา สังข์เกื้อและคณะ (2562)[14] ศึกษาผลการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลำตัวละเชิงกรานต่ออาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวของลำตัวในหญิงที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง : การศึกษานำร่อง กลุ่มอายุ 20-30 ปี พบว่า การออกกำลังกายช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อหลัง ส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญญาภา ศรีปัญญาและบรรณสิทธิ สิทธิบรรณกุล (2563)[15] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านกายศาสตร์การทำงานร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ความสามารถในการทำกิจกรรมและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังในคนทำอาชีพทอผ้าย้อมคราม พบว่าการใช้โปรแกรมฯ ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดทำให้อาการปวดหลังลดลง เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และเพิ่มความอ่อนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Su Su Hlaing (2021)[16] ศึกษาผลของการออกกำลังกายในการรักษาสมดุลของลำตัวและการยืดกล้ามเนื้อเพื่อเสริมความแข็งแรงในกลุ่มผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบเฉียบพลัน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการออกกำลังกายเพื่อรักษาสมดุลกับการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบไม่จำเพาะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบ่งเป็นกลุ่มละ 18 ราย ออกกำลังกายนาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าการออกกำลังกายเพื่อความสมดุล ช่วยลดอาการปวดและความพิการ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สมมติฐานข้อ 2 ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีอาการปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อดังกล่าวข้างต้น ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล โดยพยาบาลจะมีหน้าที่ประเมินอาการป่วย อาการปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของอาการปวด ก่อนเข้าพบแพทย์ ภายหลังเข้าพบแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เบอร์ติดต่อในการขอเลื่อนนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา กรณีสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและข้อมูลอื่น ๆ เท่านั้น จึงส่งผลให้ความปวดของกลุ่มควบคุมยังคงสูงกว่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน์ สิริสุรชัชวาล

(2566)[11] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิตัสต่ออาการปวดของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัตติฟิตัส มีอาการปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของนพพร ยอดกล้า (2567)[17] ศึกษาผลการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อหน้าท้องต่อการเปลี่ยนแปลงความโค้งกระดูกสันหลังส่วนเอวในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังแบบไม่เฉพาะเจาะจง การศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องหลังการออกกำลังกายภายในสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าก่อนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) และสอดคล้องกับ Edward A. Shipton (2018)[18] กล่าวถึงการออกกำลังกายในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างว่า การออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็นวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเดินหรือการออกกำลังกายตามความสามารถและความถนัดของแต่ละบุคคล ออกกำลังกายแบบแอโรบิก 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง รวมถึงการรับประทานยา และการออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยในการป้องกันและลดอาการปวดหลังได้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อ ป้องกันภาวะทุพพลภาพ

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับแนวคิดการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อจำกัดการวิจัย

1. กรณีมีการใช้ยาเพื่อลดอาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง อาจจะต้องเพิ่มการพิจารณาจับคู่ชนิดของยาหรือกลุ่มยาเช่น NSAIDs และยาคลายกล้ามเนื้อ ในการช่วยลดอาการปวดเพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความเที่ยงตรงและป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมและติดตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

2. ควรศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อเพื่อช่วยลดอาการปวด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลตำรวจ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัยในครั้งนี้

Reference

1. Anchanlee Kongsomchom, Watchara Sudachom, Prawit Jenwan Thanakun. Chronic back pain, what to do? Wet Banthuk Siriraj. 2020 Feb 26; 13(1). [In Thai]
2. Yotsak Hanchanlet. (2014). Effectiveness of a knowledge program on correct posture in daily life and exercise to reduce and prevent back pain in patients with chronic low back pain in Khuen Subdistrict, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province. [In Thai]
3. Phonwipat T. In the part of writing health education by grilling self-efficacy in local committees in reducing lower back pain of people aged. Work methods in the company: the effectiveness of health education program using self-efficacy theory of behavior modification to reduce lower back pain of office workers. Journal of Health, Physical Education and Recreation. 2022 Dec. 20; 48(2): 294-305. [In Thai]
4. Phawaphon Siri Sanhiran. Incidence and factors associated with high-risk upper gastrointestinal bleeding at Phra Narai Maharat Hospital. Journal of Health and Environmental Studies. 2021 Mar 30; 6(1): 36-44. [In Thai]
5. Thirawan Chue Ta Leng, Patcharee But Saen Khot, Chon Wet Chawasiri. Factors predicting quality of life in patients with spinal degeneration. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2017 Dec 22; 32(3): 78-90. [In Thai]
6. Chalerm Rat Mee Yo Tem Ph.D. Study of the prevalence and factors associated with low back pain in nursing personnel at Nakhon Pathom Hospital. Journal of the Medical Council Region 4-5. 2020 Dec 30; 39(4). [In Thai]
7. Kitti Chirarattanphochai. Degenerative spine disease: empirical evidence, Khon Kaen University (2011). Volume 1- Volume 2. (1st printing). [In Thai].
8. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. Journal of advanced nursing, 33(5), 668-676. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
9. Miller MM, Allison A, Trost Z, De Ruddere L, Wheelis T, Goubert L, Hirsh AT Differential effects of patient weight on pain-related decision-making in male and female chronic low back pain patients. The journal of pain. Jan 1 2018; 19(1): 57-66
10. Jirawat Thiwattanapakorn, Thaweesak Wongkeerati Methawi, Sinee Nat Suk Ubon. Development and effectiveness of the Hat Yai Back Pain School Program in patients with chronic low back pain. Journal of Physical Therapy. 2022 Apr 26; 44(1): 29-46. [In Thai]
11. Sirirat Sirisurachatchawan and Pachanat Nunthaitaweekul. Effects of a self-management program emphasizing multi-fidus exercise on pain symptoms in patients with chronic low back pain.

Thai Journal of Nursing, 2023. 72(4): 11-20,

12. Patcharin Jai Jum, Tassapong Tantipanjaporn. The effectiveness of a muscle stretching program combined with ergonomics education to reduce back pain and increase back muscle strength among hand-weaving workers in Mae Rang Subdistrict, Pa Sang District, Lamphun Province. Ubon Ratchathani University Journal of Science and Technology. 2018 Nov 9; 20(3): 29-39.[In Thai]
13. Siri Kwan Heng Tharakul. The effects of twitch and neural stimulation stretching on jumping performance and hamstring flexibility in athletes with hamstring shortening (Doctoral dissertation, Chulalongkorn University). [In Thai]
14. YODKLA N. Effects of physical exercise to increase abdominal muscle strength on the change of lumbar spine curve efficiency in patients with chronic non-specific low back pain. Journal of Phutthasothon Hospital. 6 Jun 2024; 40(2). [In Thai]
15. Benya Pha Sri Panya and Ban Sitthi Sitthibankun, 2020. Effects of an ergonomics education program combined with rubber chain exercise on lower back pain, activity performance, and back muscle strength in indigo-dyed textile weavers. Journal of Liberal Arts and Management Science Kasetsart University, 7(1): 27-40. [In Thai]
16. Hlaing, S. S., Puntumetakul, R., Wanpen, S., & Boucaut, R. (2020). Balance Control in Patients with Subacute Non-Specific Low Back Pain, with and without Lumbar Instability: A Cross-Sectional Study. Journal of pain research, 13: 795-803. https://doi.org/10.2147/JPR.S232080
17. Nopporn Yotkla (2024). The effect of abdominal muscle strengthening exercise on the change of lumbar spine curvature in patients with non-specific chronic low back pain. Journal of Phutthasothon Hospital, (2024). 40(2). [In Thai]
18. Shipton E. A. (2018). Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain. Pain and therapy, 7(2): 127-137. https://doi.org/10.1007/s40122-018-0105-x

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้าย

จันจิรา เพ็ญ* สุรีพร ธนศิลป์**
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้าย ที่เข้ามารับบริการ ณ ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียมคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และหน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย จำนวน 125 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การยอมรับความตายวิถีพุทธ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ในความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .87, .80, .73, และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและค่าสัมประสิทธ์ของเพียร์สัน*

ผลการศึกษา: *ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีการยอมรับความตายในระดับสูง (Mean = 39.20, SD = 5.16) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการยอมรับความตายของผู้ที่โรคเป็นไตระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ($r = .74$, $r = .77$, $p<.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .65$, $p<.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -.78$, $p<.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ได้แก่ ภาระที่ค้างคา ($r = -.66$, $p<.05$) และชนิดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตาย*

สรุป: *การยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ดังนั้นควรนำปัจจัยดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการสร้างโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป*

คำสำคัญ: การยอมรับความตาย/ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย/ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 63-75

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Selected Factors Related to Death Acceptance Among Persons with end Stage Kidney Disease

Chanjira Phen* Sureeporn Thanasilp**

Abstract

Purpose: *This study aimed to examine the relationships between age, treatment modality, death anxiety, Buddhist beliefs about death, unfinished burdens, and self-care perception with death acceptance among patients with end-stage kidney disease.*

Design: *Descriptive correlational research*

Methods: *The sample consisted of 125 patients diagnosed with end-stage kidney disease who were receiving treatment at the Kidney Center and Hemodialysis Unit of Vachira Phayabal Faculty of Medicine, Navamindradhiraj University, and the Hemodialysis Unit of the Kidney Foundation of Thailand. The research instruments included questionnaires that gathered information on personal data, Buddhist death acceptance, death anxiety, religious beliefs about death, lingering burdens, and self-efficacy. The Cronbach's alpha coefficients for these instruments were .85, .87, .80, .73, and .74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.*

Results: *Patients with end-stage kidney disease reported a high level of death acceptance (Mean = 39.20, SD = 5.16). age (r = .74) and Buddhist beliefs about death (r = .77) were positively and highly correlated with death acceptance (p < .05). and, perceived ability to take care of oneself (r = .65) were positively and moderate level with death acceptance (p < .05). Conversely, death anxiety (r = -.78) negatively and highly correlated with death acceptance (p < .05).unfinished burden (r = -.66) were negatively and moderate level with death acceptance (p < .05). Treatment modality was not significantly correlated with death acceptance.*

Conclusion: *Death acceptance in patients with end-stage kidney disease is influenced by various factors. It is crucial to consider these factors, including Buddhist beliefs about death, when creating a nursing intervention to support a good death for this population.*

Keywords: Death acceptance/ Persons with end stage kidney disease/ Buddhist beliefs about death

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 63-75

Article info: received December 13, 2024; revised November 18, 2025; accepted December 10, 2025

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

** Associate professor and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Corresponding author; E-mail; s_thanasilp@hotmail.com

บทนำ

โรคไตระยะสุดท้าย เป็นโรคที่มีความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและการติดเชื้อที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ใน พ.ศ. 2560 พบประชากรป่วยด้วยโรคไตระยะสุดท้ายจำนวน 3.25 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.9 ล้านคนใน พ.ศ. 2568[1] ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 ของประชากรและอัตราตาย 25.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปีโดยเฉลี่ย อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เริ่มฟอกไตใหม่ พ.ศ. 2566 อยู่ที่ร้อยละ 3.6[2] และยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 6 ของประเทศไทย[3] มีการดำเนินของโรคไปสู่ระยะสุดท้าย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องประมาณร้อยละ 15-20[2] เป็นโรคที่ไม่ติดต่อไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องเผชิญภาวะคุกคามต่อสุขภาพตลอดการเจ็บป่วย[4] ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายจะมีการเจ็บป่วยที่ระยะยาวนาน และมีความไม่แน่นอนในการดำเนินโรคจนถึงถึงวาระสุดท้ายเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเช่นเดียวกับการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของการกลัวความตาย (fear of death) การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญหน้ากับความตาย[5] ทำให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่แตกต่างจากโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังชนิดอื่น โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายต้องเผชิญต่อภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานยาวนานกว่า ทำให้ไม่สามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีภาระที่ค้างคาสิ่งที่ติดค้างคาใจไม่สามารถก้าวเข้าสู่มิติการตายดีได้[4]

การยอมรับความตาย จึงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ทำให้เกิดการตายไม่ดี ไม่มีการเตรียมตัววางแผนล่วงหน้าก่อนเสียชีวิตส่งผลต่อการดูแลในระยะสุดท้ายที่ดีตามความปรารถนาของผู้ป่วย ซึ่งการยอมรับความตายนั้นหมายถึงเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านความคิด คำพูด และการกระทำเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ครอบคลุม 2 มิติ ได้แก่ 1) การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ 2) การเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้นโดยในแต่ละระยะการรับรู้ความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปจากการศึกษา Pagels et al. (2015)[6] พบว่า ระยะที่ 1-3 ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นจะมีอาการเพียงเล็กน้อยจึงไม่มีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยที่ชัดเจนในการเผชิญปัญหาต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับความตาย ในระยะที่ 4-5 ในผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย อาการแสดงของโรคมาก จะมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและเข้าสู่ภาวะวิกฤตเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตตลอดการเจ็บป่วย หากไม่สามารถยอมรับได้ส่งผลมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[7] และชนิดการรักษาผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยจะคงอยู่ยาวนานกว่าผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางหน้าท้อง ญาณิน เงินศรีสุข และคณะ (2565)[8] และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มักขาดความสามารถในการตัดสินใจใด ๆ ในผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายมาก่อนล่วงหน้า ทำให้คุณภาพชีวิตก่อนตายลดลง ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และมีสิ่งที่ยังค้างคาใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

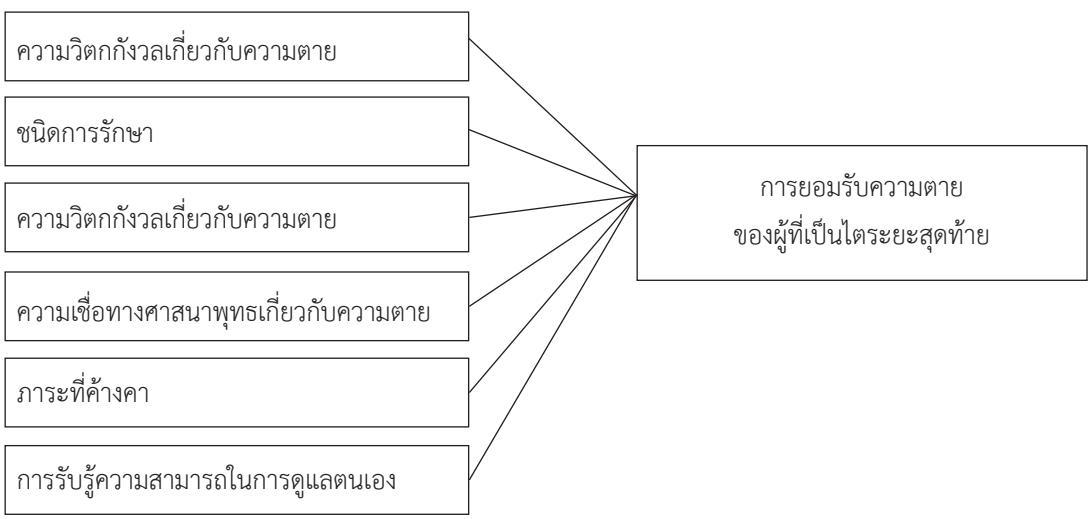
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายยังพบได้น้อย ในต่างประเทศพบเพียงการศึกษาที่สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความตายและการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายในการเผชิญภาวะวิกฤตขณะที่ยังมีชีวิต Molzahn (2012)[9] สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจากการศึกษาของ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)[10] พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคามีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.-61, r=-.39) และความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก (r=.41, r=.38) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเตรียมพร้อมรับความตายในผู้สูงอายุโรคไตระยะสุดท้ายของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)[11] พบว่า ความเชื่อ

ทางศาสนาพุทธมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้น ($r = .26$, $p < .01$) จากการศึกษายังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย ($r = 1.69$, $p < .05$) แต่ยังไม่พบการศึกษาการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย และเป็นเรื่องละเอียดอ่อนพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเชิงบวกในการสนับสนุนการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและยอมรับความตาย ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย เนื่องจากการยอมรับความตายเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านความคิด คำพูด และการกระทำเกี่ยวกับการจากไป ผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้จะแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางบวก คือ สามารถจัดการกับการตายที่ใกล้เข้ามาได้อย่างเหมาะสม รับรู้เข้าใจข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ยอมรับว่าความตายกำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง มีการเตรียมตัวสำหรับการตายเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวและพูดคุยเพื่อวางแผนการเผชิญกับความตายได้เหมาะสม ทำให้เกิดการตายดีตามมา ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความตายจะมีทิศทางในทางการแสดงพฤติกรรมในเชิงต่อรอง หลีกหนี ปกปิด หรือละเลยปัญหาถึงแม้จะรับรู้ถึงสภาวะที่เป็นอยู่แต่เลือกที่จะปฏิเสธ หรือหลีกหนีที่จะรับรู้ความตาย มีพฤติกรรมถอยหนี จากการรับรู้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับตนเอง ไม่พูดถึงสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยกับใคร ๆ และแยกตัว[12]

ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ อายุ[10] ชนิดการรักษา[13] ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย[10] ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย[10, 11] การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง[10] ภาระที่ค้างคา[10] โดยนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้มาพัฒนารูปแบบการจัดการและการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย เกิดการยอมรับความตาย และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการยอมรับความตาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวมที่สนับสนุนทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีการเตรียมตัวในการเผชิญกับความตายเป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในระยะยาวในการส่งเสริมให้เกิดการตายดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการยอมรับความตาย (Death Acceptance) ของ Thanasilp และคณะ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบคือ 1) การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ 2) การเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้นประเมินโดยใช้ (Buddhist Death Acceptance Scale; BDAS)[14] และการคัดสรรปัจจัยตัวแปรที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง [10, 11] และมีความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ



วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

3. ชนิดการรักษา มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้าย และมารับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้าย คือระยะที่ 5 และมีค่า eGFR < 15 (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่เข้ามารับบริการ ณ ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด Inclusion criteria มีดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตระยะสุดท้ายระยะที่ 5 มีค่า eGFR < 15 (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) และรับรู้ถึงภาวะของโรคในระยะไตเรื้อรังไม่น้อยกว่า 3 เดือน และได้รับการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ให้ผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้ายรับทราบว่า เป็นผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย

3. มีสติสัมปชัญญะดี กรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน Mini-Cog™ โดยมีคะแนนมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป

4. สื่อสารภาษาไทยได้ พูดคุยรู้เรื่อง นับถือศาสนาพุทธ

5. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

Exclusion criteria มีดังนี้

1. เกิดภาวะอาการแทรกซ้อนจากโรค จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น เหนื่อยหอบ

2. ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการปลูกถ่ายไต

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .26 จากการศึกษาของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)[11] โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ .80 (Polit & Beck, 2021) และขนาดของอิทธิพล (effect size) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย จึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐานที่ยอมรับกันในระดับสากลจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 113 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 125 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล คำนวณตามสัดส่วนของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้ายที่มารับบริการในเดือน (มิถุนายน 2567) จำนวนผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายในระยะที่ 5 ของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย มีประมาณ 500 คนต่อเดือน และศูนย์โรคไตและหน่วย

ไตเทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีประมาณ 1,000 คนต่อเดือนผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนประชากรโดยใช้สูตรการคำนวณ Proportion to size ดังนี้

$$\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาใช้บริการ	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
1. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ประมาณ 1,000 คน (มิถุนายน 2567)	(125×1,000) ÷ 1,500 = 84 คน
2. มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย	ประมาณ 500 คน (มิถุนายน 2567)	(125×500) ÷ 1,500 = 41 คน

จากการคำนวณทำให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยเก็บข้อมูลจำนวน 41 คน ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เก็บข้อมูลจำนวน 84 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 125 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (มีการแปลงแบบสอบถามเป็น google form)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เศรษฐานะของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ชนิดการรักษา ประสบการณ์ในการเผชิญเหตุการณ์เกี่ยวกับความตาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ แบบสอบถามการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale; BDAS)[14] ที่พัฒนามาจากแนวคิดเชิงพุทธร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ทั้งหมด 13 ข้อ ประเมินมิติการยอมรับความตาย 2 มิติ คือ การยอมรับกระบวนการตามธรรมชาติของความตาย จำนวน 9 ข้อ และเตรียมตัวรับมือกับความตายจำนวน 4 ข้อ ทั้งหมด 13 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนการยอมรับความตาย 1.00-2.00 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับต่ำ 2.01-3.00 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับปานกลาง 3.01-4.00 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับสูงมีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .92 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ของแบบสอบถาม เท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย[10] เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ประมาณค่า 3 ระดับ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 0-30 คะแนน มีระดับคะแนน 0-10 หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ 11-21 คะแนน หมายถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง และ 22-30 คะแนน หมายถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ของแบบสอบถามเท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ฉบับพัฒนา[15] เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล และคณะ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน จำนวน 13 ข้อ ประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-39 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 13-21 คะแนน หมายถึง มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 22-30 คะแนน หมายถึง มีระดับความเชื่ออยู่

ในระดับปานกลางและ 31-39 คะแนน หมายถึง มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .80

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาระที่ค้างคา ฉบับพัฒนา[10] มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับการแปลผลคะแนน นำคะแนนของทั้ง 6 ข้อ รวมกันได้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-24 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ 6-12 คะแนน หมายถึง มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับน้อย 13-19 คะแนน หมายถึง มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง 20-24 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับมาก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .73

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ฉบับภาษาไทยแปล[16] จาก General Perceived Self-Efficacy ของ Schwarzer ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ นำคะแนนรวมกันทั้ง 10 ข้อ ได้คะแนนอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน แบ่งเป็น 10-20 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ 21-31 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนองอยู่ในระดับปานกลาง 32-40 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .74 แบบสอบถามแต่ละชุดจากการคำนวณมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.7-0.9 (DeVellis, 2012)[17] จึงจะถือค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชเลขที่ COA 141/2567 ผู้เข้าร่วมทุกคนยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ติดต่อและชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พร้อมทั้งทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลที่ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับอนุญาตเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลในวันที่ 26 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยและในวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ที่ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียมคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและญาติ ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการวิจัย ขอความยินยอมและทำการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ รวมถึงอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลา 15-20 นาที โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้อง หรือบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว

3. การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ ตามแนวคิดของคูเบลอร์รอสส์[18] อยู่ในขั้นต่อรองหรือขั้นยอมรับเพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการยอมรับความตายถูกกล่าวถึงในขั้นสุดท้ายของปฏิกิริยาทางจิตใจต่อความตายดังนั้นการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความตายจึงควรประเมินสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้นต่อรองหรือขั้นยอมรับโดยการประเมินความพร้อมก่อนตอบแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกตการแสดงออกพฤติกรรมและคำพูด และนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ คือ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลตัวแปรปัจจัย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยและตัวแปรตามโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Peason's product moment correlation coefficient) โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์คือข้อมูลของตัวแปรทุกตัวที่ศึกษามีการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) โดยการแทนค่าตัวแปรปัจจัยชนิดการรักษาเป็นตัวแปรดัมมี่ (dummy variable) แทนค่าด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) = 0, การล้างไตทางช่องท้อง (PD) = 1 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ (Taylor, 1990) ดังนี้ ค่า r ระดับความสัมพันธ์

≤ ± 0.35 มีความสัมพันธ์กันต่ำ
± .36-.68 มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
± .69-1.00 มีความสัมพันธ์กันสูง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายจำนวน 125 คน อายุ อยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 46.40 มีอายุเฉลี่ย 58.32 ปี (SD = 14.51) เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.20 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.80 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44 อาศัยอยู่กับครอบครัวมีญาติและบุตรเป็นผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 36.80 เศรษฐานะพอมีพอใช้ ร้อยละ 56.80 โรคประจำตัวร่วมที่พบมากที่สุดสาม อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.40 รองลงมาคือ โรคหัวใจ ร้อยละ 55.20 และอันดับสามคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 34.50 และระยะโรคที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 5 ร้อยละ 97.6 ระยะเวลารักษาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72 มีประสบการณ์ที่พบเห็นเกี่ยวกับการตายและภาวะใกล้ตายของบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 99.20

ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำแนกตาม การยอมรับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (n = 125)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การยอมรับความตาย (DA)	13-52	25-44	39.20	5.16	สูง
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (ANX)	0-30	1-18	6.61	5.38	ต่ำ
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย (Beli)	13-39	22-39	36.14	3.55	สูง
ภาระที่ค้างคา (ALP)	6-24	6-23	13.27	5.08	ปานกลาง
การรับรู้ในความสามารถของตนเอง (SEL)	10-40	12-39	30.08	4.35	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับความตายในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.16 โดยการแปลผลระดับคะแนน 13-25 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับต่ำ 26-38 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับปานกลาง 39-52 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับสูง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.38 โดยการแปลผลระดับคะแนน 0-10 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ 11-21 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง 22-30 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.55 โดยมีการแปลผลระดับคะแนน 13-21 คะแนน มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 22-30 คะแนน มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง 31-39 คะแนน มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับสูง มีภาระที่ค้างคาในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.08 โดยการแปลผลระดับคะแนน 6-12 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับน้อย 13-19 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง 20-24 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับมาก และมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.35 โดยมีการแปลผลระดับคะแนน 10-20 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ 21-31 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 32-40 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่โรคเป็นไตระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .74$, $r = .77$, $r = .65$, $p<.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และ ภาระที่ค้างคา ($r = -.78$, $r = -.66$, $p<.05$) และชนิดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาระที่ค้างคา กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้าย (n = 125)

อายุ (Age)	การยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้าย
	r
อายุ (Age)	.74*
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย (Beli)	.77*
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (SEL)	.65*
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (ANX)	-.78*
ภาระที่ค้างคา (ALP)	-.66*
ชนิดการรักษา (Type)	-.067

* $p < .05$ r = ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เพียร์สัน

อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากขึ้น จะมีการยอมรับความตายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายมาก่อน ทำให้มีระดับการยอมรับความตายระดับสูง เป็นวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.40 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2006) พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลาย มีการมองโลกอย่างเข้าใจ ยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการศึกษาของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)[10] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้ายและผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเผชิญความตายได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้บริบทของเศรษฐานะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.80 พอมีพอใช้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Chan and you (2009)[19] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมตัวตายมากที่สุด ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญสนับสนุนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบในด้านเศรษฐกิจ ด้านการแก้ปัญหาต่าง ๆ มีส่วนช่วยในด้านจิตใจ มีการชักนำช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้รู้สึกอบอุ่นมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตแม้แต่การเตรียมตัวต่อการตาย หรือแม้กระทั่งการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ สุภาวดี วรพันธุ์ (2546)[20] ในการให้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความเป็นไปได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการยอมรับความตายอยู่ในระดับสูง โดยสถานที่การเก็บข้อมูลมีการดูแลของบุคลากรด้านสุขภาพในการให้ข้อมูลข่าวสารโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมชนิดแบบประคับประคองสอดคล้องกับนโยบายปีงบประมาณ 2566-2570 เป้าหมายพัฒนาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีและตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการดูแลตามความประสงค์ให้มีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิตให้เกิดการอยู่ดี และตายดี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)[21]

1.2 ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมาก จะมีการยอมรับความตายมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ร้อยละ 97.6 และรองลงมาคือมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.4 ความเชื่อทางทางศาสนาพุทธจะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของความตาย เนื่องจากหลักธรรมคำสอนทางศาสนาจะสอนถึงความจริงและธรรมชาติของชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายจึงมีผลทำให้บุคคลเกิดการยอมรับความ และการเผชิญกับความทุกข์ทรมาน การเปิดใจยอมรับเกี่ยวกับความตาย โดยการปฏิบัติตามหลักทางพุทธศาสนาเพื่อเพิ่มการมีสติในการเผชิญกับความตาย ศาสนาและความเชื่อมีผลในการส่งเสริมในกระบวนการรับรู้การยอมรับความตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)[11] ที่พบว่า ความเชื่อทางศาสนาอยู่ในระดับน้อย การยอมรับต่อความตายจะมีน้อย

1.3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมาก การยอมรับความตายมาก การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.4 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์พบเห็นเกี่ยวกับการตาย มีค่าเฉลี่ยรายข้อแบบสอบถามที่ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีการจัดการกับปัญหาสิ่งต่าง ๆ ได้เสมอ ไม่ว่าปัญหานั้นจะมาในรูปแบบไหนเป็นด้านที่พบมากที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงบวกต่อตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจและประเมินความสามารถของตนเองในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ (Bandura, 1997)[22] ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูง สามารถที่จะปรับตัวทางด้านจิตใจพร้อมที่เผชิญและยอมรับความตายได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ กระโพธิ์ และคณะ (2561)[10] การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมาก การยอมรับความตายมากขึ้น

1.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายกล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคไตะยะสุดท้ายที่มีความวิตกกังวลน้อย จะมีการยอมรับความตายมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มีประสบการณ์ที่พบเห็นและเผชิญกับความตาย ร้อยละ 99.20 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ ร้อยละ 73.6 และส่วนมากจะมีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้ายตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายได้รับการรักษามาเป็นเวลานานในระยะเวลาหนึ่ง ส่งผลให้มีการเผชิญและปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่มีความเข้าใจว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และได้รับข้อมูลโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้สามารถปรับจิตใจกระบวนการคิดให้เกิดการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และไม่เกิดความวิตกกังวลหรือกลัวความตายเพราะเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญ (วรรษมน บูรณรัช, 2556)[23] สอดคล้องการศึกษาของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)[11] พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตระยะสุดท้าย และจากการศึกษา มะลิวรรณ กระโพธิ์ และคณะ (2561)[10] ในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการยอมรับความตาย นอกจากนี้ การที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงขึ้น มีความต้องการรักษาที่ยื้อชีวิตมากขึ้น และมีการเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้นน้อยลง

1.5 ภาระที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่มีภาระที่ค้างคามาก การยอมรับความตายน้อย มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีความเชื่อทางศาสนาพุทธในระดับสูง และผ่านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 36.80 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44 เศรษฐานะของครอบครัวพอมีพอใช้ อาศัยอยู่กับครอบครัวและญาติ อธิบายได้ว่า เกิดการยอมรับสภาพเมื่อได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มาระยะหนึ่งและปล่อยวางได้ วรรษมน บูรณรัช (2556)[23] โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มีภาระที่ยังค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ไม่ได้วางเป้าหมายหรือความคาดหวังในชีวิตไว้มากโดยอยู่กับปัจจุบันในแต่ละวันให้ดีที่สุด ไม่ได้มองว่าความตายเป็นสิ่งที่ไปในทิศทางที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียหรือผิดหวังพลาดโอกาส จึงส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ไม่รู้สึกคับข้องใจเสียใจ เสียใจ หดหู่หรือปฏิเสธในความตาย ส่งผลให้เกิดการยอมรับความตายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ

กระโพธิ์ และคณะ (2561)[10] การยอมรับความตายได้คือการไม่มีภาระค้างคาหรือภาระค้างคาน้อยลง

1.6 ชนิดการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ในการศึกษาครั้งนี้ ชนิดการรักษาที่ได้รับคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 63 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.40 และการล้างไตแบบต่อเนื่องทางช่องท้อง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 49.60 (mean = .50, SD= .50) อธิบายได้ว่าชนิดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตาย ซึ่งเป็นวิธีใช้ในการรักษาดูแลมุ่งเน้นในด้านทางร่างกาย แต่ไม่ได้ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวทางจิตใจ ชนิดการรักษาจึงไม่ได้เป็นปัจจัยโดยตรงที่ส่งผลต่อการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้าย และชนิดการรักษาที่แตกต่างกันไม่ได้ส่งผลต่อการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้ายที่ต่างกัน ซึ่งผลกระทบในการเผชิญต่อโรคระยะเวลาไม่แตกต่าง ปัจจุบันทั้ง 2 ชนิดการรักษาและการเข้าถึงบริการการรักษาได้มากขึ้นทำให้ประชาชนมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวสามารถปรับตัวเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ วนิดา วิชัยศักดิ์ และคณะ (2561)[24] ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันระหว่างชนิดการรักษาทั้งสองชนิด Sayin et al. (2007)[25] สอดคล้องกับการศึกษา มัณฑนา เพชรคำ และคณะ (2563)[26] พบว่าองค์ประกอบด้านความผาสุกของจิตใจ และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การแบบสอบถามใน google form นั้นอาจมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุผู้วิจัยจึงต้องเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างและในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองและเก็บกลุ่มตัวอย่างทีละคนเนื่องจากข้อคำถามเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและความรู้สึกจึงต้องใช้เวลานานขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และเพิ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกทางด้านศาสนาพุทธในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายเกิดการยอมรับความตาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการศึกษาที่ได้เป็นฐานข้อมูลให้ศึกษาวิจัยต่อในปัจจัยในด้านชนิดการรักษาต่อและด้านอื่น ๆ

1. ศึกษาปัจจัยทำนายในการพัฒนาส่งเสริมการพยาบาลเกี่ยวกับการยอมรับความตาย

2. พัฒนาองค์ความรู้ในการศึกษาระยะยาวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำปัจจัยความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมแนวทางปฏิบัติ CPG (clinical practice guideline) ในการส่งเสริมดูแลผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายให้เกิดการยอมรับความตายเพื่อส่งเสริมการตายดี (Good Death) ต่อไป

References

1. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guidelines for hemodialysis. Bangkok: Text and Journal Publication Co., Ltd; 2022.
2. Satirapoj B, Tantiyavarong P, Chuasuwan A, Lumpaopong A, Limbutara K, Kiattilunthorn K, et al. Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2023: Epidemiology and Trends in Incident Dialysis Patients. J Nephrol Soc Thailand [Internet]. 2025 Apr 4 [cited 2025 Dec 3];29(2):[about 14 p.]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNST/article/view/277563/187384
3. Fresenius Medical Care. 2018 annual medical report going further, faster: Translating science into practice [Internet]. Waltham (MA): Fresenius Medical Care North America; 2018 [cited 2025 Dec 7]. Available from: newsroom.fmcna.com.
4. Department of Disease Control, Non-Communicable Disease Division. Epidemiology and review of chronic kidney disease prevention measures. Bangkok: Population-Level Policy Development Group; 2022.
5. Arkhayakorn L. Acceptance of death. Chulalongkorn Med J. 2018; 62(5): 761–72. (In Thai)
6. Pagels AA, Söderquist BK, Heiwe S. Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease. J Ren Care. 2015; 41(3): 146-55.
7. Muksiritipanun B, Pongsathornwiboon K, Suwith B, Chansuwan A, Wongrosatrai Y. Spiritual well-being and essential needs in end-stage renal disease patients at Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Songklanagarind J Nurs. 2018; 38(1): 63-76.
8. Yanin N, Tipaporn W, Jiraporn T. Illness representation and end-of-life coping in patients with end-stage renal disease. Nurs J CMU. 2022 Jul-Sep; 49(3): 95-108. (In Thai)
9. Molzahn A, Sheilds L, Bruce A, Stajduhar KI, Makaroff KS, Beuthin R, et al. Perceptions regarding death and dying of individuals with chronic kidney disease. Nephrol Nurs J. 2012; 39(3): 197.
10. Krapho M, Chimluang C. Factors related to death acceptance in patients with advanced cancer [master's thesis]. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2018.
11. Yimniam A. Factors related to death preparation behaviors among elderly end-stage chronic kidney disease patients in Chachoengsao Province [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2023.
12. Kübler-Ross E. On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. New York: Simon & Schuster; 1997
13. Phudibut K, Khamsa S,Oradee O. The survival rate of end-stage renal disease patients receiving renal replacement therapy at

Yang Talat Hospital, Kalasin Province. Srinagarind Med J. 2022; 37(1): 49-55

14. Akkayagom L, Suwannapong K, Long NH, Chimluang J, Upasen R, et al. Development and psychometric testing of the Buddhist Death Acceptance Scale. Pac Rim Int J Nurs Res. 2020; 24(4).
15. RungsKosai S, Pipatvanitcha N, Paokanha R. Factors related to preparation behaviors for facing terminal illness and death among elderly in the elderly club of Pattani Province. Songklanagarind J Nurs. 2013; 33(1): 43-56.
16. Sukmak W, Sirisuntorn A, Meena P. Reliability of the self-efficacy perception questionnaire. J Psychiatr Assoc Thailand. 2002; 47(1): 36.
17. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage publications; 2012.
18. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Macmillan; 1969
19. Chan CK, Yau MK. Death preparation among the ethnic Chinese well-elderly in Singapore: an exploratory study. Omega J Death Dying. 2009; 60(3): 225-39.
20. Supawadee W. Factors affecting advance directives for the right to a peaceful death at the end of life in the elderly. [master's thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2003.
21. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Manual of palliative and end-of-life care (for medical personnel).Nonthaburi: Department of Medical Services; 2020
22. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997.
23. Buranarat W. Perspectives on terminal illness and death of patients with severe diseases under palliative care [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
24. Vichaisak W, Lueboonthavatchai P, Avihingsanon Y. Comparative study of quality of life between end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis and those who underwent kidney transplantation at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chulalongkorn Med J. 2018; 62(1): 89-105.
25. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplant Proc. 2007; 39(10): 3047-53.
26. Phetkham M, Phetkham L, Intholo S. [Comparison of quality of life between end-stage renal disease patients treated with peritoneal dialysis and hemodialysis at Somdejphrajaoyuparaj Sawangdaendin Hospital]. Journal of Nursing and Health Care. 2020; 38(1): 137-46.

บทความวิจัย

การประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามโดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model

อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์* ถิรนันท์ ทิพย์ชาติ** อาริยา สอนบุญ*** เลอลักษณ์ แทนเกษม* จตุพร จำรองเพ็ง*
พรทิพย์ เวียงสมุทร**** อภิสิทธิ์ จันทร์เกตุ****
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยเชิงพรรณนาแบบผสานวิธี*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นิสิตพยาบาล อาจารย์ประจำหลักสูตรฯ ผู้บริหาร ศิษย์เก่า และผู้ใช้บัณฑิต เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา*

ผลการวิจัย: *พบว่าคุณภาพของหลักสูตรอยู่ในระดับ "ดีมาก" ด้านบริบท ($\bar{X}$= 4.46, SD = .41) ด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X}$= 4.35, SD = .42) ด้านกระบวนการ ($\bar{X}$= 4.63, SD = .45) และ ด้านผลผลิต ($\bar{X}$= 4.53, SD = .39) ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับมาก ($\bar{X}$= 4.13, SD = .59) สะท้อนว่าหลักสูตรฯ มีความเหมาะสม มีประสิทธิผลสูง และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต*

สรุป: *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร กระบวนการเรียนรู้ และผลลัพธ์ทางวิชาชีพ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ การพัฒนาศักยภาพอาจารย์และนิสิตด้านเทคโนโลยีดิจิทัล การสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสุขภาพ และการประเมินคุณภาพหลักสูตรตามกรอบ CIPP อย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับมาตรฐานการศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลและรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในอนาคต*

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตร/ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต/ CIPP Model/ คุณภาพและประสิทธิผลของหลักสูตรการศึกษาพยาบาล

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 76-89

* ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
E-mail: Umaporn.k@msu.ac.th
** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
**** นักวิชาการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

An Evaluation of the Quality and Effectiveness of the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum 2019) at the Faculty of Nursing, Mahasarakham University Based on the CIPP Model

Umaporn Kuasit* Thiranun Tipchart** Ariya Sornboon*** Lerluk Tankasem**
Jatuporn Pengchai*** Pornthip Weansmut**** Apisit Chanket****

Abstract

Objective: *To evaluate the quality and effectiveness of the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum 2019) at the Faculty of Nursing, Mahasarakham University using the CIPP Model framework, which includes four components: Context, Input, Process, and Product.*

Research Design: *A descriptive mixed-methods research design was applied.*

Methods: *Participants included nursing students, faculty members, administrators, alumni, and employers. Research instruments comprised a questionnaire and a semi-structured interview guide. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics—mean and standard deviation while qualitative data were analyzed using content analysis.*

Results: *The overall quality of the program was rated as "very good" across all dimensions, with mean scores of 4.46 (SD = 0.41) for context, 4.35 (SD = 0.42) for input, 4.63 (SD = 0.45) for process, and 4.53 (SD = 0.39) for product. Stakeholder satisfaction was at a high level 4.13 (SD = 0.59), reflecting the program's relevance, effectiveness, and responsiveness to the needs of graduates and employers.*

Conclusion: *The program demonstrated strong readiness in faculty competency, teaching-learning processes, and graduate outcomes. Policy recommendations include developing digital and innovation competencies among faculty and students, strengthening collaboration with healthcare service networks, and applying continuous CIPP-based curriculum evaluation to enhance nursing education quality in line with international standards and the evolving healthcare system.*

Keywords: Curriculum Evaluation/ Bachelor of Nursing Science Program/ CIPP Model/ Curriculum Quality and Effectiveness Nursing Education

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 76-89

Article info: received Jan 12, 2025; revised October 28, 2025; November 18, 2025

* Corresponding author, Assistant professor, The Faculty of Nursing, Mahasarakham University
E-mail: Corresponding e-mail: Umaporn.k@msu.ac.th
** Instructor, the Faculty of Nursing, Mahasarakham University
*** Assistant professor, The Faculty of Nursing, Mahasarakham University
**** Academic staff, The Faculty of Nursing, Mahasarakham University

บทนำ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นเครื่องมือสำคัญในการผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมและระบบสุขภาพการประเมินหลักสูตรเป็นกระบวนการสำคัญในการรับรองคุณภาพการศึกษาและความสอดคล้องกับมาตรฐานระดับชาติ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (TQF) และข้อกำหนดของสภาการพยาบาล[1] การประเมินในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ซึ่งเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์หลักสูตรในทุกมิติ[2] หลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2563 ได้กำหนดว่าหลักสูตรจะต้องมีปรัชญาและวัตถุประสงค์โดยมุ่งให้การผลิตบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาให้มีความรอบรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สถาบันการผลิตพยาบาลจะต้องมีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาของหลักสูตรที่กำหนดและมีการพัฒนาหลักสูตรให้มีความทันสมัย มีการประเมินและรายงานผลการดำเนินการของหลักสูตรทุกปีการศึกษาเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยตามรอบระยะเวลาของหลักสูตร หรือทุกรอบ 5 ปี[3]

คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อมุ่งผลิตพยาบาลวิชาชีพที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย ทุกภาวะสุขภาพ ทุกระดับของสถานบริการทางสุขภาพและตามความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีของประเทศและสังคมโลก[1] ซึ่งสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวกลุ่มบุคคลและชุมชน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นหลักสูตรระดับปริญญาตรีทางวิชาชีพ (Professional Degree) ภายใต้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2558 และมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 มีจำนวนหน่วยกิตรวมทั้งสิ้น 133 หน่วยกิต แบ่งเป็นหมวดวิชาศึกษาทั่วไป หมวดวิชาเฉพาะ และหมวดวิชาเลือกเสรี โดยมุ่งผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยคุณสมบัติของผู้เข้าศึกษากำหนดให้เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ หรือเทียบเท่า มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง และมีบุคลิกภาพเหมาะสมต่อการประกอบวิชาชีพพยาบาล การจัดการเรียนการสอนใช้ภาษาไทยเป็นหลักและเน้นการเรียนรู้เชิงบูรณาการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยสอดคล้องกับกรอบ Outcome-Based Education (OBE) ที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะของบัณฑิตตามผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes) ที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะและคุณลักษณะดังนี้ 1) มีความรอบรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล 2) ให้การพยาบาลองค์รวมอย่างมีจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยต่อผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัวกลุ่มคน และชุมชน 3) ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 4) ทำงานเป็นทีมทั้งในบทบาทผู้นำ และสมาชิกทีมอย่างมีความรับผิดชอบทั้งต่อหน้าที่ ต่อตนเอง องค์การ และสังคม 5) มีความเอื้ออาทร เคารพต่อสิทธิและความแตกต่างของผู้อื่น คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีคุณธรรมจริยธรรมเป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตย 6) วิเคราะห์แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบสร้างสรรค์อย่างมีเหตุผลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ 7) มีทักษะในการสื่อสารทั้งภาษาไทย

ภาษาอังกฤษ และสื่อสารได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ 8) สามารถใช้กระบวนการวิจัยและกระบวนการสร้างนวัตกรรมในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและทางสุขภาพ 9) สามารถใช้การวิเคราะห์ทางคณิตศาสตร์และสถิติอย่างเหมาะสม 10) แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพและสิทธิของตนเอง 11) มุ่งผลิตบัณฑิตให้มีความรอบรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เน้นความรู้ สมรรถนะ และทักษะด้านวิชาชีพตามข้อกำหนดของมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล มีสมรรถนะและทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยผ่านการฝึกปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการพยาบาล ห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง และฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงทั้งสถานบริการทางสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชนทุกระดับบริการ[4] เป็นไปตามมาตรฐานของการศึกษาพยาบาลศาสตร์ของสถาบัน

การประเมินหลักสูตรโดยใช้ CIPP Model (Context, Input, Process, Product) เป็นแนวทางที่สำคัญในการประกันคุณภาพการศึกษา เนื่องจากช่วยให้เห็นทั้งบริบทของหลักสูตร ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตที่เกิดขึ้นอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะด้าน ปัจจัยนำเข้า (Input) ที่ครอบคลุมคุณสมบัติของผู้เข้าศึกษา โครงสร้างหลักสูตร 133 หน่วยกิต และหมวดวิชาที่ประกอบด้วยหมวดศึกษาทั่วไป หมวดวิชาเฉพาะ และหมวดวิชาเลือกเสรี ซึ่งทั้งหมดสะท้อนถึงความพร้อมของทรัพยากรในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ ดังนั้นการใช้กรอบ CIPP Model มาเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมต่อการประเมินหลักสูตรการศึกษาที่มีองค์ประกอบหลายมิติ เช่น หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีทั้งด้านวิชาการ การฝึกปฏิบัติ และผลลัพธ์เชิงวิชาชีพ เพราะสามารถสะท้อนให้เห็น “จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการพัฒนา” ของหลักสูตรได้อย่างรอบด้าน นอกจากนี้จากสถานการณ์ปัญหาของสุขภาพที่ซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในประเทศมีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้สถาบันการศึกษาด้านการพยาบาลจึงมีแนวโน้มการพัฒนาหลักสูตรในยุคใหม่ให้สอดคล้องกับความต้องการคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต ดังนั้นความสำคัญกับการจัดการเรียนรู้แบบ Outcome-Based Education (OBE) ซึ่งมุ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes) ที่วัดได้จริง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ดังนั้นการใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ในการประเมินหลักสูตร จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการพัฒนาหลักสูตรให้มีประสิทธิผลสูงสุดตามที่ประกาศของการประเมินหลักสูตรถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรตามกรอบมาตรฐานอุดมศึกษาสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มเน้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยเด็ก รวมถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ส่งผลให้บทบาทของพยาบาลต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการทบทวนและประเมินหลักสูตร ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับหลักสูตรที่เปิดสอนว่าจะต้องมีการปรับปรุงหลักสูตรทุก 5 ปี[5] โดยใช้วิธีการประเมินสถาบันจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ว่าจะเป็นนักศึกษา ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์ผู้สอนเพื่อวิเคราะห์จุดเด่นจุดด้อยและการบริหารหลักสูตร การมีข้อมูลผลการประเมินหลักสูตรจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการปรับปรุงกระบวนการบริหารหลักสูตร ระหว่างการใช้หลักสูตรนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพและวัดระดับของคุณภาพหลักสูตรว่าบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) โดยนำกรอบแนวคิดของ CIPP

model[2] มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินหลักสูตร เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า ผู้เรียน และอาจารย์ผู้สอนทั้งในและนอกสถาบันที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลักสูตรตามเกณฑ์ของหลักสูตรและผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรที่ดีและเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของสังคมที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model (Context, Input, Process, Product) ของ Stufflebeam (2007)[2] ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดการประเมินเชิงระบบที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยพื้นฐาน ทรัพยากร กระบวนการดำเนินการ และผลลัพธ์ของหลักสูตร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านบริบท (Context Evaluation) การประเมินด้านบริบทมุ่งศึกษาความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์ และผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรกับความต้องการของสังคมและมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล รวมถึงการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ประเมินความพร้อมของทรัพยากรที่สนับสนุนการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ คุณสมบัติของผู้เข้าศึกษา (สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายสายวิทย์-คณิต สุขภาพดี มีบุคลิกเหมาะสมกับวิชาชีพ) โครงสร้างหลักสูตร จำนวน 133 หน่วยกิต แบ่งเป็น หมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะ 97 หน่วยกิต (แกนและเฉพาะทางพยาบาล) หมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต คุณสมบัติของคณาจารย์ (คุณวุฒิทางการศึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ) สื่อ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการเรียนรู้ เช่น ห้องปฏิบัติการทางพยาบาล ห้องจำลองสถานการณ์ (Simulation Lab) และห้องศึกษาด้วยตนเอง

3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เน้นการจัดการเรียนการสอนตามแนวทาง Outcome-Based Education (OBE) ที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนให้บรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes) ของหลักสูตร โดยใช้วิธีการเรียนรู้แบบ Active Learning, Problem-Based Learning, และการเรียนรู้ร่วมกับสหวิชาชีพ (Interprofessional Education) รวมถึงการประเมินผลอย่างต่อเนื่องและมีระบบติดตามคุณภาพการเรียนการสอน

4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation) ประเมินคุณภาพของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (TQF) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความรับผิดชอบ คุณธรรม จริยธรรม การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตและผลการประเมินสมรรถนะวิชาชีพพยาบาล

ผลการประเมินตามกรอบแนวคิดนี้จะให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับจุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุงของหลักสูตร ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรในอนาคตให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและผู้ใช้บัณฑิตได้อย่างแท้จริง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสาน (Mixed

Methods Research) โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ประกอบด้วย 1) การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อประเมินคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์มาตรฐาน และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง นิสิต ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 รวม 120 คน บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้แก่ ผู้บริหารในคณะ 6 คน ได้แก่ คณบดี รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รองคณบดีฝ่ายบริหารและแผน รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพ อาจารย์ผู้สอนในคณะ 6 คน ได้แก่ ตัวแทนจากสาขาวิชาละ 1 คน บุคลากรสายสนับสนุนฝ่ายวิชาการ 2 คน รวม 10 คน บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2565 จำนวน 10 คน (เก็บข้อมูลช่วงเดือน มิ.ย. 2566) ผู้ใช้บัณฑิตจากองค์กรภายนอกที่มีศิษย์เก่าสำเร็จการศึกษา จำนวน 10 คน จากแหล่งฝึกหลักของหลักสูตร ในแต่ละสาขาวิชา 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการประเมินหลักสูตรที่มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.94 และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินหลักสูตรที่ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 ด้านบริบทของหลักสูตร ประกอบด้วย ประเมินบริบทของหลักสูตรฯ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อปรัชญาของหลักสูตร วัตถุประสงค์ โครงสร้างของหลักสูตร และเนื้อหาของรายวิชา

2.2 ด้านปัจจัยการนำเข้าของหลักสูตร ประกอบด้วย การแสดงความคิดเห็นต่อ ประเมินปัจจัยนำเข้าของหลักสูตร ได้แก่ นิสิต อาจารย์ ผู้บริหาร สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ คุณลักษณะของอาจารย์และนิสิต และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ของนิสิต

2.3 กระบวนการของหลักสูตร ประกอบด้วย ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารหลักสูตร การวัดและการประเมินผล การประเมินสมรรถนะของนิสิตในแต่ละชั้นปีตามเกณฑ์ของหลักสูตร การดำเนินการของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กิจกรรมการพัฒนาส่งเสริมนิสิต กระบวนการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตร การวัดและการประเมินผลของหลักสูตร

2.4 ด้านผลผลิตของหลักสูตร ประกอบด้วย ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตทั้ง 6 ด้านตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ (TQF) และการประกันคุณภาพระดับหลักสูตรภายใน (IQA)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย ในการวิเคราะห์บริบทของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นิสิต อาจารย์ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (รหัสโครงการ MSU-027/2566) จากนั้นเสนอขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บจากนิสิตและอาจารย์ประจำหลักสูตร โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.8) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.94 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บจากผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากรสายวิชาการ นิสิต ศิษย์เก่า และผู้ใช้บัณฑิต โดยใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของประเด็นคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บอย่างเป็นระบบ ภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัย โดยรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำผลการวิเคราะห์ไปใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพหลักสูตรเท่านั้น

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วม

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ MSU-027/2566 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาหัวข้อ "การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม" โดยขอความร่วมมือให้บุตรหลานของท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินหลักสูตร ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการตอบบางข้อหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ รายงานเฉพาะผลรวมในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะไม่ถูกเปิดเผยในลักษณะระบุตัวบุคคล และผลการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้ดียิ่งขึ้น หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจากองค์ประกอบการประเมินตามกรอบแนวคิดของ CIPP model 4 องค์ประกอบ โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ด้านบริบทของหลักสูตร

การประเมินบริบทของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) พิจารณาจากความคิดเห็นต่อปรัชญา วัตถุประสงค์ โครงสร้างและเนื้อหาของรายวิชา พบว่า หลักสูตรมีความสอดคล้องกับข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ที่กำหนดให้การจัดการศึกษาวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ต้องมุ่งผลิตบัณฑิตที่มีความรอบรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีจิตสำนึกแห่งความเป็นมนุษย์และจรรยาบรรณวิชาชีพ ผลการประเมินด้านบริบทมีค่าเฉลี่ย 4.46 (ระดับดีมาก) สะท้อนว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมกับสถานการณ์สุขภาพปัจจุบัน โดยเฉพาะการตอบสนองต่อความต้องการของสังคมด้านการดูแลประชากรสูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการจัดการสุขภาพในยุคดิจิทัล นอกจากนี้ สถาบันมีระบบประกันคุณภาพการศึกษาที่เข้มแข็ง มีการประเมินและรายงานผลการดำเนินงานของหลักสูตรเป็นประจำทุกปี และปรับปรุงหลักสูตรอย่างน้อยทุก 5 ปี เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าหลักสูตรดังกล่าวมีความยืดหยุ่นและทันสมัย สามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะตรงตามความต้องการของประเทศ บูรณาการงานวิจัย บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมเข้ากับการเรียนการสอน ข้อเสนอแนะเชิงวิเคราะห์ เพื่อเพิ่มศักยภาพของหลักสูตรในอนาคต ควรปรับโครงสร้างรายวิชาให้ครอบคลุมการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ และการพัฒนา Soft Skills เช่น การสื่อสาร

ระหว่างวิชาชีพและการคิดเชิงนวัตกรรม เพื่อให้บัณฑิตสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิผลในระบบสุขภาพยุคใหม่

ด้านปัจจัยการนำเข้าของหลักสูตร

การวิเคราะห์ทรัพยากรที่สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร นิสิต และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พบว่า มหาวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์มีการกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ รวมถึงการประเมินสมรรถนะนิสิตตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง คณาจารย์ มีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา ได้รับการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีตำแหน่งทางวิชาการ ได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาต่อและทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการสอน นิสิตพยาบาลได้รับการสนับสนุนทั้งด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เช่น การประเมินสุขภาพจิตประจำเทอม การจัดหาหอพักใกล้แหล่งฝึกปฏิบัติ และมีช่องทางสื่อสารกับอาจารย์ที่ปรึกษาผ่านกลุ่มไลน์หรือระบบให้คำปรึกษาเป็นระยะสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ มีความเพียงพอและทันสมัย ห้องเรียนและห้องปฏิบัติการติดตั้งคอมพิวเตอร์ โสตทัศนูปกรณ์และระบบจองห้องออนไลน์ มีเจ้าหน้าที่ดูแลด้านเทคนิคตลอดเวลา คณะฯ มีห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง (Simulation Lab) ที่ครอบคลุมทุกวิชาการพยาบาล เช่น หุ่นฝึกคลอด หุ่นตรวจปากมดลูก และห้องจำลองสถานการณ์ (Simulation Table) รวมถึงห้องศึกษาด้วยตนเอง ห้องคอมพิวเตอร์ และ Study Lounge เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก

จากการสำรวจความต้องการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการเข้าศึกษาศึกษาต่อคณะพยาบาลศาสตร์ ตามระบบ TCAS รอบที่ 1 Portfolio จำนวน 63 คน ร้อยละ 48.5 รองลงมา รอบที่ 2 โควตา จำนวน 41 คน ร้อยละ 31.5 และรอบที่ 3 Admissions จำนวน 22 คน ร้อยละ 16.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) และส่วนใหญ่มีเหตุผลในการเลือกเข้าศึกษา คือ มีความมั่นคงในอาชีพ จำนวน 103 คน ร้อยละ 79.2 รองลงมา เพื่อความภาคภูมิใจของตนเองที่ได้เรียนในคณะที่มีความมั่นคงทางอาชีพ จำนวน 76 คน ร้อยละ 58.5 และ เพื่อความภาคภูมิใจของบิดา มารดา จำนวน 53 คน ร้อยละ 40.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ด้านกระบวนการของหลักสูตร พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการ ระดับดีมาก 4.63 (SD = .49) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของกระบวนการบริหารจัดการและการจัดการเรียนการสอน มีการกำกับและติดตามการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ รวมถึงการประเมินสมรรถนะนิสิตตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระบบ TCAS (n = 130)

ระบบ TCAS	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
รอบที่ 1 Portfolio	63	48.5
รอบที่ 2 โควตา	41	31.5
รอบที่ 3 Admissions	22	16.9
รอบที่ 4 Direct Admission	4	3.1
รวม	130	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลในการศึกษาต่อ (n = 130) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหตุผลในการศึกษาต่อคณะพยาบาลศาสตร์	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
มีความมั่นคงในอาชีพ	103	79.2
เพื่อความภาคภูมิใจของตนเองที่ได้เรียนในคณะที่มีความมั่นคงทางอาชีพ	76	58.5
เพื่อความภาคภูมิใจของบิดา มารดา	53	40.8
เป็นความต้องการของสังคม	50	38.5
ต้องการเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ	46	35.4
มีโอกาสรู้จักเพื่อนใหม่ ๆ	45	34.6
ต้องการสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี	40	30.8

การบริหารหลักสูตร การวัดและการประเมินผล กระบวนการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตร การดำเนินการของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กิจกรรมการพัฒนาส่งเสริมนิสิต ใช้วิธีการสอนที่ทันสมัย เช่น Problem-Based Learning และ Inter-professional Education เพื่อพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 มีกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมตามอัตลักษณ์ของหลักสูตร เช่น การช่วยเหลือสังคมและชุมชน

ด้านผลลัพธ์ของหลักสูตร การวัดผลสำเร็จของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) พิจารณาจากสมรรถนะของบัณฑิตและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า บัณฑิตมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) คุณธรรมจริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะพิเศษทางวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการคิดวิเคราะห์ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่ตอบสนองต่อระบบสุขภาพยุคใหม่ ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับหลักสูตร (IQA) อยู่ในระดับ “ดีมาก” ทุกองค์ประกอบ โดยมีค่าเฉลี่ยความสำเร็จตามตัวบ่งชี้ร้อยละ 93.75 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้หลักสูตรได้รับความเห็นชอบจากสภาการพยาบาลเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2562 และสภามหาวิทยาลัยเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2562 ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตร-บัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง ปี 2562) สรุปผลการศึกษาผลการประเมินหลักสูตรที่ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่

บริบทของหลักสูตร (Context Evaluation) ความคิดเห็นต่อปรัชญาของหลักสูตร วัตถุประสงค์ โครงสร้างของหลักสูตร และเนื้อหาของรายวิชาของหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ ได้กำหนดว่าหลักสูตรจะต้องมีปรัชญา และวัตถุประสงค์โดยมุ่งให้การผลิตบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาให้มีความรอบรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยสถาบันการผลิตพยาบาลจะต้องมีระบบการประกันคุณภาพ

การศึกษาของหลักสูตรที่กำหนดและมีการพัฒนาหลักสูตรให้มีความทันสมัยโดยมีการประเมินและรายงานผลการดำเนินการของหลักสูตรทุกปีการศึกษาในแต่ละหลักสูตรที่มีความสำคัญในการปรับปรุงหลักสูตรเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยตามรอบระยะเวลาของหลักสูตร หรือทุกรอบ 5 ปี ให้มีความเหมาะสมในแต่ละบริบท[6] หลักสูตรฯ พัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ภายนอก และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยผลิตบัณฑิตพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการของประเทศและมีสมรรถนะทางการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน บูรณาการการวิจัย บริการวิชาการที่สร้างความเข้มแข็งของชุมชน และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมเข้ากับการจัดการเรียนการสอน ภายใต้ปณิธานของคณะในการสร้างคน สร้างปัญญา สร้างศรัทธา และสร้างชุมชน โดยมุ่งให้การผลิตบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรมุ่งเน้นการผลิตพยาบาลที่มีความรอบรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ มีคุณธรรมและจรรยาบรรณ พร้อมให้บริการในสถานการณ์ที่หลากหลาย[7]

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ โครงสร้างหลักสูตรครอบคลุมทุกศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้สูงอายุ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานพยาบาล เนื้อหามีความทันสมัยและเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ[8] โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาให้มีความรอบรู้ และการคิดวิเคราะห์[9] ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติโดยสถาบันการผลิตพยาบาลจะต้องมีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาของหลักสูตร[10] ที่กำหนดและมีการพัฒนาหลักสูตรให้มีความทันสมัยโดยมีการประเมินและรายงานผลการดำเนินการของหลักสูตรทุกปีการศึกษาเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยตามรอบระยะเวลาของหลักสูตร หรือทุกรอบ 5 ปี หลักสูตรนี้พัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ภายนอก และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน[11] ผลการประเมินด้านบริบทของหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562) มีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X}$ = 4.46) สะท้อนว่าหลักสูตรมีความสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพไทยในยุคปัจจุบันที่เผชิญการเปลี่ยนแปลงทางประชากร การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรัง[12, 13] หลักสูตรมุ่งผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพครบถ้วน ทั้งด้านทักษะการพยาบาล จริยธรรม และความสามารถในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย การวิเคราะห์เชิงลึกพบว่า หลักสูตรยังสามารถเพิ่มการบูรณาการรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ รวมถึง สุขภาพจิตและสังคมในยุคดิจิทัล เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางนโยบายสุขภาพแห่งชาติและมาตรฐานการศึกษาพยาบาลสากล[9, 14] การพัฒนาในมิตินี้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่เน้นการสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง[15]

ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

ผลการประเมินครอบคลุมองค์ประกอบด้านนิสิต อาจารย์ ผู้บริหาร และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พบว่า นักเรียนมัธยมปลายให้ความสนใจศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามสูงถึงร้อยละ 44.6 โดยระบบรับสมัครที่นิยมมากที่สุดคือ รอบที่ 1 (Portfolio) ร้อยละ 48.5 สอดคล้องกับข้อมูลปีการศึกษา 2566 ที่มีผู้สมัครในรอบนี้ถึง 1,928 คน มากที่สุดในมหาวิทยาลัย แสดงถึงภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นในคุณภาพหลักสูตรเหตุผลหลักในการเลือกเรียน คือ ความมั่นคงในอาชีพ (ร้อยละ 79.2) และความภาคภูมิใจในวิชาชีพ (ร้อยละ 58.5) สอดคล้องกับพรทิพย์ อนันตกุล และพวงผกา อินเอี่ยม[15] พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพหลักสูตรเป็นตัวกำหนดสำคัญต่อการตัดสินใจเข้าศึกษา โดยปัจจัยด้านหลักสูตรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือสถาบันและการเงิน สะท้อนว่า “ชื่อเสียงและ

โครงสร้างหลักสูตร” เป็นแรงจูงใจหลัก ในด้านบุคลากรอาจารย์ผู้สอนมีคุณวุฒิครบตามเกณฑ์และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการสอน การวิจัย และเทคโนโลยีการศึกษา ควรเพิ่มสัดส่วนอาจารย์ที่มีประสบการณ์วิจัยเชิงนวัตกรรมและทักษะภาษาอังกฤษเพื่อยกระดับสู่มาตรฐานสากล[10, 16]

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น ห้องปฏิบัติการพยาบาล ห้องจำลองสถานการณ์ (Simulation Room) และระบบ E-learning มีความพร้อมและเอื้อต่อการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สอดคล้องกับ Zhao และคณะ[17] ที่เน้นว่าเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผลการประเมินสะท้อนว่าอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล และมีการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการสอน[7, 15] การสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ควรเพิ่มอัตราส่วนอาจารย์ที่มีประสบการณ์วิจัยระดับนานาชาติ และพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเรียนรู้ในระดับสากล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Baghcheghi และคณะ[10] ระบุว่า “คุณภาพของคณาจารย์เป็นปัจจัยนำเข้าหลักที่ส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ของนิสิตพยาบาล” ในด้านโครงสร้างหลักสูตรมีจำนวนหน่วยกิตรวม 133 หน่วยกิต แบ่งเป็นหมวดวิชาศึกษาทั่วไป วิชาเฉพาะ และวิชาเลือกเสรี ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2560[12] เกณฑ์การประเมินหลักสูตรในการจัดการเรียนการสอนควรเพิ่มความยืดหยุ่น เช่น การเรียนแบบ Micro-credit หรือ Online elective modules เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิด Outcome-Based Education (OBE) และการเรียนรู้ตลอดชีวิต[16, 18]

กระบวนการจัดการเรียนรู้ (Process Evaluation)

การบริหารจัดการหลักสูตรมีระบบที่ดีเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการวางแผนพัฒนาอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร และอาจารย์ประจำในการศึกษาต่อและการพัฒนาสู่ตำแหน่งทางวิชาการอย่างเป็นระบบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ผ่านระบบแพลตฟอร์มที่ทางมหาวิทยาลัยจัดสรรให้ และคณะได้จัดหาเอง เช่น ZOOM หลักสูตรได้มีการจัดการเรียนร่วมระหว่างวิชาชีพ (Inter-professional Education, IPE) โดยจัดให้บูรณาการรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ในนิสิตชั้นปีที่ 3 ได้มีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนกับนิสิตต่าง ๆ คณะมีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผลการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และขับเคลื่อนหลักสูตรฯ สู่การเรียนแบบดิจิทัล โดยมีรายวิชาที่ส่งเสริมให้นิสิตได้พัฒนาทักษะที่ครอบคลุม และสอดแทรกเนื้อหาให้มีความทันสมัย ได้แก่ โรคโควิด 19 และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางวิชาการ และมีผลงานวิจัยทุกคน มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแบบ Transformative learning ในด้านการจัดการเรียนการสอนทำให้หลักสูตรสามารถวางแผนบริหารและพัฒนาอาจารย์ รวมทั้งจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี มีระบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ การจัดให้มีปฏิบัติการทางการพยาบาลในรูปแบบการจำลองเหตุการณ์ และการใช้ระบบเสมือนจริงที่ทำให้สามารถจัดการเรียน การสอนได้อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานการณ์จริงบนคลินิก ผลการประเมินด้านกระบวนการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.63) แสดงว่าการจัดการเรียนรู้ของหลักสูตรมีประสิทธิผล โดยเฉพาะการใช้ Active Learning, Problem-Based Learning (PBL) และการเรียนรู้ร่วมกับวิชาชีพอื่น (IPE) ซึ่งช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ[19] ยังพบข้อจำกัดด้านการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการเรียนการสอน เช่น การใช้ Simulation-based learning และ virtual labs ที่ยังไม่ทั่วถึงในทุกรายวิชา การใช้กรอบ CIPP ในการประเมินการเรียนรู้แบบ blended learning สามารถเพิ่มคุณภาพการสอนและความพึงพอใจของผู้เรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ[17] ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า หลักสูตรควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและแพลตฟอร์ม

ดิจิทัลให้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 และยุทธศาสตร์ “Thailand Digital Health Transformation”

ผลลัพธ์ของหลักสูตร (Product Evaluation)

บัณฑิตจากหลักสูตรมีสมรรถนะครบทั้ง 6 ด้าน ตามกรอบ TQF ได้แก่ คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร และทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ โดยมีความพึงพอใจจากผู้ใช้บัณฑิตในระดับ “มาก” ($\bar{X}$ = 4.13) ผู้ใช้บัณฑิตเสนอให้พัฒนาทักษะ การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการศึกษาพยาบาลในระดับอาเซียน[20, 21] หลักสูตรได้รับการประเมินคุณภาพภายใน (IQA) ระดับ “ดีมาก” ทุกองค์ประกอบ โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 93.75 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนดของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และสภาการพยาบาลเห็นชอบให้ใช้หลักสูตรนี้เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2562 และสภามหาวิทยาลัยมหาสารคามรับรองเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2562

จากการประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของหลักสูตรชี้ให้เห็นว่าสามารถนำไปพัฒนาส่งเสริมทักษะดิจิทัลและนวัตกรรมการสอน ควรจัดอบรมอาจารย์และนิสิตในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ เช่น Tele-nursing, AI-based simulation และ E-portfolio[17, 21] สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการ การพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพและต่างประเทศ เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง[9] การบูรณาการ Outcome-Based Education (OBE) ให้การประเมินผลการเรียนรู้เน้นสมรรถนะและผลลัพธ์ตามมาตรฐาน TQF มากกว่าการวัดเนื้อหา[18, 22] ผลการวิเคราะห์โดยรวมชี้ว่า การใช้กรอบ CIPP Model เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพหลักสูตรอย่างรอบด้าน สามารถสะท้อนจุดแข็ง จุดที่ควรปรับปรุง และทิศทางการพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพไทยและโลกในอนาคต[10, 13]

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิเคราะห์ความต้องการการศึกษาต่อในสาขาพยาบาลศาสตร์ ควรมีการศึกษาความต้องการของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่สนใจศึกษาต่อในสาขาพยาบาลศาสตร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแนะแนวอาชีพและวางแผนพัฒนาหลักสูตรให้ตอบสนองต่อความสนใจและความต้องการของผู้เรียน รวมถึงแนวโน้มตลาดแรงงานด้านสุขภาพในอนาคต

2. การนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงหลักสูตรควรนำผลการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น ข้อคิดเห็นของนิสิตเกี่ยวกับรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็นต่อโครงสร้างรายวิชา หรือรายวิชาที่ต้องการให้ปรับปรุง มาวิเคราะห์และนำเสนออย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร คณาจารย์ นิสิตศิษย์เก่า และผู้ใช้บัณฑิต และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนงบประมาณเงินรายปี พ.ศ. 2566 ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Boonthong T. Regulations of the Nursing Council on the Approval of Professional Nursing and Midwifery Education Programs B.E. 2563 (2020). Nonthaburi: Nursing Council of Thailand; 2020. (In Thai).
2. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models, and application. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
3. Office of the Education Council. National education standards 2018. Nonthaburi: 21 Century; 2019. (In Thai).
4. Chesser-Smyth PA. The lived experiences of general student nurses on their first clinical placement: a phenomenological study. Nurse Educ Pract. 2005;5(6): 320-7.https://doi.org/10.1016/j.nepr.2005.04.001
5. Kaewurai W. Curriculum development: from theory through practice. Pitsanuloke: Naresuan University; 2021. (In Thai).
6. The Nursing Council of Thailand. Announcement of the Nursing Council: Core competencies of graduates in bachelor's, master's, and doctoral degree programs in nursing science, and of those completing advanced practice certificate programs or holding certification in specialized nursing and midwifery [Internet]. Nonthaburi: The Nursing Council of Thailand; 2023. Available from: https://www.tnmc.or.th
7. Klommek J, Lortarakul C, Iamla-or P. Evaluation of the Bachelor of Nursing Science Curriculum (Revised 2019). Nurs Res J. 2021; 3(1): 44-58. (In Thai).
8. Kooariyakul A, Chidnayee S, Wuttijurepan A, Udomleard M, Lortamma P, Sripalakich J. Evaluation of the Bachelor of Nursing Curriculum Revised 2012 at Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. Boromarajonani Coll Nurs Uttaradit J. 2017; 9(10): 44-58. (In Thai).
9. Poonchai S, Arayathanikul B, Meeparn A, Indharatana A, Untaja P, Prasittivejchakul A, et al. Evaluation of the Bachelor of Science in Nursing curriculum (Revised B.E. 2555) of the Royal Thai Army Nursing College. J R Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 380-9. (In Thai).
10. Baghcheghi N, Koohestani HR, Barati S, Khademi S, Babapiri A. Evaluation of the Nursing Education Department based on the CIPP model at Savah Medical Sciences University. Horizon Med Educ Dev. 2025;():-. https://doi:10.22038/hmed.2025.87131.1510.
11. Thongpila S, Yoonisil W, Srisatidnarakul B. The scenario of the Bachelor Nursing curriculum for Nursing College in the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health (B.E. 2022-2026). J Grad Res. 2024; 15(1): 149-68. (In Thai).
12. Thai Nursing Council. Core competencies of graduates in nursing science programs (updated standards). Bangkok; 2023/2024. (In Thai).
13. Lee SY. How to execute Context, Input, Process, and Product evaluation model in medical health education. J Educ Eval Health Prof. 2019; 16: 40. https://doi.org/10.3352/jeehp.2019.16.40

14. Office of the Higher Education Commission. Understanding competency-based curriculum for teachers and educational personnel (revised edition). Bangkok; 2019. (In Thai).
15. Anantakul P, Iniam P. Evaluation of the Bachelor of Nursing Curriculum Version 2019, Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University. JNSU [Internet]. 2024 Jun 30 [cited 2025 Nov 11]; 25(48): 1-20. (In Thai).
16. Lkhagvaa K, Tsogbadrakh B, Gochoosuren G, Badamdorj O, Stark A. Effect of outcome-based education on clinical performance and pediatric care perception among third-year nursing students in Mongolia. PLoS One. 2024 Jun 11; 19(6): e0305298. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305298
17. Zhao Y, Li W, Jiang H, Siyiti M, Zhao M, You S, et al. Development of a blended teaching quality evaluation scale (BTQES) for undergraduate nursing based on the Context, Input, Process and Product (CIPP) evaluation model: a cross-sectional survey. Nurse Educ Pract. 2024; 77: 103976. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103976
18. Tan K, Chong MC, Subramaniam P, Wong LP. Effectiveness of outcome-based education on the competencies of nursing students: a systematic review. Nurse Educ Today. 2018; 64: 180-9. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.030
19. Danyuthasilpe C, Apiratanawong S, Pilaikiat R, Aksornsri A. Perceived competency focusing on program learning outcomes, supporting factors, and obstacles related to competency development of nursing students in the Bachelor of Nursing Science curriculum. Nurs J CMU. 2024; 51(2). (In Thai).
20. Rungtiwa W, Kaewsrasri A. Evaluation of the Bachelor of Nursing Science Curriculum (Revised 2017) at Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj using the CIPP model. J Nurs Health. 2023; 15(1). (In Thai).
21. Artsanthia J, Leeissarapong S, Tamwattananugul P. Future Nursing Education in the VUCA World Changing from the 2019 Coronavirus Pandemic Situation. APHEIT [Internet]. 15Oct.2022 [cited 24 Dec. 2025]; 4(2): e2760. Available from: https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/2760 (In Thai)
22. Kim HS. Outcomes-based curriculum development and student evaluation in nursing education. J Korean Acad Nurs. 2012; 42(7): 917-27. https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.917

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก

อิสริยา ทับทิม* นรลักขณ์ เอื้อกิจ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยกึ่งทดลอง*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก อายุ 30-84 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ว่า มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดสะโพก และเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา และความปวด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมินโดยใช้แบบบันทึกระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที (Six-minute walk test) โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตารางบันทึกการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบค่าที*

ผลการวิจัย: *1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระยะก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความของแรงของกล้ามเนื้อมีความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำกิจกรรม/ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/ การผ่าตัดสะโพก

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 90-104

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
Email: noralukuakit@yahoo.com

The Effect of Promoting Muscular Strength Program on Functional Ability of Patients Undergoging Hip Surgery

Isariya thapthim* Noraluk Ua-Kit**

Abstract

Purpose: *To study the effect of promoting muscular strength program on functional ability of patients undergoing hip surgery.*

Design: *Quasi-experimental research*

Methods: *Sample were patients with the diagnosis of patients undergoing hip surgery The Lerdsin Hospital, aged 30-84 years. Sample were assigned to the control and experimental group (22 for each group) with a matched pairs technique by sex, age, pain, and education. The control group received conventional nursing care, while the experimental group. Received the effect of programing muscular strength program on functional ability of patients undergoing hip surgery. Research instruments were composed of demographic information, Six-minute walk test. The research instrumental were composed of demographic information and the Six-minute walk test. The promoting muscular strength program data were analyzed using descriptive statistics, Repeated Measures Analysis of Variance, and independent t-test*

Results: *1. The mean score of functional ability of patients undergoing hip surgery after receiving the programing muscular strength program was significantly higher than that before receiving the effect of programing muscular strength program at before discharge, 2nd week, and 6th week, at significantly level a .05.*

2. The mean score of functional ability of patients undergoing hip surgery after receiving the programing muscular strength program higher than the control group at before discharge, 2nd week, and 6th week, at significantly level a .05

Key words: Functional ability/ muscular strength/ hip surgery

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 90-104

Article info: received June 10, 2024; revised November 18, 2025; accepted November 26, 2025M

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

** Corresponding author, Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor. E-mail:noralukuakit@yahoo.com

บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเสี่ยงต่อความพิการ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตถดถอยและเสียชีวิตในที่สุด[1] ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากการศึกษาพบการเกิดอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักที่เพิ่มสูงขึ้น[2] โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 2.0 ล้าน เป็น 2.6 ล้าน ในปี 2019 และเพิ่มขึ้น 4.5-6.3 ล้าน ภายในปี 2050[1] ซึ่งในประเทศไทยพบการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมถึง 1.6-2 หมื่นรายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 4-6 ต่อปี โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว การบริโภคแอลกอฮอล์ ปริมาณแคลเซียมต่ำ การขาดการออกกำลังกาย โรคกระดูกพรุน การลดลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และภาวะข้อเสื่อม[3] นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหักในหนึ่งปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 37[4] การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักที่สำคัญคือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ซึ่งได้รับความนิยมติดอันดับ 1 ใน 5 ของการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ และพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกจากการพลัดตกหกล้ม อายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 10.84 มีอายุต่ำสุด 39 ปี และอายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 89.16[5] ซึ่งภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกมักมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ปอดบวม ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ แผลติดเชื้อ และมักมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง โดยเฉพาะความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่หลัง เป็นผลมาจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว[6] โดยใน 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก ร้อยละ 29-50 ไม่สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองได้ เช่น การเดินขึ้น-ลงบันได การเดินในบ้าน หรือการเดินระยะทาง 2 ช่วงตึก การยืนเป็นเวลานาน[7] การที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวจะส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง[8] ในช่วง 1-3 สัปดาห์หลังผ่าตัดกระดูกรยางค์ส่วนล่างมีความแข็งแรงลดลง[9] และในช่วง 6 สัปดาห์ พบผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจกรรมต่ำกว่าก่อนเข้ารับการผ่าตัดข้อสะโพก ดังนั้นการฟื้นฟูโดยการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดฯ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง[10] ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายกลับมาสู่ภาวะปกติมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาภายหลังการผ่าตัดฯ ผู้ป่วยจะได้รับการทำกายภาพบำบัดและฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน เป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะสามารถยืนและเดินบนพื้นราบได้ตามปกติ หากแต่มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ[11] เพศ โรคร่วม โรคอ้วนหรือมีน้ำหนักเกิน[12] สมรรถภาพทางกายก่อนผ่าตัด ความคาดหวัง[13] ความกลัวการหกล้ม[14] ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ[15] ความปวด[16] ภาวะซึมเศร้า[17] การศึกษา[18]

ความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional ability) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก ประเมินจากการทดสอบการเดิน 6 นาที (Six-minute walk test) ซึ่งเป็นการเดินบนพื้นราบเวลา 6 นาที และการจัดระยะทางเดินที่ผู้ถูกทดสอบสามารถเดินได้ในอัตราเร็วที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ในเวลา 6 นาที ถือเป็นการประเมินการตอบสนองของร่างกาย หรือความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมทุกระบบ ซึ่งผลของระยะทางการเดิน 6 นาที ที่เพิ่มขึ้น จะแสดงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายที่เพิ่มขึ้นด้วย และเป็นศักยภาพสูงสุดที่ร่างกายกระทำได้ ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย ในช่วง 4-6 สัปดาห์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย ลุกจากที่นอน การใช้

ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ[14]

การที่ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัว มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีนั้น การฟื้นฟูหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ที่เน้น "การดูแลตนเอง" ของผู้ป่วยเป็นหลัก จึงนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความรู้ ทักษะ หรือความมั่นใจในการตัดสินใจดูแลตนเองอย่างเหมาะสม หลังผู้ป่วยผ่าตัดสะโพกมักมีอาการปวดขณะเคลื่อนไหว ทำให้ลังเลที่จะขยับตัว ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เกิดภาวะพึ่งพาและพร่องความสามารถในการเคลื่อนไหว[16] ดังนั้น ทฤษฎีระบบการพยาบาลด้านสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม[19] ภายในโปรแกรมสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีณา วงษ์งาม และคณะ[20] ที่พบว่า การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การให้ความรู้ยังช่วยเพิ่มความสามารถด้านการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยกระดูกหัก และพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้กับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการคงสมดุลการเคลื่อนไหวและทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลฟื้นฟู ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ นิลุบล ไชยโกมล[21] ศึกษาผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกาย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนเข้า กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดลดลง ข้อฝืดหรือข้อติดลดลง และเพิ่มความสามารถในการใช้ข้อเข่ามากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก โดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ด้านการสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive)[19] มาประยุกต์ร่วมกับส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก ซึ่งผลของการศึกษาที่ได้ จะเป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกมีการดูแลตนเองทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยการเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ผ่านการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองทั้งหมด 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน (Teaching) 2) การชี้แนะ (Guiding) 3) การสนับสนุน (Supporting) และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Providing an environment) เพื่อให้กลับมาใช้งานข้อสะโพกได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเมื่อออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถนำท่าออกกำลังกายไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นท่าที่ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก นอกจากนี้ได้มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เพื่อให้การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ลดการมาโรงพยาบาล และการให้บริการจำนวนมากของโรงพยาบาล แตกต่างจากการพยาบาลปกติที่เน้นการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดฯ โดยพยาบาลจะแนะนำเป็นรายบุคคลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การรับประทานยา การดูแลแผลผ่าตัด ข้อควรระวังส่งทำกายภาพบำบัด คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหาร

ร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพลิกตะแคงตัว การกระดกข้อเท้า เป็นต้น แต่ยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก

กรอบแนวคิด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[19] กับการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้านเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลด้านระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ผ่านการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองทั้งหมด 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน ให้ความรู้เรื่องโรคผ่านแผนการสอน และคู่มือ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของใช้ท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยการยืดกล้ามเนื้อก่อนการใช้ท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ 2) การชี้แนะโดยการใช้ตัวแบบบุคคลจริง โดยตัวแบบคือพยาบาลวิชาชีพสาธิตและสอนท่าการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จำนวน 5 ท่า ดัดแปลงจาก Vancouver[22] มีคู่มือประกอบการสาธิต และมีตารางบันทึกกิจกรรม โดยเริ่มจากการยืดกล้ามเนื้อ ได้แก่ กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (Hamstrings) กล้ามเนื้อขาด้านหน้า (Quadriceps) กล้ามเนื้อสะโพกด้านข้าง (Iliotibial band) กล้ามเนื้อน่อง (Plantar flexor) ยืดค้างไว้จำนวน 10 วินาที จำนวน 5 ท่าจาก Vancouver (หลังผ่าตัดสะโพกวันที่ 2, 4, 7 สัปดาห์ที่ 1-6) ทำทั้งหมด 3 เซต เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3) การสนับสนุน การควบคุมสภาวะทางอารมณ์ ความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เน้นย้ำถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยออกกำลังกาย ติดตามสอบถามอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง จัดสถานที่ให้เหมาะสมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ จนกว่าจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ หรือจนกว่าจะสิ้นสุดการรักษา ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ใช้การพยาบาลแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นการพยาบาลระบบหนึ่งตามทฤษฎีการพยาบาลระบบหนึ่งของโอเร็ม เหมาะกับผู้ป่วยระยะพักฟื้น เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น เป็นการส่งเสริมที่ทำได้ง่าย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังได้รับโปรแกรม ในวันที่ 7 ระยะก่อนจำหน่าย, สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 7 ระยะก่อนจำหน่าย, สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม

2. ความของแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความของแรงของกล้ามเนื้อ ในวันที่ 7 ระยะก่อนจำหน่าย, สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

3. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความของแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 7 ระยะก่อนจำหน่าย, สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง และแบบวัดอนุกรมเวลามีกลุ่มเปรียบเทียบ (Post-test only design and interrupted time series design with a comparison group)[23]

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ว่ามีภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดสะโพก และเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ของโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดสะโพก และเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5[24] ค่าอำนาจทดสอบ 0.80 $\bar{X}$ = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย และทำการจับคู่ (Matched pair) โดยตัวแปรที่กำหนด อายุ[11]ระดับการศึกษา[18] และความปวด[16] คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีสมรรถภาพสมองเป็นปกติหรือไม่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) 2) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกมีระดับคะแนนความปวดแผลหลังผ่าตัดอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน ตามแบบคัดกรองอาการปวดหลังผ่าตัด Numerical rating scale (NRS) 3) ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและด้านสายตา 4) ไม่มีข้อจำกัดในการเดินภายหลังผ่าตัด 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมินโดยใช้แบบบันทึกระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที (Six-minute walk test)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย คู่มือส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การใช้ท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) ท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จำนวน 5 ท่า จาก Vancouver[22] ผู้วิจัยเลือกท่าที่มีความง่ายและความเหมาะสมกับโรค อายุ และพยาธิสภาพของกลุ่มตัวอย่าง เป็นท่าที่สามารถทำได้และมีความปลอดภัย ประกอบไปด้วยจำนวน 5 ท่า โดยเริ่มจากการยืดกล้ามเนื้อ ได้แก่ กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (Hamstrings) กล้ามเนื้อขาด้านหน้า (Quadriceps) กล้ามเนื้อสะโพกด้านข้าง (iliotibial band) กล้ามเนื้อน่อง (Plantar flexor) ยืดค้างไว้จำนวน 10 วินาที ดังนี้ ท่าที่ 1 Pumping Exercise ออกกำลังข้อเท้า โดยใช้หมอนสูงพอควรหนุนใต้เข่า กระดกข้อเท้าขึ้น-ลง ทำ 10 ครั้ง ทำทั้งหมด 3 เซต ท่าที่ 2 เกร็งกล้ามเนื้อสะโพกข้างผ่าตัดลงที่เตียง พร้อมกับขมิบก้นค้างไว้ 10 วินาที ใช้ผ้าขนหนูม้วนเล็ก ๆ รองใต้เข่ากดผ้าขนหนูลงตรง ๆ ทำ 10 ครั้ง ทำ 10 ครั้ง ทำทั้งหมด 3 เซต ท่าที่ 3 กล้ามเนื้อ

งอข้อสะโพก และงอเข่า นอนท่าเริ่มต้นเหมือนกับท่าที่ 1 งอเข่า งอสะโพก ลากส้นเท้าเข้าหาสะโพก ให้ส้นเท้าลอยพ้นพื้นเล็กน้อยไป-กลับ ระวังห้ามงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา ทำ 10 ครั้ง ทำทั้งหมด 3 เซต ท่าที่ 4 นอนหงาย โดยใช้ผ้าห่มหรือผ้าขนหนูที่ม้วนขึ้น รองไว้ใต้เข่าของขาที่ผ่าตัด ยืดขาผ่าตัดให้ตรง ค้างไว้ 10 วินาที ค่อย ๆ ลดขาลงและผ่อนคลาย หลังเข่าควรสัมผัสกับผ้าห่มหรือผ่าเช็ดตัวระหว่างออกกำลังกาย ทำ 10 ครั้ง ทำทั้งหมด 3 เซต ท่าที่ 5 นั่งบนเก้าอี้ค่อย ๆ เหยียดเข่าขึ้นพร้อมกระดกข้อเท้าขึ้น ค้างไว้ 10 วินาที ทำ 10 ครั้ง ทำทั้งหมด 3 เซต ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียง พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าในภาษาและเนื้อหาโปรแกรมเป็นอย่างดี ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ ผู้วิจัยพัฒนาตารางบันทึกการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทั้งหมด 5 ท่า หลังผ่าตัดสะโพกวันที่ 2 โดยการแจกแบบตารางบันทึกการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเองทุกครั้ง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจในภาษาและเนื้อหาเป็นอย่างดี สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลิดสิน LH661018 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับรวมทั้งสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือคุณภาพการบริการที่จะได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนเตรียมการทดลอง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วประสานงานกับพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเช่นเดิมหลังผ่าตัดสะโพกวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบ (Post-test) 3 ครั้ง ใช้แบบประเมินการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (Six-minute walk test: 6MWT) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายกลับบ้าน สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินโปรแกรมส่งเสริมฯ ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมฯ หลังผ่าตัดสะโพก วันที่ 2, 4 และวันที่ 7 กลุ่มทดลองได้รับได้รับโปรแกรมส่งเสริมฯ

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย แนะนำตัวพูดคุยสร้างบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ตอบแบบสอบถาม และ (10-15 นาที)

หลังผ่าตัดวันที่ 2, 4 และ 7 ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการสอนรายบุคคล โดยจะได้รับกิจกรรมดังนี้

1) ความรู้เรื่องการผ่าตัดสะโพก สาเหตุ อาการ การรักษา 2) ท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

จำนวน 5 ท่า 3) ประโยชน์ของการใช้ท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ใน Power Point ให้กลุ่มตัวอย่างลองทำตาม และสาธิตย้อนกลับ (30-45 นาที)

หลังผ่าตัดวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมครั้งที่ 1

หลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์สอบถามอาการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาตอบคำถามตอบปัญหากับผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (10-15 นาที)

หลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมาตามนัด ทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

หลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5 โทรศัพท์สอบถามอาการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาตอบคำถามตอบปัญหากับผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (10-15 นาที)

หลังสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมาตามนัด ทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 สรุปกิจกรรมและผลการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาพูดคุยข้อสงสัย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง (15-30 นาที)

ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินการความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วันที่ 7 ก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตน และการดูแลตนเองเกี่ยวกับท่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทองลอง และแบบวัดอนุกรมเวลามีกลุ่มเปรียบเทียบ (Post-test only design and interrupted time series design with a comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดสะโพกและเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน และ กลุ่มทดลองจำนวน 22 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IMB SPSS Statistics 29.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส BMI ระยะทางเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที ชนิดของการทำหัตถการที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมฯ ในระยะก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ได้แก่ การกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่มเป็นโค้งปกติ ค่าความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มมีความเท่ากัน และความแปรปรวนร่วมเท่ากัน (Compound Symmetry) ด้วย Mauchly's test พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงแก้ไขโดยการปรับค่า F ด้วยวิธีของ Greenhouse & Geiser (1959)[23]

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ทดสอบค่าการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษาโดยพิจารณาด้วยค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) ที่อยู่ระหว่าง +1.96 ถึง -1.96[24] จึงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศชายจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 เพศหญิงจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 โดยกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 64.50 ปี (SD = 13.64) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 64.64 ปี (SD = 12.32) กลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.92 กก./ม^2 (SD = 3.27) กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.27กก./ม^2 (SD = 2.89) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.3 และมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเฉลี่ยมีโรคประจำตัว 1-2 โรค คิดเป็นร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่เข้ารับการทำหัตถการ Bipolar hemiarthroplasty คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระยะก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมฯ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมฯ ในระยะก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Repeated-measures ANOVA ($n_1 = n_2 = 22$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*-value
กลุ่มควบคุม					
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	1122.030	1.151	974.438	175.009	<.001
ความคลาดเคลื่อน	134.636	24.181	5.568		
กลุ่มทดลอง					
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	13001.183	1.184	10979.024	111.371	<.001
ความคลาดเคลื่อน	2451.485	24.868	98.580		

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม ระยะก่อนจำหน่าย ในวันที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 175.009, df = 1.151, p < .001) ส่วนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อฯ ระยะก่อนจำหน่าย ในวันที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 3 คู่ (F = 111.371, df = 1.184, p < .001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม ในระยะก่อนจำหน่าย ในวันที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Repeated-measures ANOVA ($n_1 = n_2 = 22$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*-value
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	10875.742	1.184	9185.251	176.628	< .001
ช่วงเวลา * กลุ่ม	3247.470	1.184	2742.693	52.741	< .001
ความคลาดเคลื่อน (ช่วงเวลา)	2586.121	49.730	52.003		< .001

ระดับนัยสำคัญ .05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม ในระยะก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 2 พบว่า ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม ในระยะก่อนจำหน่าย ในวันที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ภายในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม ในระยะก่อนจำหน่าย ในวันที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Repeated-measures ANOVA ($n_1 = n_2 = 22$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	9776.485	1	9776.485	9.070	< .004
ความคลาดเคลื่อน	45271.697	42	1077.898		

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 3 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติด้วย Mauchly's test พบว่า มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวนร่วม (Compound Symmetry) ที่ไม่เท่ากัน กลุ่มทดลอง W = 0.147, Chi-square = 80.625, df = 2) จึงพิจารณาค่า p-value ที่ได้จากการปรับค่า Degree of freedom โดยใช้วิธี Greenhouse & Geisser[23] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (F = 9776.485, df = 1)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกจากระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบเป็นระยะเวลา 6 นาที ในวันที่ 7 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติที (Independent t-test) ($n_1 = n_2 = 22$) ดังนี้

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	*p*-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
วันที่ 7 ก่อนจำหน่าย (Post-test 1)	32.86(13.994)	38.82 (16.860)	-1.275	.209
สัปดาห์ที่ 2 (Post-test 2)	37.55(14.425)	53.14 (21.842)	-2.80	.008
สัปดาห์ที่ 6 (Post-test 3)	42.95(15.032)	73.05) (29.795)	-4.229	<.001

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ในวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกจากระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบเป็นระยะเวลา 6 นาที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกจากระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบเป็นระยะเวลา 6 นาที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

ผลการวิจัยยืนยันสมมติฐานที่ 1 ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการดูแลของพยาบาลตาม 4 วิธี ได้แก่ 1. การสอน (teaching) ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และท่าออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ ทัศเนตร พุทธรักษา[18] ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรและความแข็งแรงของร่างกาย 2. การชี้แนะ (Guiding) ใช้ตัวแบบจริงสาธิตท่าออกกำลังกายที่ดัดแปลงจาก Vancouver[22] ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความแข็งแรงและเดินได้ระยะไกล 3. การสนับสนุน (Supporting) ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้ปฏิบัติการออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ สอดคล้องกับ สุวิมล แคล่วคล่อง[12] 4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Providing an environment) ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและเดินได้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกที่ได้รับโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม วันที่ 7 ก่อนจำหน่ายเฉลี่ย 38.82

ความสามารถในการทำกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเฉลี่ย 53.14 ความสามารถในการทำกิจกรรม สัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม เฉลี่ย 73.05 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้นทุกช่วงเวลา เป็นผลจากโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

ผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า ในวันที่ 7 ก่อนจำหน่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มยังถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผล ข้อจำกัดท่าทาง และภาวะกลัวการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับ อภิสิทธิ์ ตามสัตย์[14] ที่พบว่า ความกลัวการหกล้มทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมและลดความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะต้น อย่างไรก็ตาม ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับ ธนพร รัตนาธรรมวัฒน์[25] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก การศึกษานี้ ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยให้กลุ่มตัวอย่างเดินบนพื้นราบใน 6 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่า โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ที่พัฒนาตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[19] ผ่าน 4 วิธีการช่วยเหลือของพยาบาล ได้แก่ การสอน (Teaching) การชี้แนะ (Guiding) การสนับสนุน (Supporting) การจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลตนเอง (Providing an environment) สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะในช่วงหลังสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป ซึ่งกลุ่มทดลองมีพัฒนาการดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาในบริบทเฉพาะ จึงอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยทุกกลุ่ม
2. ผู้ป่วยมีความแตกต่างด้านอายุ โรคประจำตัว และสภาพร่างกายก่อนผ่าตัด ทำให้ตอบสนองต่อโปรแกรมแตกต่างกัน
3. ผู้เข้าร่วมบางรายมีความกลัวการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ส่งผลให้เข้าร่วมโปรแกรมได้ไม่เต็มที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะการออกกำลังกายหลังผู้ป่วยผ่าตัดสะโพกร่วมกับพยาบาล โดยการพัฒนาทักษะการออกกำลังกายให้แก่พยาบาล เพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของโปรแกรมดังกล่าว
2. พยาบาลควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลโดยนำไปให้ความรู้และท่าออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยที่มารอรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้กลับไปปฏิบัติได้ ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก ติดตามตลอดต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

บทสรุป

โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดสะโพก ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โดยใช้การให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเองหลังผ่าตัด และท่าออกกำลังกายเสริมความแข็งแรง เหมาะสำหรับระยะพักฟื้น ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง ทำกิจกรรมได้ดีขึ้น และเป็นแนวทางที่ทำได้ง่าย ครอบคลุมทุกด้าน

Reference

1. Veronese N, Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. Aging Clin Exp Res. 2021; 33(6): 1461-5.
2. National Health Security Office (NHSO). Annual report on joint replacement procedures under UHC scheme 2015-2022. Bangkok: NHSO; 2023.
3. Makkabphalanon K, Suppawach P. Elderly care post total hip arthroplasty. Veridian E-J Sci Technol Silpakorn Univ. 2016; 3(6): 57-66.
4. Rojanasthien S, Luevitoonvechkij S. Epidemiology of hip fracture in Chiang Mai. J Med Assoc Thai. 2005; 88 Suppl 5: S105-9.
5. Pattanakeaw B. The life quality of hip fracture patients who had arthroplasty hip replacement. Maharaj Nakhon Sri Thammarat Med J. 2015; 2(2): 21-30.
6. Penrod JD, Litke A, Hawkes WG, Magaziner J, Doucette JT, Koval KJ, et al. The association of race, gender, and comorbidity with mortality and function after hip fracture. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008; 63(8): 867-72. https://doi.org/10.1093/gerona/63.8.867
7. Sripiman S, Thiangchanya P, Purinthrapibal S. Effects of a promoting self-care program on knowledge, self-efficacy, and self-care behaviors of patients with hip surgery at Orthopedics Ward, Songkhla Hospital. J Prachomklao Coll Nurs Phetchaburi. 2020; 3(2): 149-65.
8. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008; 63(10): 1076-81. https://doi.org/10.1093/gerona/63.10.1076
9. Kristensen MT. Factors affecting functional prognosis of patients with hip fracture. Eur J Phys Rehabil Med. 2011; 47(2): 257-64.

10. Rasch A, Dalén N, Berg HE. Muscle strength, gait, and balance in 20 patients with hip osteoarthritis followed for 2 years after THA. Acta Orthop. 2010; 81(2): 183-8. https://doi.org/10.3109/17453671003793204
11. Butler A, Hahessy S, Condon F. Effect of time to surgery on functional ability at six weeks in a hip fracture population in Mid-West Ireland. Int J Orthop Trauma Nurs. 2017; 26: 36-42. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.03.002
12. Klaewklong S, Chanruangvanich W, Danaidutsadeekul S, Riansuwan K. Relation of comorbidity, grip strength, and stress to postoperative functional recovery in hip fracture patients. Thai J Nurs Counc. 2014; 29(2): 36-48.
13. Aree-Ue S, Roopsawang I, Kawinwonggowit V. Factors predicting functional ability among older adults undergoing hip and knee arthroplasty. Pac Rim Int J Nurs Res. 2019; 23(2): 156-69.
14. Tamsat A, Aree-Ue S, Leelacharas S. Fear of falling and functional ability in older adults undergoing hip surgery. J Police Nurse. 2015; 7(1): 66-82.
15. Segev-Jacubovski O, Magen H, Maeir A. Functional ability, participation, and health-related quality of life after hip fracture. OTJR (Thorofare N J). 2019; 39(1): 41-7. https://doi.org/10.1177/1539449218796845
16. Saengthon N, Aree-Ue S, Youngcharoen P, Kawinwonggowit V. Pain, physical activity, and quality of life among older adults with knee and hip conditions: a comparative study. Rama Nurs J. 2019; 25(1): 74-86.
17. Shin KR, Kang Y, Kim MY, Jung D, Kim JS, Hong CM, et al. Impact of depression and activities of daily living on fear of falling in Korean community-dwelling elderly. Nurs Health Sci. 2010; 12(4): 493-8. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00567.x
18. Phuttaraksa T, Danaidutsadeekul S, Thosingha O, Unnanuntana A. Factors predicting physical function in patients with osteoporotic fracture. J Nurs Sci. 2021; 39(3): 60-73.
19. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
20. Wongngam W, Sucamvang K, Nanasilp P. Effect of educative-supportive nursing on self-care behaviors of the elderly with hip fracture during recovery stage. Nurs J. 2014; 41(2): 72-82.
21. Chaikomol N. Effects of muscle and knee exercise program in patients with knee osteoarthritis after total knee arthroplasty. Udonthani Hosp Med J. 2020; 28(3): 384-96.
22. Vancouver Coastal Health. Exercise guide for hip replacement. Vancouver (BC): Vancouver Coastal Health; 2016 [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://vch.eduhealth.ca/
23. Greenhouse SW, Geisser S. On methods in the analysis of profile data. Psychometrika. 1959; 24(2): 95-112. https://doi.org/10.1007/BF02289823

24. Corder GW, Foreman DI. Nonparametric statistics for non-statisticians: a step-by-step approach. Hoboken (NJ): Wiley; 2014

25. Rattanathammawat T, Choowattanapakorn T. Effect of an individual and family self-management promoting program on functional capacity among older

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวต่อการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด

ธารทิพย์ สุภาทิต* สุนิศา สุขตระกูล**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด*

รูปแบบการวิจัย: *เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ*

วิธีการดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่นชายเสพติดสารกลุ่มโอ ปิออยด์ด้วยวิธีฉีด อายุ 18-24 ปี และพ่อ/แม่ ที่เข้ารับการบำบัด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีจำนวน 50 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรวม 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว 2) แบบประเมินปริมาณการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ 3) แบบประเมินการสื่อสารในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ได้แก่ Wilcoxon signed-rank test, และ Mann-Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

ผลการวิจัย: *วัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว มีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และ มีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

สรุป: *โปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวทำให้การเสพสารเสพติดมีความแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน*

คำสำคัญ: การสื่อสารในครอบครัว/ วัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด/ การเสพสารเสพติด

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 105-117

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
E-mail: auyyoo@yahoo.com

The Effect of Family Communication Program on Drugs Consumption in Adolescent Opioid Use Disorder

Thantip Supatit* Sunisa Suktrakul**

Abstract

Purpose: *To study the impact of a family communication program on substance abuse among adolescent opioid injectors*

Research Design: *Quasi-experimental design for pre-test and post-test research*

Method: *example Adolescent males aged 18-24 years who are actively injecting opioids and father or mother treat at Princess Mother National Institute for Drug Abuse Treatment (PMNIDAT) 50 family The experimental group received a family communication program for a total of 6 weeks, while the control group received standard nursing care as usual The research tools used in the study include: 1) Family communication program, 2) Assessment questionnaire for opioid substance use, and 3) Assessment questionnaire for family communication. Data analysis was conducted using Wilcoxon signed-rank test, และ Mann-Whitney U Test with statistical significance set at the .05 level*

Results: *Adolescent opioid injectors who received the family communication program showed a statistically significant reduction in opioid substance use compared to baseline, immediately post-intervention, and at one-month follow-up. Additionally, adolescent opioid injectors who received the family communication program demonstrated a statistically significant reduction in opioid substance use compared to the control group receiving standard care, both immediately post-intervention and at one-month follow-up.*

Conclusion: *The use of family communication programs impacts substance abuse differently, aligning with hypotheses.*

Keyword: Family communication/ Adolescent opioid injectors/ Substance abuse

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 105-117

Article info: received June 17, 2024; revised November 18, 2025; accepted December 08, 2025

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

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkron University. Research Advisor. E-mail: auyyoo@yahoo.com

บทนำ

ปัญหาด้านยาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังและแผ่ขยายเป็นวงกว้าง จากรายงานดัชนีวัดความสูญเสียทางสุขภาพ (DALYs) ของ United Nations Office on Drugs and Crime ในปี 2021 พบว่า ผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งได้แก่ มอร์ฟีน โคดีอีน เฮโรอีน เมทาโดน เฟนทานิล เป็นต้น เป็นผู้สูญเสียชีวิตและทุพพลภาพก่อนวัยอันควร 12.9 ล้านหรือคิดเป็นร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั้งหมด และพบว่าจำนวนประชากร 16 ล้านคนทั่วโลก และมากกว่า 500,000 คน ในสหรัฐอเมริกา เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์[1] โดยมีรูปแบบการเสพด้วยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำซึ่งสามารถดูดซึมเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางได้เร็ว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน และโรคติดเชื้อ ได้แก่ HIV ไวรัสตับอักเสบซี จากการใช้เข็มและหลอดฉีดยาร่วมกัน รวมถึงการใช้ยาเกินขนาดซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต[2] สถิติเข้ารับการบำบัดรักษา ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปี 2563-2565 พบว่า มีผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เข้ารับบริการจำนวน 339, 873 และ 1,121 รายตามลำดับ พบช่วงอายุที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ 18-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.25, 25.66 และ 29.09 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 68.38, 71.96 และ 76.84 ตามลำดับ[3] และจากสถิติของผู้เข้ารับบริการศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา สบยช. พบว่า ทั้งหมดเป็นกลุ่มผู้เสพแบบติดมากที่สุดจำนวน 257, 173, และ 403 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสพปริมาณมาก มีการเพิ่มปริมาณและไม่สามารถควบคุมปริมาณการเสพสารเสพติดได้ มีความหมกมุ่นในการหาสารเสพติดมาเสพ รวมถึงมีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม การงานหรือการเรียน โดยพบว่า ร้อยละ 40.5 ของจำนวนผู้เสพสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดยังคงมีการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดในระหว่างรับบริการเมทาโดน[4]

วัยรุ่นที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่พบมากเป็นวัยที่มีช่วงอายุระหว่าง 18-24 ปี มีการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์จนนำไปสู่อาการทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นสภาวะเรื้อรังทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อร่างกายติดสารกลุ่มโอปิออยด์แล้วจะเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมอง เมื่อเสพนานขึ้นจะทำให้เกิดภาวะทนยา (Physiological tolerance) ร่างกายต้องการสารกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้คงสภาวะสมดุลใหม่ และมีพฤติกรรมการแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์เป็นหลัก[5] นอกจากนี้ ผลจากการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จะทำให้ผู้เสพสูญเสียการควบคุมตนเอง ทักษะการคิดเชิงเหตุผลลดลง เกิดสภาวะทางอารมณ์เชิงลบ และอาการถอนพิษเมื่อหยุดเสพ ส่งผลต่อความอยากเสพที่นำไปสู่การเสพสารเสพติดอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร วิตกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว นอนไม่หลับ สมาธิสั้น และซึมเศร้า[6]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพสารเสพติดอย่างต่อเนื่องของวัยรุ่นมี 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยจิตวิทยา ได้แก่ 1.1) ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา โดยสารโอปิเอตรีเซพเตอร์ (Opiate receptor) ที่เข้าสู่ร่างกายจะมีผลต่อระบบประสาท และการลดลงของสารโดปามีนในสมอง ส่งผลต่อกลไกการจดจำความรู้สึกมีความสุขพึงพอใจต่อการออกฤทธิ์ภายหลังการเสพ[7] 1.2) ความรู้สึกและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เครียด และหงุดหงิด ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน โดยความเครียดเป็นตัวกระตุ้นผ่านวงจรสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่เกี่ยวข้องกับการประมวลผลรางวัล ความพึงพอใจ (reward process) โดยทำให้เกิดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และมีฤทธิ์ของยาเสพติดเป็นตัวเสริมแรงเกิดการกระตุ้นภายในสมองให้มีความอยากเสพซ้ำ[8] 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ 2.1) ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวที่พ่อ/แม่ มีปัญหาการเสพสารเสพติด สัมพันธภาพครอบครัวไม่ดีครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพในการดูแลเด็ก ครอบครัวที่ปล่อยปละละเลย ไม่กวดขันความประพฤติ ปล่อยให้เด็กมีอิสระมาก ขาดการเอาใจใส่ของพ่อแม่[9] 2.2) รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว พบว่า ลักษณะครอบครัวที่ขาดการสื่อสารและใช้การสื่อสารเชิงลบ โดยใช้ถ้อยคำหยาบคาย ประชดประชันในครอบครัว 2.3) ความขัดแย้งในครอบครัวเป็นความ

สัมพันธ์ภายในครอบครัวเชิงลบ ทำให้เกิดการแยกตัวของวัยรุ่นออกจากครอบครัว และให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น[10] 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 3.1) ความสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการเสพโดยเฉพาะในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด 3.2) กลุ่มเพื่อน โดยวัยรุ่นที่ต้องการการพึ่งพิงได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน ถูกเพื่อนชักจูงไปในทางที่ผิด หรือคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดก็จะมีการเสพและติดสารเสพติดได้ง่าย[10] จากปัจจัยครอบครัว โดยเฉพาะรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดสภาวะอารมณ์เชิงลบ ความเครียด และส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าว

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวมีความสำคัญต่อสัมพันธภาพคือ เป็นการสร้างพื้นที่ระบายความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ของวัยรุ่น รูปแบบการสื่อสารเป็นไปได้ทั้งรูปแบบเปิด/ปิด ความเปิดกว้างของการสื่อสารช่วยให้วัยรุ่นรับรู้ถึงความใส่ใจของครอบครัว และส่งผลต่อสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ในครอบครัว[11] ซึ่งการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมเชิงลบของลูกนั้น พ่อแม่มีส่วนช่วยให้คำแนะนำ หรือสนับสนุนวิธีการรับมือต่อสถานการณ์ หรืออารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว[12] เป็นบ่อเกิดของสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

จากการทบทวนศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาการสื่อสารในครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาด้านสัมพันธภาพ ความรัก ความอบอุ่น ความสามัคคี นำไปสู่อารมณ์ความรู้สึกและความเครียดเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมการเสพสารเสพติดที่เพิ่มขึ้นของวัยรุ่น และพบว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สามารถช่วยลดปริมาณการเสพได้ดีกว่าการจัดกระทำกับวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลปัจจุบันโดยใช้สื่อออนไลน์นั้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติได้ผลไม่แตกต่างกัน ช่วยส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้วัยรุ่นเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์นั้นคงอยู่ในระบบการรักษา[13]

จากการทบทวนการพยาบาลที่ผ่านมาของ สบยช. เป็นการพยาบาลที่เน้นการให้ความรู้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดเกี่ยวกับสารเสพติด ทักษะปฏิเสธ แนวทางการฟื้นฟูตัวเองเบื้องต้น แต่จากสถิติและข้อมูลที่กล่าวไว้ข้างต้น ยังพบปัญหาการเสพสารเสพติดอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมปริมาณการเสพได้ ซึ่งยังไม่พบรูปแบบการพยาบาลที่เน้นจัดกระทำกับปัจจัยด้านการสื่อสารในครอบครัวที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการสื่อสารในครอบครัวของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดเพื่อนำไปสู่การลดปริมาณการเสพสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

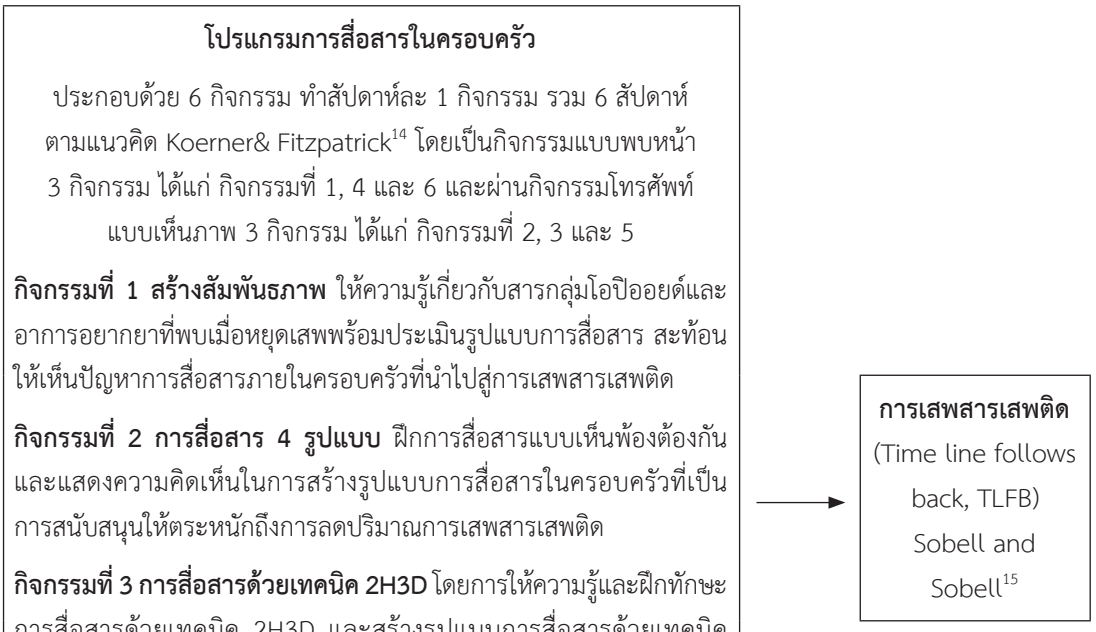
2. เพื่อเปรียบเทียบการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. การเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว ในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว

2. การเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว ในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design)

ประชากร คือ วัยรุ่นชายที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด อายุ 18-24 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด (F11.2: Opioid Use Disorder) และ พ่อ/แม่ ที่เข้ารับการบำบัด โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชายเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด อายุ 18-24 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด และพ่อ/แม่ ที่เข้ารับการบำบัดในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 50 ครอบครัว ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่

.05 และผู้วิจัยประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้จากการศึกษาการลดปริมาณการใช้สารเสพติด โดยครอบครัวมีส่วนร่วมพบว่า ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลที่ 0.8[16] จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ครอบครัว ป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) คิดเป็นร้อยละ 20 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ครอบครัว โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ด้วยการจับคู่ปริมาณการเสพกลุ่มโอปิออยด์โดยวิธีฉีดให้ใกล้เคียง และทำการสุ่มด้วยวิธี Random sampling ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 25 ครอบครัว

เกณฑ์การคัดเลือกวัยรุ่นชายที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน มองเห็นและการสื่อสาร
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก พ่อ/แม่ของวัยรุ่นชายเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน มองเห็นและการสื่อสาร
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิด Family Communication Pattern (FCP) Koerner & Fitzpatrick[14] ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดและพ่อ/แม่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในด้านของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเสพติด สารกลุ่มโอปิออยด์ การใช้สารเสพติดอื่น ระยะเวลาการบำบัดด้วยเมทาโดน ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับในปัจจุบัน การอาศัยอยู่กับครอบครัว และข้อมูลทั่วไปสำหรับพ่อ/แม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด

2.2 แบบประเมินปริมาณการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ (Time line follow back, TLFB) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินการเสพยาบ้า พัฒนาขึ้นโดย Sobell and Sobell[15] ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ[17] แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยเกณฑ์การให้คะแนนจากผลรวมของจำนวนสารกลุ่มโอปิออยด์ที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้แต่ละวัน กับปริมาณสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีหน่วยเป็นกรัม (g) สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนกรัม (g) ที่สูงกว่า หมายถึง มีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มากกว่า ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Pyecha[18] เครื่องมือต้นฉบับประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม โดยมีส่วนประเมินทั้งพ่อ/แม่

และวัยรุ่น ซึ่งวัดการสื่อสารในครอบครัวทั้งสององค์ประกอบหลักของการสื่อสารในครอบครัวตามแนวคิดของ Koerner & Fitzpatrick[14] ได้แก่ 1) การสนทนา (conversation orientation) 15 ข้อคำถาม และ 2) ความสอดคล้อง (conformity orientation) 11 ข้อคำถาม ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ “มากที่สุด” “มาก” “ปานกลาง” “น้อย” “น้อยที่สุด” ให้ระดับคะแนน 1-5 คะแนน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในงานวิจัย โดยใช้ชื่อเครื่องมือเป็นภาษาไทยว่า “แบบประเมินการสื่อสารในครอบครัว” และผู้วิจัยได้ดำเนินการกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำมาแปล ปรับปรุง ข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน องค์ประกอบครอบครัวด้านการสนทนา (conversation orientation: CV) 15 ข้อคำถาม คะแนนอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน และองค์ประกอบครอบครัวด้านความสอดคล้อง (conformity orientation: CF) 11 ข้อคำถาม คะแนนอยู่ในช่วง 11-55 คะแนน แปลค่าโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของการประเมินส่วนของพ่อ/แม่และลูก โดยมีครอบครัวแต่ละประเภทเป็นเกณฑ์ดังภาพที่ 2 ดังนี้

ความสอดคล้องต่ำ (Low conformity)	**การสนทนาสูง (High conversation)**
ครอบครัวประเภทเปิดเสรีทางความคิด	ครอบครัวประเภทเห็นพ้องต้องกัน
CV scores > 45	CV scores > 45
CF scores < 33	CF scores > 33
ครอบครัวประเภทปล่อยปละละเลย	ครอบบครัวประเภทปกป้อง
CV scores < 45	CV scores < 45
CF scores < 33	CF scores > 33
การสนทนาต่ำ (Low conversation)	**ความสอดคล้องสูง (High conformity)**

ภาพที่ 2 ครอบครัวแต่ละประเภทตามแนวคิดของ Koerner & Fitzpatrick (2002)[14]

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นนำไปทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่า แบบประเมินของพ่อ/แม่ เท่ากับ .88 และแบบประเมินของลูกเท่ากับ .80 แล้วนำข้อมูลมาคำนวณวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach’s Alpha Coefficient เท่ากับ .85 โดยประกอบด้วย ค่าความน่าเชื่อถือด้านการสนทนาเท่ากับ .85 ค่าความน่าเชื่อถือด้านความเห็นพ้องต้องกันเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และได้รับอนุมัติจริยธรรม รหัสโครงการวิจัยที่ 66039 เอกสารใบรับรองที่ 007/2567 เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ราย เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง และดำเนินการขออนุมัติเพื่อเก็บข้อมูลวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

2.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินปริมาณการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ (Time line follow back, TLFB)

2.1.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 และ 10 ประเมินพฤติกรรมการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้แบบประเมินปริมาณการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ (Time line follow back, TLFB)

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและพ่อ/แม่ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้แบบประเมินปริมาณการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ (Time line follow back, TLFB) และประเมินการสื่อสารในครอบครัว ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมกับพ่อ/แม่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันรวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยรูปแบบกิจกรรมที่ 1, 4 และ 6 ดำเนินกิจกรรมแบบพบหน้า กิจกรรมที่ 2, 3 และ 5 ดำเนินกิจกรรมโทรศัพท์แบบเห็นภาพ

การกำกับการทดลอง

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการสื่อสารในครอบครัว สัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินการสื่อสารในครอบครัว หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมทันที ทั้งนี้กลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีคะแนนด้านการสนทนามากกว่าหรือเท่ากับ 45 คะแนน และคะแนนด้านความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 33 คะแนน กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะทบทวนแนวทางการสื่อสารในครอบครัวซ้ำ รวมทั้งประเมินปัญหา อุปสรรค และหาทางปรับแก้แล้วประเมินซ้ำ จนกว่าจะผ่านเกณฑ์

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการเสพเฮโรอีนโดยใช้แบบประเมินปริมาณการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ (Time line follow back, TLFB) ก่อนการทดลอง (Pre-Test)

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการเสพเฮโรอีนทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งหมด 2 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินปริมาณการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ (Time line follow back, TLFB) คือ หลังการทดลอง (Post-test) ทันที (สัปดาห์ที่ 6) และสัปดาห์ที่ 10 นับจากวันที่ประเมินพฤติกรรมการเสพเฮโรอีน(Time line follow back, TLFB) ก่อนการทดลอง(Pre-Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง

เบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดในวัยรุ่นที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดภายหลังการทดสอบรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. วัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด จำนวน 46 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 22-24 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 37 ด้านระดับการศึกษาพบว่า จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 28.3 มีสถานภาพโสดเป็นร้อยละ 91.3 ด้านอาชีพพบว่า ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 43.5 เริ่มเสพเฮโรอีนครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.4 รวมระยะเวลาเสพต่อเนื่อง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.4 ชนิดของสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เสพคือ เฮโรอีน ร้อยละ 100 ซึ่งเมื่อพิจารณาปริมาณและความถี่ของการเสพพบว่า เสพปริมาณน้อยกว่า 1g/วัน คิดเป็นร้อยละ 73.9 และนิยมเสพ 1-5 ครั้ง/วัน คิดเป็นร้อยละ 76.1 สำหรับสาเหตุของการเสพซ้ำ ไม่มีสาเหตุมาจากการสื่อสารในครอบครัว ร้อยละ 50 ส่วนพ่อ/แม่ จำนวน 46 คน เป็นเพศ หญิง คิดเป็นร้อยละ 73.9 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในครอบครัว 20,001 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80.4

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว พบว่า การเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันที และก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่การเสพสารกลุ่มโอปิออยด์หลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า การเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันที และก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

3. วัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดที่ครอบครัวเข้ารับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว มีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลงหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มากกว่า วัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 2)

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลอง ทั้ง 21 ครอบครัว มีการสื่อสารในครอบครัวผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดในวัยรุ่นที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว และกลุ่มควบคุม (Wilcoxon Signed Ranks Test)

การทดสอบค่าเฉลี่ย	$\bar{X}$	SD	Median	Quatile rank	Z	*P*
กลุ่มทดลอง (N =21)						
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	9.82	13.29	5	10.3	-3.51	<.001
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลอง 1 เดือน	1.10	2.29	.00	0.87	-3.33	<.001
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	1.02	3.90	.00	0.20	-1.177	.239
กลุ่มควบคุม (N=25)						
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	10.55	12.35	6.40	13	-1.27	.20
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลอง 1 เดือน	7.99	10.10	2.00	14.87	-2.22	.02
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	5.30	8.54	.50	9.25	-1.43	.15

ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดในวัยรุ่นที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม (Mann-Whitney U test)

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม				
	N	Mean	Median	N	Mean	Median	Z	Two-tailed *p*
ก่อนการทดลอง	21	9.82	5.00	25	10.55	6.40	.706	.48
หลังการทดลองทันที	21	1.10	.00	25	7.99	2	2.942	.003
หลังการทดลอง 1 เดือน	21	1.02	.00	25	5.30	0.5	2.567	.01

ระดับนัยสำคัญ .05

การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1 ผลวิจัยพบว่า วัยรุ่นเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวนี้ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการตามแนวคิด Koerner & Fitzpatrick[14] เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยหลักที่ทำให้ลดการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีด โดยมีกระบวนการที่สำคัญคือ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด พบว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการ

บำบัด สามารถช่วยลดปริมาณการเสพในวัยรุ่นได้ดีกว่าการจัดกระทำกับวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว[13] จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในระยะก่อนการทดลองการดำเนินโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว การเสพสารเสพติดของวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งวัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดนั้นเป็นกลุ่มที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดฤทธิ์ของสารจะกดประสาทส่วนกลาง อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกกดการทำงาน เมื่อหยุดเสพจะมีอาการขาดยารุนแรง อวัยวะต่าง ๆ บีบเกร็ง รู้สึกทรมานจึงเป็นเหตุให้เลิกเสพได้ยาก[6]

เมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งแบ่งองค์ประกอบการสื่อสารออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ (1) การสนทนา (Conversation orientation) เป็นการสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการโต้ตอบอย่างเปิดกว้าง ไม่จำกัดหัวข้อหรือความคิดเห็น และ (2) ความสอดคล้อง (Conformity orientation) ที่เน้นความสามัคคี การทำกิจกรรมร่วมกันและการหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารระหว่างพ่อแม่และลูกมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สมาชิกครอบครัวมีการพูดคุยกันมากขึ้นผ่านกิจกรรมร่วมกัน ใช้เวลาอยู่ด้วยกันเพิ่มขึ้น และมีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการรักษาอย่างมีเหตุผล ตัวอย่างคำพูด เช่น “เราตกลงกันว่าถ้าน้องยังใช้ยาอยู่ แม่จะให้น้องหยุดเรียนก่อน...ช่วงนี้เขาเรียนภาษาออนไลน์อยู่บ้าน” หรือ “พ่อฟังน้องมากขึ้น ทำให้น้องมาเล่าเรื่องงานเรื่องทั่วไป รวมถึงเรื่องการเลิกบุหรี่ให้ฟัง” สะท้อนให้เห็นว่าบรรยากาศในบ้านดีขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น และความรุนแรงในครอบครัวลดลง แม้ในช่วงที่เกิดการเสพซ้ำ จากผลการศึกษาลักษณะครอบครัวที่ขาดการสื่อสารหรือใช้การสื่อสารเชิงลบ เช่น การใช้ถ้อยคำหยาบคายหรือประชดประชัน พบว่า ส่งผลต่อการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น[10] โปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวตามแนวคิดของ Koerner & Fitzpatrick[14] จึงช่วยปรับรูปแบบการสื่อสารให้เป็นแบบ Consensual ที่ประกอบด้วยการสนทนาเชิงบวก การรับฟังความคิดเห็นทั้งสองฝ่าย การเปิดพื้นที่ให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก และการร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดภายใต้กิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความรัก ความผูกพัน และความสามัคคีมากขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 วัยรุ่นเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวมีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ โดยการจับคู่ปริมาณการเสพที่ใกล้เคียงกัน (Match Paired) แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ยการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.82 หลังการทดลองทันทีเท่ากับ 1.10 และหลังการทดลอง 1 เดือนเท่ากับ 1.02 โดยมีค่าเฉลี่ยการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลงตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ก่อนการทดลองเท่ากับ 10.55 หลังการทดลองทันทีเท่ากับ 7.99 และหลังการทดลอง 1 เดือนเท่ากับ 5.30 เมื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่า วัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดที่ครอบครัวเข้ารับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว มีการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ลดลงหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน มากกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายกระบวนการในแต่ละกิจกรรมที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนการเสพสารเสพติดได้ตามกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม

ดังนั้นสรุปได้ว่า พ่อ/แม่ที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัว มีการนำเทคนิคการสื่อสารไปปรับ

ใช้กับลูกภายในครอบครัวเพื่อลดการเสพสารเสพติด ส่งผลให้วัยรุ่นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มที่ติดยาเสพติดประเภทอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยที่เสพติดยาเสพติดประเภทอื่น ๆ ว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการติดยาเสพติดหรือไม่

2. ควรจัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม เพื่อให้พ่อ/แม่ได้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การสื่อสารและควรจัดกิจกรรมการสื่อสารในครอบครัวสำหรับลูกวัยรุ่น เพื่อเป็นการส่งเสริมการสื่อสารแบบสองทางตามหลักการสื่อสารด้วยเทคนิค 2H3D และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นได้แสดงความคิดความรู้สึกของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยจากมูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์ พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล แหล่งสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Azadfard M, Huecker MR, Leaming JM. Opioid addiction. National Library of Medicine [Internet]. 2023 Jan 1. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448203
2. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2013; 91(2): 102-23. https://doi.org/10.2471/BLT.12.108282
3. Office of the Secretary, Committee for the Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts, Ministry of Public Health. Performance report on treatment implementation: Thanyarak Institute units [Internet]. 2022. Available from: https://antidrugnew.moph.go.th/
4. Princess Mother National Institute for Drug Abuse Treatment. Number of clients receiving services at Harm Reduction Centers, fiscal years 2020-2022 [unpublished manuscript]. 2023. (In Thai).
5. Hassanbeigi A, Askari J, Hassanbeigi D, Pourmovahed Z. The relationship between stress and addiction. Procedia Soc Behav Sci. 2013; 84: 1333-40. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.752
6. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. Addict Behav. 2005; 30(6): 1209-24. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.12.011
7. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology. 2010; 35(1): 217-38. https://doi.org/10.1038/npp.2009.110

8. Koob GF, Le Moal M. Plasticity of reward neurocircuitry and the 'dark side' of drug addiction. Nat Neurosci. 2005; 8(11): 1442-4. https://doi.org/10.1038/nn1105-1442
9. Chaiudomsom K, Paholpak P, Wattanawitkit P, Apisitpinyoyo S. Psychiatry. 2nd ed. Bangkok: Khlang Nanawitthaya Press; 2017. (In Thai).
10. Chumueang P, Photipirun W. A study of factors influencing drug use among drug-related offenders: a case study in Songkhla Province [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2020. (In Thai).
11. Mičková Z. Adolescence and manifestation emotions in the family. AD ALTA J Interdiscip Res. 2015; 5(1): 55-8. https://doi.org/10.33543/05015558
12. Peterson R, Green S. Families first-keys to successful family functioning: communication. Virginia Cooperative Extension; 2009. Available from: http://hdl.handle.net/10919/48300
13. Fernandez E, Woldgabreal Y, Day A, Pham T, Gleich B, Aboujaoude E. Live psychotherapy by video versus in-person: a meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. Clin Psychol Psychother. 2021; 28(6): 1535-49. https://doi.org/10.1002/cpp.2594
14. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Toward a theory of family communication. Commun Theory. 2002; 12(1): 70-91. https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2002.tb00260.x
15. Sobell LC, Sobell MB. Timeline Follow-Back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: Litten RZ, Allen JP, editors. Measuring alcohol consumption: psychosocial and biochemical methods. Totowa (NJ): Humana Press; 1992. p.41-72. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-0357-5_3
16. Liddle HA, Dakof GA, Rowe CL, Henderson C, Greenbaum P, Wang W, Alberga L. Multidimensional family therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. J Subst Abuse Treat. 2018; 90: 47-56. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011
17. Suwannachot KS. Effectiveness of a motivational enhancement and brief cognitive therapy group on relapse among methamphetamine users with psychiatric comorbidity at a psychiatric hospital in Southern Thailand [doctoral dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (In Thai).
18. Pyecha AJ. Family communication patterns during recovery maintenance: relapse prevention for alcoholics & addicts [master's thesis]. Norfolk (VA): Old Dominion University; 2020.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียน

พีรวิทย์ พันธ์ฤทธิ์ดำ* สุนิศา สุขตระกูล**
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลต่ออาการออทิสติก*

แบบแผนงานวิจัย: *การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง*

วิธีการศึกษา: *กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีอายุ 6-12 ปี ได้แก่ บิดา มารดา จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ได้รับการจับคู่ระยะเวลาการดูแลและระดับอาการออทิสติก แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม โปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล และแบบประเมินความรู้สึกถูกตีตราร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที*

ผลการศึกษา: *1) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

สรุป: *โปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลช่วยให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนลดลงได้*

คำสำคัญ: ความรู้สึกถูกตีตราร่วม/ ผู้ดูแลเด็กออทิสติก/ อาการออทิสติก/ เด็กออทิสติกวัยเรียน/ การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 118-131

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
E-mail: auyyoo@yahoo.com

The Effect of Group Internet-Supported for Caregivers' Affiliate Stigma Management Program on Autistic Symptoms Among School-Age with Autism Spectrum Disorder

Peeravit Panritdum* Sunisa Suktrakul**

Abstract

Purpose: *To study the effect of a group internet-supported for caregivers' affiliate stigma management program on autistic symptoms among school-age with autism spectrum disorder*

Design: *Quasi-experimental research with a pretest-posttest design involving two groups*

Method: *The sample consisted of 40 caregivers (parents) of school-age with autism spectrum disorder, aged 6-12 years, who met the eligibility criteria and received services at the outpatient department of Rajanukul Institute. The caregivers were paired based on caregiving duration and severity of autistic symptoms, then randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 20 pairs in each group. The experimental group received the group internet-supported for caregiver's affiliate stigma management program for 3 weeks, while the control group received standard nursing care. The research instruments included the autistic symptom assessment scale (ATEC), the group internet-supported for caregiver's affiliate stigma management program, and the affiliate stigma assessment scale. Data were analyzed using t-test statistics with statistical significance set at the .05 level*

Findings: *1. The mean autistic symptom scores of school-age with autism spectrum disorder in the experimental group were significantly lower after the intervention compared to before the experiment ($p < .001$). 2. The mean difference in autistic symptom scores between the experimental group and the control group was statistically significant at the .05 level.*

Conclusion: *The group internet-supported for caregiver's affiliate stigma management program helps reduce autistic symptoms in school-age with autism spectrum disorder.*

Keyword: Affiliate stigma/ Caregiver for autistic children/ Autism symptoms/ Autistic school-age, Internet-supported

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 118-131

Article info: received December 13, 2024; revised November 18, 2025; accepted November 29, 2025

* 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: auyyoo@yahoo.com

บทนำ

เด็กออทิสติกวัยเรียนเป็นผู้ที่มีความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการมีพฤติกรรมและความสนใจที่จำกัดและเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ[1] เป็นวัยที่สมองมีการพัฒนาเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคม การสื่อสาร อารมณ์ ภาพลักษณ์และทัศนคติ แต่จากอาการออทิสติก แสดงออกของความผิดปกติของพัฒนาการที่ไม่สอดคล้องตามวัย สามารถแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร ด้านที่ 2 ความสามารถทางสังคม ด้านที่ 3 ประสาทสัมผัสรับความรู้สึกและความคิด/การรับรู้ และด้านที่ 4 สุขภาพร่างกายและพฤติกรรม[2] จากข้อมูลสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของสถาบันราชานุกูล มีผู้ป่วยเด็กออทิสติกเข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2562-2566 เป็นจำนวน 12,578 7,889 7,136 9,060 และ 11,327 ราย ตามลำดับ ในขณะที่แผนกผู้ป่วยในมีจำนวน 4,037 2,915 2,201 3,255 และ 5,582 ราย ตามลำดับ[3] สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี 2562-2564 มีจำนวน 14,793 13,329 และ 14,830 ราย ตามลำดับ[4] จากสถิติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า จำนวนเด็กออทิสติกมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

ความรู้สึกถูกตีตราร่วมของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลและส่งผลให้เกิดปัญหาการดูแลเด็ก เกิดผลกระทบในหลากหลายด้านทั้งความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระจากการเป็นผู้ดูแลหลัก เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิตและการดูแลเด็กออทิสติกประจำวันของผู้ดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนลดลง ทำให้เด็กออทิสติกวัยเรียนไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา ดังนั้น การจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก เกิดมุมมองต่อการดูแลเด็กออทิสติกในทางบวก เพิ่มความสามาถในการจัดการกับอาการออทิสติก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียน

แนวคิดการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมของผู้ดูแลเด็กออทิสติกของ Lodder et al.[5] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเผชิญ รับรู้ และเข้าใจกับพฤติกรรม 2) การสร้างความหมายเชิงบวกของการดูแล 3) การสร้างความเข้มแข็งทางใจ และคุณค่าในตนเอง 4) การค้นหาแหล่งสนับสนุน 5) การเพิ่มความเห็นอกเห็นใจและให้อภัยตนเอง และ 6) การลดความรู้สึกทางลบต่อตนเองที่จะส่งผลให้ความรู้สึกถูกตีตราร่วมลดลง นำไปสู่การทำบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติก เพิ่มทักษะการจัดการกับอาการออทิสติก ทำให้ผู้ดูแลเกิดมุมมองต่อการดูแลเด็กออทิสติกในทางบวก ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล และสามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกดีขึ้นได้[5]

หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบบการให้การบริการต่าง ๆ ได้มีการปรับตัวโดยนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการติดต่อสื่อสารผ่านทางออนไลน์เป็นหลักตามแนวคิดชีวิตวิถีใหม่ (New normal) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้บริการทางการแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถช่วยลดอาการทางจิตเวช และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถช่วยให้เข้าถึงบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถส่งเสริมทักษะและวิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางจิตเวช พร้อมทั้งช่วยสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้เกิดการบริการที่สะดวก รวดเร็วและปลอดภัย รวมไปถึงการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง[6]

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดการรับรู้การถูกตีตราร่วมของผู้ดูแลเด็กออทิสติกของ Lodder et al.[5] ร่วมกับการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล โดยใช้ Google Classroom ร่วมในการดำเนินกิจกรรม ที่จะนำไปสู่การการจัดการความคิด ความรู้สึกภายในของผู้ดูแล และนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมไม่ที่เหมาะสม เพื่อลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียน

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มควบคุม (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลของเด็กออทิสติกที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-V ว่าเป็นโรคออทิสซึม อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา และญาติสายตรง (ปู่ ย่า ตา หรือยาย) ที่มีหน้าที่ดูแลเด็กโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 40 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้จากการศึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพในผู้ดูแลในการลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก[7] ที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษานี้ พบว่าค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.91 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่ม โดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล

ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ตามแนวคิด Lodder et al. (2020) ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และการรับรู้ความรู้สึกถูกตีตราร่วม
สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้โรคออทิสซึม และการรับรู้ความรู้สึกถูกตีตราร่วม

กิจกรรมที่ 2 ความหมายเชิงบวกของการดูแล
เพิ่มความหมายเชิงบวกของการดูแลเด็กออทิสติก เพื่อให้เกิดความมั่นใจการดูแลและพร้อมเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ที่เด็กออทิสติกแสดงอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกถูกตีตราร่วม

กิจกรรมที่ 3 ความเข้มแข็งทางใจและคุณค่าในตนเอง
เพิ่มความเข้มแข็งทางใจ และเพิ่มคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการจัดการกับอุปสรรค เพื่อให้เกิดความสามารถในการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมและนำไปสู่การจัดการอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก

กิจกรรมที่ 4 ความเห็นอกเห็นใจและให้อภัยตนเอง
เพิ่มความเห็นอกเห็นใจและให้อภัยตนเอง ใส่ใจและเปิดใจในการรับรู้ความทุกข์ ยอมรับตนเองด้วยความรักและความเข้าใจ จัดการกับความรู้สึกผิด เมื่อต้องเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ที่เด็กออทิสติกแสดงอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การเผชิญและการจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วม
พัฒนาทักษะการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วม และวิธีการเผชิญกับความรู้สึกถูกตีตราร่วมและอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 ก้าวต่อไป
การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การคงสภาพทักษะการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วม และการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กออทิสติก

→

อาการออทิสติก
Rimland and Edelson (1999)
- ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษา และการสื่อสาร
- ด้านที่ 2 ความสามารถทางสังคม
- ด้านที่ 3 ประสาทสัมผัสรับความรู้สึกและความคิด/การรับรู้
- ด้านที่ 4 สุขภาพร่างกายและพฤติกรรม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

32 คน ป้องกันการสูญหาย (Drop out) คิดเป็นร้อยละ 20 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และได้รับการจับคู่ระยะเวลาการดูแลและระดับอาการออทิสติก แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ได้แก่ บิดา มารดา และญาติสายตรง (ปู่ ย่า ตา หรือยาย) ที่มีหน้าที่ดูแลเด็กโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป
2. สามารถพูด ฟังและอ่านภาษาไทยได้
3. มีเครื่องมือสื่อสารที่ใช้อินเทอร์เน็ตในการติดต่อสื่อสารและร่วมกิจกรรมได้
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. เด็กหรือผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาทำการวิจัย

เกณฑ์การยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (discontinuation criteria) มีดังนี้

1. ขอถอนตัวออกจากการวิจัย
2. เข้ารับการบำบัดไม่ครบตามกำหนดของโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567 รหัสโครงการ RI.IRB 088/2566_Ful ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดจากการดำเนินการวิจัยจะถือเป็นความลับ มีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กออทิสติก ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ อายุที่สังเกตความผิดปกติได้ครั้งแรก อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก และการรักษาในปัจจุบัน และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก อายุ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อุปกรณ์หลักที่สามารถใช้อินเตอร์เน็ตได้ และ Gmail สำหรับเข้าร่วม Google classroom และแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก จำนวน 5 คน

1.2 แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (ATEC) สร้างโดย Rimland and Edelson (1999) ปรับปรุงโดย อัญชรส ทองเพ็ชร ปรับจากฉบับที่แปลโดย วนาลักษณ์ เมืองมลมณีรัตน์ และคณะ เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับและได้รับการแปลย้อนกลับจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาแล้ว ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 77 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร จำนวน 14 ข้อ ด้านที่ 2 ความสามารถทาง

สังคม จำนวน 20 ข้อ ด้านที่ 3 ประสาทสัมผัสรับความรู้สึกและความคิด/การรับรู้ จำนวน 18 ข้อ และด้านที่ 4 สุขภาพร่างกายและพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมด 154 คะแนน มีค่าความน่าเชื่อถือ เท่ากับ .93

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดการรับรู้การถูกตีตราร่วมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ของ Lodder et al.[5] มีทั้งหมด 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมแบบพบหน้า จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1, 4 และ 6 และกิจกรรมทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อออนไลน์ Google Classroom จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2, 3, และ 5 ภายในโปรแกรมยังประกอบด้วยเอกสาร คู่มือการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมและการดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ดูแล และคู่มือการใช้งานห้องเรียนของกูเกิล (Google Classroom) และโปรแกรมซูม (ZOOM) และโปรแกรมฯ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก จำนวน 5 คน

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความรู้สึกถูกตีตราร่วม (Affiliate Stigma Scale, ASS) พัฒนาโดย Mak & Cheung[7] โดยผู้วิจัย ได้รับการอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในการศึกษา และทำการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ 22 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมด 88 คะแนน แบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษากับบริบทของประเทศไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก จำนวน 5 คน

การเก็บรวมรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน และดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยเชิญชวนผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัย และจากนั้นผู้ช่วยวิจัยอธิบายและสาธิตการประเมินแบบสอบถามในแต่ละข้ออย่างละเอียด และให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติและประเมินแบบประเมิน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (ATEC) และแบบประเมินความรู้สึกถูกตีตราร่วม

2.1.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลของเด็กออทิสติกได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินแบบประเมินความรู้สึกถูกตีตราร่วม (ASS) และสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (ATEC)

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยเชิญชวนผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัย และจากนั้นผู้ช่วยวิจัยอธิบายและสาธิตการประเมินแบบสอบถามในแต่ละข้ออย่างละเอียด และให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติและประเมินแบบประเมิน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล แบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (ATEC) และแบบประเมินความรู้สึกถูกตีตราร่วม

2.2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลของเด็กออทิสติกได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล ทั้ง 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์

2.2.3 ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินแบบประเมินความรู้สึกถูกตีตราร่วม (ASS) และสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (ATEC)

3. ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียน ตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (ATEC)

3.2 รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียน ตามแบบประเมินอาการออทิสติกของโรคออทิสซึม (ATEC) ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ดูแลประเมินแบบประเมินความรู้สึกถูกตีตราร่วม (ASS) ก่อนดำเนินกิจกรรมที่ 1 และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 3 ทันที โดยกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนความรู้สึกถูกตีตราร่วมลดลงกว่าก่อนการทดลอง ในกรณีที่ผู้ดูแลมีคะแนนเพิ่มขึ้นหรือเท่ากับก่อนการทดลอง ผู้วิจัยจะนำผู้ดูแลมาทบทวนเพื่อหาทางแก้ไขจนกว่าผู้ดูแลจะมีคะแนนคะแนนความรู้สึกถูกตีตราร่วมลดลง และผลการกำกับทดลอง กลุ่มทดลองจำนวน 2 คน เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 6 กิจกรรม จึงไม่ถูกนำมาพิจารณาในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ดูแลของเด็กออทิสติก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่มีตัวแปรไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่มีตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. เด็กออทิสติกวัยเรียนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89.47 อายุ 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.05 อายุที่สังเกตความผิดปกติครั้งแรกเมื่ออายุ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.58 อาการที่สังเกตพบความผิดปกติครั้งแรก คือ ด้านที่ 1 การพูดการใช้ภาษาและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 65.79 มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 71.05 และในผู้ดูแลเด็กออทิสติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 86.84 อายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.32 มีระยะเวลาการดูแลเด็กออทิสติกมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.79 มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 39.47 ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 31.58 มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.58 รายได้ต่อเดือนเพียงพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 39.47 และทุกคนใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟนเป็นอุปกรณ์หลักที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกรวม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองอยู่ที่ 53.70 (SD = 21.74) และ 49.06 (SD = 20.68) ตามลำดับ ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการออทิสติก	n	$\bar{X}$	SD	df	t	*p*-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	18	53.78	21.74	17	3.879	<.001
หลังการทดลอง	18	49.06	20.68			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	20	53.85	21.75	19	-1.553	.068
หลังการทดลอง	20	54.50	22.36			

ระดับนัยสำคัญ .05

3. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกรวมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกรวมภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนอาการออทิสติก	n	$\bar{d}$	$S_{\bar{d}}$	df	t	*p*-value
กลุ่มทดลอง	18	3.50	7.45	36	2.413	.011
กลุ่มควบคุม	20	-.65	1.87			

ระดับนัยสำคัญ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนลดลงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมของผู้ดูแลโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต จะเน้นการรับรู้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกถูกตีตราร่วม รวมถึงการเผชิญและการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 เผชิญ รับรู้ และเข้าใจกับพฤติกรรม องค์ประกอบที่ 2 สร้างความหมายเชิงบวกของการดูแล องค์ประกอบที่ 3 สร้างความเข้มแข็งทางใจและคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบที่ 4 ค้นหาแหล่งสนับสนุน องค์ประกอบที่ 5 เพิ่มความเห็นอกเห็นใจและให้อภัยตนเอง และองค์ประกอบที่ 6 ลดความรู้สึกทางลบต่อตนเอง โดยเน้นบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติก และเพิ่มทักษะการจัดการกับอาการออทิสติกที่จะนำไปสู่ความคิดความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เพื่อให้ความรู้สึกถูกตีตราร่วมลดลง ทำให้ผู้ดูแลเกิดมุมมองต่อการดูแลเด็กออทิสติกในทางบวก ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลและสามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกดีขึ้น[8]

การที่อาการออทิสติกของกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการออทิสติกหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง เมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการตามเทคนิคต่าง ๆ ของโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล พบว่า เมื่อเด็กออทิสติกแสดงอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะถูกสังคมภายนอกจ้องมอง แบ่งแยก ปฏิเสธ กีดกัน ทำให้แตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกตีตราร่วม ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางความรู้สึก ได้แก่ โกรธ โมโหหงุดหงิด น้อยใจ เสียใจ อาย กลัว ท้อแท้ เครียด กังวล และรู้สึกผิด และการแสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ ดุ ว่ากล่าว ทำโทษ หรือการนำเด็กออกจากสถานที่นั้น หลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ เปลี่ยนหรือย้ายสถานที่ในการพาเด็กเข้าสังคม และลดการพาเด็กเข้าสู่สังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอาย และลำบากใจจากปฏิกิริยาแง่ลบของบุคคลในสังคม เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในสังคมทั้งตนเองและครอบครัว จนเกิดความรู้สึกความรู้สึกถูกตีตราร่วม หลีกเลี่ยงการติดต่อหรือพบปะกับบุคคลอื่นในสังคม พยายามแยกตนเองและครอบครัวออกจากสังคม[9, 10] และยิ่งเด็กออทิสติกมีอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกตีตราร่วมมากขึ้น และทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กออทิสติกลดลง[11]

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า เมื่อให้การพยาบาลด้วยโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตรา

ร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล เน้นบทบาทในการดูแลเด็กออทิสติก และเพิ่มทักษะการจัดการกับอาการออทิสติกที่จะนำไปสู่ความคิดความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เพื่อให้ความรู้สึกถูกตีตราร่วมลดลง ทำให้ผู้ดูแลเกิดมุมมองต่อการดูแลเด็กออทิสติกในทางบวก ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล และสามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกดีขึ้น[5] ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล มีทั้งหมด 6 กิจกรรม มีการจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน สามารถนำความรู้และทักษะความสามารถที่ได้รับไปเผชิญและจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์จริงที่ได้ประสบมา ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญและจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วมและอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกได้ โดยเฉพาะความหมายเชิงบวกของการดูแล ซึ่งเป็นวิธีการที่มุ่งเน้นให้เกิดความหมายเชิงบวกในการดูแลเด็กออทิสติก ทั้งความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการดูแล คุณค่าของการดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียน ก่อให้เกิดความมั่นใจการดูแลและพร้อมเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกถูกตีตราร่วม[12] และยังรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรค รวมถึงการมองเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดความสามารถในการจัดการกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกภายใน และความรู้สึกถูกตีตราร่วม ทำให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงคุณค่าในการดูแลทั้งต่อตัวผู้ดูแลเองและการดูแลอาการของเด็กออทิสติก[13] และความเห็นอกเห็นใจและให้อภัยตนเอง การใส่ใจและเปิดใจในการรับรู้ความทุกข์ของตนเอง เพื่อก้าวข้ามผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากหรือการทำผิดพลาดโดยไม่หลีกหนีหรือละเลยต่อความทุกข์ที่มีในใจตนเอง ก่อให้เกิดคุณค่าและความมั่นใจในการดูแล พร้อมเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ[14] พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมีกับสถานการณ์ที่ยากต่อการจัดการได้[12, 15]

ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเอง สามารถเผชิญและจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วม ลดการแยกตัวของตนเองเด็กออทิสติกและครอบครัวออกจากสังคมออกจากสังคม และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกได้ เพิ่มความสามารถในการเสริมพัฒนาการด้านประสาทสัมผัสรับความรู้สึกและความคิด/การรับรู้ เช่น เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจเรื่องราวที่อธิบายให้ฟังได้ มีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แสดงความสนใจอยากรู้อยากเห็น และมองตามสิ่งที่คนอื่นกำลังมองอยู่ เป็นต้น และด้านสุขภาพร่างกายและพฤติกรรม เช่น ลดข้อจำกัดของการรับประทานอาหาร ลดความวิตกกังวล ร้องไห้ลดลง สามารถปรับตัวกับกิจวัตรประจำวันที่มีการเปลี่ยนแปลงไปได้ เป็นต้น ให้กับเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญและจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วมได้อย่างเหมาะสม ปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งนำความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการออทิสติก ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้

สรุปได้ว่า การบำบัดรักษาเพื่อลดอาการออทิสติกต้องจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการออทิสติกด้านตัวเด็ก ด้วยการเสริมพัฒนาการ และการบำบัดจากทีมสหวิชาชีพร่วมด้วย อีกปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการออทิสติกด้านผู้ดูแล ด้วยการจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ด้วยการให้การพยาบาลโดยเน้นการจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วม ซึ่งเป็นความรู้สึกภายในของผู้ดูแล สามารถจัดการกับ

อาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติกได้ และลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียน และในการศึกษาครั้งนี้เป็นการให้การพยาบาลที่เป็นลำดับขั้นตอน มีแนวทางในการปฏิบัติและมีคู่มือที่ใช้ประกอบการดำเนินการกับผู้ดูแลเด็กออทิสติก เพื่อให้ดูแลสามารถจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วม และดูแลเด็กออทิสติกได้ด้วยตนเอง และหากผู้ดูแลไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยจะให้การปรึกษาและชี้แนะวิธีการจนกว่าจนกว่าจะสามารถเข้าใจวิธีการได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญและจัดการกับความรู้สึกถูกตีตราร่วมได้อย่างเหมาะสม ปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งนำความรู้ที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการออทิสติก ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนำโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแล เป็นทางเลือกสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตในการทำความเข้าใจกับความรู้สึกภายในของตัวเอง และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะและเรียนรู้กับสถานการณ์จริงจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง และยังเป็นการลดทรัพยากรทางด้านค่าใช้จ่ายของ และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรับบริการในการรับการบริการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความสามารถในการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลในการดูแลเด็กออทิสติกวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความสำคัญของการให้การพยาบาลผู้ดูแล ควบคู่กับการให้การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความรู้สึกภายในของตนเอง และเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มเติมเนื้อหาการตีตรา และความรู้สึกถูกตีตราร่วมในเนื้อหาของการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ดำเนินการศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยเรียนในระยะยาว ศึกษาวิจัยการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ทั้งหมด และพัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมและการฝึกทักษะการจัดการกับอาการออทิสติกอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน รวมไปถึงการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความรู้สึกถูกตีตราร่วมแบบกลุ่มโดยการสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตของผู้ดูแลในผู้ดูแลของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอื่น ๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่อาจเกิดความรู้สึกถูกตีตราร่วมได้เช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน แหล่งสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

Reference

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Rimland B, Edelson SM. Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) [Internet]. 1999 [cited 2019 Mar 15]. Available from: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft03995-000
3. Rajanukul Institute. Statistics of Rajanukul Institute services 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 14]. Available from: https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/FM-10230-1702518419.pdf
4. Yuwaprasart Waithayopathum Child and Adolescent Psychiatric Hospital. Annual performance report 2019-2021 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 6]. Available from: https://ycap.go.th/about/182-รายงานผลการดำเนินงานประจำปี
5. Lodder A, Papadopoulos C, Randhawa G. SOLACE: a psychosocial stigma protection intervention to improve the mental health of parents of autistic children-A feasibility randomised controlled trial. J Autism Dev Disord. 2020; 50: 4477-91.https://doi.org/10.1007/s10803-020-04498-0
6. McDevitt SE. While quarantined: an online parent education and training model for families of children with autism in China. Res Dev Disabil. 2021; 109: 1-9. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103851
7. Mak WWS, Cheung RYM. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. J Appl Res Intellect Disabil. 2008; 21: 532-45.https://doi.org/10.1111/ j.1468-3148.2008.00426.x
8. Gray DE. Perceptions of stigma: the parents of autistic children. Sociol Health Illn. 1993; 15: 102-20. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11343802
9. Gray DE. 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. Sociol Health Illn. 2002; 24: 734-49. https://doi.org/10.1111/1467-9566.00316
10. Mak WWS, Kwok YTY. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. Soc Sci Med. 2010; 70: 2045-51. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.023
11. Broady TR, Stoyles GJ, Morse C. Understanding carers' lived experience of stigma: the voice of families with a child on the autism spectrum. Health Soc Care Community. 2017; 25(1): 224-33. https://doi.org/10.1111/hsc.12297
12. Werner S, Shulman C. Subjective well-being among family caregivers of individuals with developmental disabilities: the role of affiliate stigma and psychosocial moderating variables. Res Dev Disabil. 2013; 34: 4103-11. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.029

13. Wong CCY, Mak WWS, Liao KYH. Self-compassion: a potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. Mindfulness. 2016; 7: 1385-95. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0580-2

14. Lovell B, Wetherell MA. Affiliate stigma, perceived social support and perceived stress in caregivers of children with autism spectrum disorder: a multiple mediation study. Arch Psychiatr Nurs. 2019; 33: 31-5. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.08.012

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ศจิกา ขุนบำรุง* เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์** สุดาพร สถิตยุทธการ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยกึ่งทดลอง*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม 4) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที*

ผลการศึกษา: *การทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองหลังรับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

สรุป: *บุคลากรทางสุขภาพควรนำรูปแบบของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน*

คำสำคัญ: โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ/ การทำหน้าที่ทางสังคม/ ผู้ป่วยจิตเภท

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 132-144

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** ผู้รับผิดชอบร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

E-mail: s.khunbamrung@gmail.com

The Effect of Integrated Self-Efficacy Program on Social Functioning of Persons with Schizophrenia

Sajika Khunbamrung* Pennapa Dangdomyouth** Sudaporn Stithyudhakarn***

Abstract

Purpose: *To study the effect of the integrated self-efficacy program on social functioning of persons with schizophrenia.*

Design: *Quasi-experimental research.*

Method: *The sample were persons with schizophrenia in patient 40 persons who met the inclusion criteria and received service at In-patient Suansaranrom Psychiatric Hospital. Divided into the experimental group and the control group, 20 schizophrenic patients. Research instruments comprised of 1) The integrated self-efficacy program 2) personal patient's record 3) scale on social functioning scale and 4) Assessment of self-efficacy in management. All instruments were verified for content validity by professional experts. Data were analyze using descriptive statistics and t-test.*

Result: *Social Functioning of experimental group after received the The integrated self-efficacy program was significantly better than that before receiving the program at p .05 and Social Functioning of experimental group was significantly better than control group at p .05*

Conclusion: *Health workers should apply the integrated self-efficacy program to promote patient social functioning to return to the community.*

Keyword: The integrated self-efficacy program/ social functioning/ schizophrenic patients

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 132-144

Article info: received June 14, 2024; revised July 13, 2025; accepted November 18, 2025

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

** Corresponding author, Asst. Prof., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Research Advisor.

*** Corresponding author, Asst. Prof., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Research Advisor.
E-mail: s.khunbamrung@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทส่งผลต่อการทำหน้าที่ส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม การศึกษา และอาชีพ[1] ร้อยละ 70-90 พบอุปสรรคด้านอาชีพและที่อยู่อาศัย ร้อยละ 88 บกพร่องการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย[2] ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัวจากครอบครัวและชุมชน[3] พบผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ขาดการช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา การพาไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล การพาเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม[4] เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชน เพียงแค่อาการทุเลา แต่ยังมีอาการทางลบหลงเหลืออย่างน้อย 1 อาการ[5] ทำให้เกิดความเสื่อมต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน ส่งผลต่อความคิดความเชื่อในการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดด้วย[6]

การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของตนเองขั้นพื้นฐานรวมถึงความสามารถในการปรับตัวทางสังคมและสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ ความเครียดได้[7] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อแสดงพฤติกรรม[8] 2) ปัจจัยด้านอาการทางลบ[9] โดยผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบหลงเหลือ สีหน้าเฉยเมย ไม่พูดจา ขาดทักษะในการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ และการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ไม่อาจสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ 3) ปัจจัยด้านการรักษา[10] พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ช่วยควบคุมอาการทางจิต เกิดความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วย และเข้าใจผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติตาม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการปรับเปลี่ยนตนเองต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง[6] เพื่อลดอาการทางลบ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา นำไปสู่การทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)[8] ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ การโน้มน้าวด้วยคำพูดชักจูง จดจำสัญลักษณ์และนำมาปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจก่อให้เกิดความสามารถต่อการจัดการอาการทางลบ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย[11] พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยังพบการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการฝึกที่เน้นการทักษะทางสังคมอย่างเข้มข้นมากกว่าการให้ความรู้พื้นฐาน[12] โดยเรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ของคนในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือคนใกล้ชิด และแก้ปัญหาความสัมพันธ์ได้อย่างดี[13] ตามแนวคิดของ Bellack et al.[14] ซึ่งเป็นแนวคิดการฟื้นฟูด้านทักษะสังคมส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ภายใต้กิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านรูปแบบการสอนเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจตัวแบบและการสะท้อนกลับต่อพฤติกรรมเชิงบวกก่อให้เกิดทักษะและลดความเครียด[15] สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahrous et al.[16] และ Takaloo et al.[17] พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ด้านการสื่อสาร การแสดงความรู้สึก การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยใช้ผู้บำบัดเป็นตัวแบบในการแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อ

สถานการณ์นั้นและฝึกตามบทบาทสมมติ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อคงพฤติกรรมที่ดีไว้ และแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องร่วมกับการให้การบ้านเพื่อฝึกปฏิบัติจากประสบการณ์จริงซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997)[8] ในผู้ป่วยจิตเภทช่วยส่งเสริมความมั่นใจในตนเองในการปรับเปลี่ยนตนเองในการเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อลดอาการทางลบ และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ ผ่านปัจจัยการเรียนรู้ทั้ง 4 ปัจจัย และพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การแนะนำให้ข้อมูล การจัดการอาการทางลบ ตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง เข้าใจถึงผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาร่วมกับการบูรณาการการฝึกทักษะทางสังคมตามแนวคิดของ Bellack et al.[14] ในการพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคม เพื่อลดช่องว่างการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระภายใต้ข้อจำกัดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง และการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

2. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

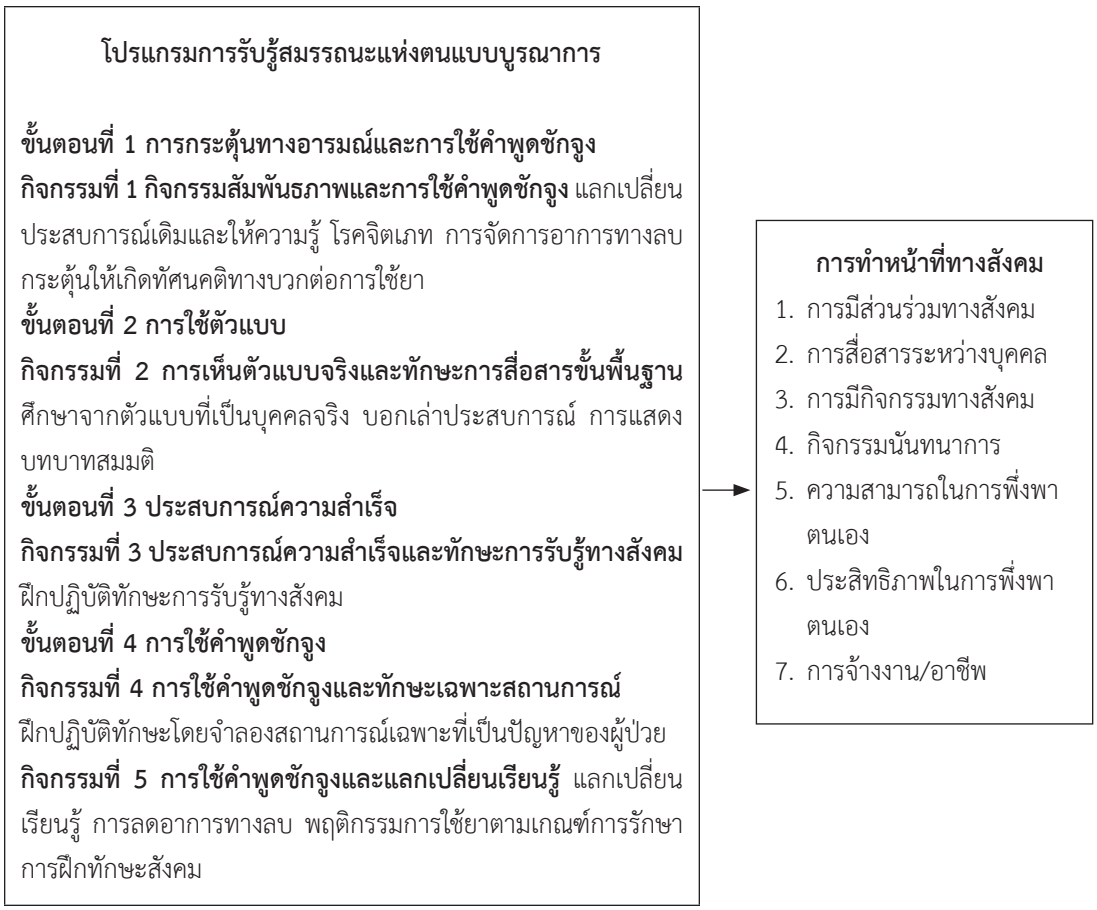
1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)[8] ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมตามแนวคิดของ Bellack et al.[14] มาพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนในการจัดการอาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทักษะสังคมเพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนตลอดจนเกิดการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น โดยแสดงในภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าดังนี้ 1) ได้รับการประเมินอาการทางจิต BPRS มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบประเมินจากเครื่องมือ PANSS ฉบับภาษาไทย มีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน 3) มีประวัติเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยในแบบทดลองและกึ่งทดลอง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดตามแนวคิดของ Polit and Hungler (1999)[13] เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ กล่าวคือ สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ซึ่งได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง ซึ่งควรจะมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20-30 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและเพศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)[8] ร่วมกับการบูรณาการ การฝึกทักษะสังคมของ Bellack et al.[14] มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.8

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ดูแลหลักและส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) ตามแนวคิดของ Birchwood et al.[7] ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชัฏชฎา คมขำ[18] มีข้อคำถาม 75 ข้อ ทั้งหมด 7 ด้าน มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 0-3 คะแนน และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.8

3) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PASS-T) มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน มีอาการ (1 คะแนน) ไม่มีอาการ (0 คะแนน) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัย โดยมีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในระดับปานกลางและสูง ซึ่งมีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน และ 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัย โดยมีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาคือ ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีระดับคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

4) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแนวคิดการป้องกันการป่วยซ้ำของ Birchwood et al.[7] ฉบับภาษาไทยโดย สุภาวดี บุญชู[19] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ประเมินตามความเชื่อมมั่นในการปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนจาก เชื่อมั่นมากที่สุด (5 คะแนน) เชื่อมั่นมาก (4 คะแนน) เชื่อมั่นปานกลาง (3 คะแนน) เชื่อมั่นน้อย (2 คะแนน) เชื่อมั่นน้อยที่สุด (1 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .82 ซึ่งเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ ต้องมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการผ่านเกณฑ์

มากกว่าหรือเท่ากับ 61 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะกำกับการทดลองทันทีภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 และหากไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองผู้วิจัยจะร่วมซักถามข้อสงสัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ภายใต้หนังสือรับรองเลขที่ SSR.REC 006/2567 ได้อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2567 ว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงเซ็นยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการบูรณการการฝึกทักษะทางสังคมและ พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปีเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน เพื่อคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 หลังจากกลุ่มควบคุมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม โดยได้รับกิจกรรมพยาบาลตามปกติขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้แก่ การประเมินอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพ การดูแลรักษาโรคจิตเภท โดยการให้ฉีดยา การรับประทานยา ตามแผนการรักษา การจัดการสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิต

2.1.3 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มควบคุม เพื่อทำการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โดยติดตามทางไปรษณีย์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 สัปดาห์

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม

2.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน และอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสัมพันธภาพและการใช้คำพูดชักจูง ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจ ตั้งเป้าหมายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โน้มน้าว ชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่นในการพัฒนาความสามารถของตนเอง ในการจัดการอาการทางลบและส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริงและนำทักษะการสื่อสารขั้นพื้นฐานไปปฏิบัติ ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยประสานงานกับตัวแบบจริงซึ่งมีประสบการณ์คล้ายตนเอง ถ่ายทอดประสบการณ์อาการทางลบ ปัญหา อุปสรรค การจัดการอาการด้วยตนเอง มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการสื่อสารขั้นพื้นฐานร่วมซักถามข้อสงสัย และแสดงบทบาทสมมติการสื่อสาร และมอบหมายการบ้านการฝึกการสื่อสาร

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองและทักษะการรับรู้ทางสังคม ผู้ป่วยร่วมสรุปทักษะการสื่อสารทั้งในรูปแบบอวัจนภาษาและวัจนภาษา จากกิจกรรมที่ 2 และอธิบายการแสดงออกทางสีหน้า จากอวัยวะต่าง ๆ บนใบหน้า โดยใช้รูปภาพแสดงอารมณ์ต่าง ๆ เช่น โกรธ รังเกียจ ดูถูก กลัว เป็นต้น และสาธิตให้ผู้ป่วยถึงการแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียง และให้ผู้ป่วยตอบคำถามการแสดงอารมณ์ต่าง ๆ ผ่านการแสดงออกของผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงและทักษะเฉพาะสถานการณ์ ผู้ป่วยร่วมสรุปทักษะการรับรู้ทางสังคม การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรม ของสังคมจากกิจกรรมที่ 3 และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่สามารถเกิดได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน และโน้มน้าวใช้คำพูดชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาซึ่งบุคคลจะรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเมื่อต้องเผชิญความยากลำบาก

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 5 การใช้คำพูดชักจูงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ป่วยร่วมสรุปทักษะเฉพาะสถานการณ์ และผู้วิจัยประเมินผู้ป่วย จากการนำการจัดการดูแลตนเองเพื่อลดอาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมไปปฏิบัติ โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มพร้อมกับข้อคิดเห็น แนะนำ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยติดตามทางไปรษณีย์ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจให้คะแนนของแบบประเมิน จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไปจากนั้น

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยติดตามทางไปรษณีย์ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการทางลบ และการฝึกทักษะทางสังคมแก่กลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งดำเนินการดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 22.13$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ .05 ($t = 2.62$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	88.55	7.17	ต่ำ	19	22.13	<.001
หลังการทดลอง	96.35	7.95	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	88.35	8.16	ต่ำ	19	2.62	.17
หลังการทดลอง	88.75	8.71	ต่ำ			

ระดับนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการทำหน้าที่ทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	88.55	7.17	ต่ำ	38	-0.82	.935
กลุ่มควบคุม	88.35	8.16	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	96.35	7.95	ปานกลาง	38	-2.88	.006
กลุ่มควบคุม	88.75	8.71	ต่ำ			

ระดับนัยสำคัญที่ .05

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = - 0.82) แต่ภายหลังจากการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -2.88) ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณการอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ .05

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการช่วยทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น จากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและรักษาไม่หาย และอาการทางลบ เช่น อารมณ์ที่เฉยเมย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่น้อย การรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ ผ่านการฝึกฝนพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ร่วมบอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเสริมสร้างความรู้ โน้มน้าวให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลการเจ็บป่วยตนเอง การจัดการอาการทางลบ และเชื่อมโยงสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติ[11] การฝึกทักษะสังคม ซึ่งสร้างความเชื่อมั่นผ่านตัวแบบจริงซึ่งมีประสบการณ์คล้ายคลึงกับตนเอง และฝึกปฏิบัติแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นประสบการณ์เดิมจากที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติได้[11] และการใช้ตัวแบบจริงในการถ่ายทอดประสบการณ์ในการจัดการอาการทางลบที่คล้ายคลึงกับตนเองโดยการสังเกตพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและตนเองได้รับประโยชน์จากพฤติกรรมที่ตัวแบบบอกเล่าสอดคล้องกับการศึกษาของ ดลกมล มัทยัตร์ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์[15] อีกทั้งการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลอง ผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการวิเคราะห์และวางแผนเมื่อพบเจอสถานการณ์จริง โดยผู้ป่วยจะบอกเล่าความสำเร็จในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้อึดอัด ไม่สบายใจและช่วยลดความเครียดได้[12] การฝึกการใช้จ่ายเงิน การใช้ขนส่งสาธารณะ และการส่งเสริมอาชีพ ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ แนะนำ อธิบายพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สำเร็จ โน้มน้าวให้เกิดความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการที่คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทรับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการให้เกิดแรงจูงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากข้อมูลดังกล่าวในข้อที่ 1 พัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองการจัดการอาการทางลบ เข้าใจผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การเรียนจากตัวแบบที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับตนเอง ก่อให้เกิดแรง

บันดาลใจที่จะกระทำให้เกิดความสำเร็จ ทบทวนตัวเองในการใช้ยา การป่วยซ้ำในอดีต ร่วมกับการฝึกทักษะสังคม ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสารขั้นพื้นฐาน ทักษะการรับรู้ทางสังคม และทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะสถานการณ์ในรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความสำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกฝน สนับสนุนในกลุ่มซึ่งเป็นการชักจูงให้เกิดพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง[15] และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ได้รับการฝึกทักษะสังคมที่จำเป็น โดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติ ให้ข้อมูลย้อนกลับ สนับสนุนให้กำลังใจ จึงเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล อีกทั้งกระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการยอมรับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความมั่นใจต่อการเข้าร่วมสังคม[18] ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นแนวทางเบื้องต้นเท่านั้น โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการโดยส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านการเรียนรู้ทั้ง 4 ปัจจัยในการจัดการอาการทางลบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเชื่อมโยงความรู้จากโรคจิตเภทสู่ผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับการบูรณาการการฝึกทักษะสังคม โดยเรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ของคนในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือคนใกล้ชิด เรียนรู้ผ่านตัวแบบที่มีประสบการณ์จริง ทำให้เกิดความสำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกฝน ซึ่งเป็นการชักจูงให้เกิดพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปยังชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เนื่องจากการเกิดการทำหน้าที่ทางสังคมจะคงอยู่ โดยกระตุ้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นระยะต่อเนื่อง ในระยะทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณการในการเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช

3. ควรมีการนำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการรับรู้การทำหน้าที่ทางสังคมต่อการปรับตัวในสถานการณ์ใหม่ที่ผู้ป่วยเผชิญเมื่ออยู่ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้

Reference

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://archive.hshsl.umaryland.edu/handle/10713/20295
2. Harvey PD, Strassnig MT, Silberstein J. Prediction of disability in schizophrenia: symptoms, cognition, and self-assessment. J Exp Psychopathol. 2019; 10(3). https://doi.org/10.1177/2043808719865693
3. Srioad P, Thoin P. The effect of psychoeducation activity focusing on skill training on social functioning of schizophrenia patients in community. Res Dev Health Syst J. 2021; 14(2): 310-9. (In Thai).
4. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. J Nurs Health Care. 2021; 36(2): 68-76. (In Thai).
5. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J; CLAMORS Study Group. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. J Clin Psychiatry. 2010; 71(3): 280-6. https://doi.org/10.4088/JCP.08m04250yel
6. Stithyudhakarn S. Recurrence in patients with chronic schizophrenia: situation and prevention approaches. J Nurs Sci Chulalongkorn Univ. 2015; 28(3) :1-15. (In Thai).
7. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale: development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. Br J Psychiatry. 1990; 157: 853-9. https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853
8. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
9. Erol A, Unal E, Aydin E, Mete L. Predictors of social functioning in schizophrenia. Turk J Psychiatry. 2009; 17(2): 93-101.
10. Purba JM, Simamora RH, Karota E. Relationship of medication adherence and social functioning of persons with schizophrenia in the long-term period. Open Access Maced J Med Sci. 2021;9 (T3): 16-8. https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6302
11. Luangmongkhonchai N, Lueboonthavatchai O. Effect of perceived self-efficacy promoting group on medication adherence and follow-up intention of schizophrenic patients. J Psychiatr Nurs Ment Health. 2011; 25(3): 69-78. (In Thai).
12. Porama S. Effect of social skill training program on schizophrenia patients with negative symptom compared with treatment as usual [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (In Thai).
13. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.

14. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia: a step-by-step guide. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2004.
15. Mattayat D, Dangdomyouth P. Effect of symptom-management self-efficacy program on negative symptoms of schizophrenic patients. J R Thai Army Nurses. 2018; 19(Special Issue Jan-Apr): 147-55. (In Thai).
16. Mahrous Abd El Aziz E. Effectiveness of social skills training program on social functioning and severity of symptoms among patients with schizophrenia. Am J Nurs Sci. 2017; 6(6). https://doi.org/10.11648/j.ajns.20170606.13
17. Takaloo S, Mirsepassi Z, Sharifi V, Farsham A, Farhadbeigi P, Karbalae Nouri A. Short-term social skills training in schizophrenia spectrum disorders: a clinical trial in an outpatient setting. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2020; 14(4). https://doi.org/10.5812/ijpbs.99462
18. Komkham C, Kertchok R. Effect of psychoeducation program focusing on skill training on social functioning of schizophrenic patients in community. J Psychiatr Nurs Ment Health. 2013; 27(3): 101-12. (In Thai).
19. Boonchu S. The effect of perceived self-efficacy promoting program on early warning signs recognition of schizophrenic patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. Available from: https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2008.634(In Thai).

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

พรรณทิวา สุขรอด* และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์:เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความปวด กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย:การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย:กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึง 1 ปี ณ ผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 94 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย 4) แบบประเมินภาวะโรคร่วม 5) แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ 6) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 8) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา: 1) ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการภายหลังออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.32 (SD = 13.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.71 (SD = 4.49) ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.67 (SD = 3.34) ความต้องการด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.20 (SD = 4.24) และด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.73 (SD = 3.45)

2) ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s = 0.207, r_s = 0.222, และ r_s = 0.203) ตามลำดับ

3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s = - 0.243)

4) อายุ และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สรุป:ความต้องการของผู้ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้าน ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมาณจากอาการ ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ส่วน อายุและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความต้องการ/ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ/ ปัจจัยคัดสรร

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2568,37(2) : 134-148

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: Kwangphanthiwa@gmail.com, Noralukuakit@yahoo.com

SELECTED FACTORS RELATED TO NEEDS OF PERSONS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Phanthiwa Sukrot* and Noraluk Ua-kit**

ABSTRACT

Purpose: This to investigate needs of persons after coronary artery bypass graft surgery [CABG] discharge hospital and to identify factors related to needs of persons after CABG discharge hospital based on aged, comorbidity, symptom distress, activities of daily living, social support and pain.

Design: Correlational research

Methods: The participants were 94 persons after CABG discharge hospital, both male and female, aged over 18 years, They were followed up for a period ranging from 2 weeks to 1 year at the Cardiothoracic Surgery Outpatient Clinics of three tertiary hospitals in Bangkok.They were recruited using a multistage sampling technique. The instruments are composed of 1) MMSE-Thai 2002 (for ≥ 60 years old) 2) Demographic questionnaire 3) Needs of patient questionnaire 4) Charlson comorbidity index 5) Symptom distress questionnaire 6) Barthel ADL index 7) Social support questionnaire and 8) Numeric rating scale. 5 experts validated all instrument,The data analyzed using descriptive statistics, Spearman rank-order correlation.

Result: 1) The overall needs score of persons after CABG discharge hospital was at a medium level (Mean = 104.32, SD = 13.56). When considering each aspect, Information needs score was at a high level (Mean = 31.71, SD = 4.49), Spiritual needs score were at a high level (Mean = 24.67, SD= 3.34), Physiological needs score were at a medium level (Mean = 20.73, SD= 3.45), and Emotional needs score were at a medium level (Mean = 27.20, SD = 4.24).
2) Comorbidity, symptom distress, and pain were positive lower score and significantly related to needs of persons after CABG discharge hospital at the .05 level. (r_s = 0.207, r_s = 0.222, and r_s = 0.203, respectively)
3) Activities of daily living were negative lower score and significantly related to needs of persons after CABG discharge hospital at the .05 level. (r_s = - 0.243)
4) Aged and social support not related between needs of persons after CABG discharge hospital.

Conclusion:The needs of persons after coronary artery bypass graft surgery is moderate. Factors related to comorbidities, symptoms distress, and pain have a low positive correlation, activities of daily living has a low negative correlation, while age and social support have no correlation with person's needs.

Keywords: *needs, persons after coronary artery bypass graft surgery, related factors*

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025,37(2) : 134-148

Article info: received December 18 , 2024; revised November 24, 2025; accepted January 3, 2026

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

**Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Research Advisor.

E-mail: Kwangphanthiwa@gmail.com, Noralukuakit@yahoo.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease; CAD) จัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-Communicable disease; NCDs) ในต่างประเทศเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 382,820 คน[1] ในประเทศไทยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 พบว่าอัตราเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิงทุกกลุ่มอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 48.75 มากที่สุด ความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยจึงเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษา เมื่อการรักษาด้วยยา หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่ได้ผล เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ บรรเทาอาการเจ็บเค้นหน้าอก ลดอัตราตายเฉียบพลัน ที่สำคัญส่งผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีชีวิตที่ยืนยาว และมีสุขภาวะที่ดี[2] ในประเทศแถบยุโรปตะวันตกการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบอัตราอุบัติการณ์เฉลี่ย 62 ต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทยสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นดังนี้ 5,932, 6,942, 7,748 คน ตามลำดับ[3]

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ(Coronary Artery Bypass Grafting; CABG) เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีวิธีการผ่าตัดที่ซับซ้อนทั้งชนิดใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (Conventional CABG) และไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (OPCAB) รวมถึงการผ่าตัดแบบแผลเล็ก (MICS - CABG) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระยะกลับบ้าน ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับ CABG ประสบปัญหาหลังการจำหน่ายกลับบ้านใน 14 วันแรก[4] การศึกษาของ Lie et al.[5] ศึกษาประสบการณ์อาการและความต้องการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG ระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ในระยะ 2 สัปดาห์ ได้แก่ ปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 84 ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42 ปัญหาการใช้ยาร้อยละ 15 ปัญหาการนอนหลับร้อยละ 10 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 16 ข้อมูลไม่เพียงพอร้อยละ 15 ในระยะ 1 เดือน ได้แก่ อาการบวมที่ขาร้อยละ 40.6[4] แผลผ่าตัดติดเชื้อหรือติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 6.9 - 28.6 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 4.5 - 26.7 มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดร้อยละ 0.4 - 22.5[6] ในระยะ 1 ปี เป็นต้นไป ได้แก่ ต้องการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันร้อยละ 5.9 และร้อยละ 5.1 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.2 และร้อยละ 2.8[7] จากอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาความต้องการในด้านต่างๆ เพื่อที่จะดูแลตนเองหลังผ่าตัด CABG การศึกษาของปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล และคณะ[8] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของพชรพร ยอดเพ็ชร และนรลักขณ์ เอื้อกิจ[9] พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด CABG มีความต้องการโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง Alkubati et al.[10] พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG มีความต้องการข้อมูลโดยรวมในระดับสูงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ Gao et al.[11] พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด CABG ในระยะหลังจำหน่ายกลับบ้านมีความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมในระดับสูงร้อยละ 30.1

ความต้องการ (Needs) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีความต้องการในด้านต่างๆ ที่ใกล้เคียงกับแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ดังนี้ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ชาวซีเรียมีความต้องการการเรียนรู้ที่รับรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลที่หน้าอกและขา ภาวะแทรกซ้อน ยา และกิจกรรมทางกายมากที่สุด[13] ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านข้อมูลการเข้าพักการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด กิจกรรมทางกาย ยา การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และความต้องการการเข้าถึงการดูแล ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการได้ตลอดเวลา ได้รับคำแนะนำข้อมูลอย่างชัดเจน สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ[14] ความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG หลังออกจากโรงพยาบาลมีความต้องการการดูแลด้านสรีรวิทยาในระดับสูง[11] ความต้องการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนทางอารมณ์ คือ ลดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความปวด ความทุกข์ทรมาน รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวหรือผู้ดูแล[14] ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG การรอดชีวิตจากการผ่าตัดเป็นการเผชิญความตายที่โดดเดี่ยวและยากที่จะอธิบายกับผู้อื่น ความไม่แน่นอนในชีวิต ระยะเวลาในการดำรงชีวิตหลังผ่าตัด ขณะเดียวกันมีความต้องการความเชื่อทางศาสนาเป็นที่พึ่ง[15]

จากปัญหาความต้องการที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เกิดผลกระทบต่อความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย การมีแผลผ่าตัดที่หน้าอกและแผลผ่าตัดบริเวณอื่นที่ใช้หลอดเลือดทำทางเบี่ยง อาการปวดแผล ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยการมีความต้องการ

การดูแลและผู้ป่วยมีความต้องการการพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ไม่มีบุคคลช่วยเหลือสนับสนุนส่งผลต่อการฟื้นฟูร่างกาย ผลกระทบต่อครอบครัว มีความเครียด ความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย[15] ผลกระทบด้านสังคม เช่น ระบบการบริการทางสุขภาพที่เข้าถึงยากร้อยละ 38 เดินทางมีความยากลำบากในการเดินทางร้อยละ 32 ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการช่วยเหลือในการบริการเข้าถึงระบบบริการ เช่น สถานบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน มีรถบริการเพื่อไปโรงพยาบาล[16]

ในการคัดเลือกปัจจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและภายใต้กรอบแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่จัดกระทำไม่ได้ ได้แก่ อายุ[11,17] ภาวะโรคร่วม[8,16] เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลมีความสำคัญกับความต้องการในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด อีกทั้งการให้ข้อมูลย่อมมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่จัดกระทำได้ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ[11,17-18]ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน[19–21]การสนับสนุนทางสังคม[22] และความปวด[18-19] เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการในด้านต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ปัจจัยดังกล่าวอาจครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย ในการจัดการต่ออาการของตนเองเบื้องต้น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฟื้นฟูร่างกายของตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น รวมไปถึงการที่สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นให้ความสำคัญกับผู้ป่วยช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นการส่งเสริมความต้องการให้ผู้ป่วยมีพลังกายพลังใจฟื้นฟูร่างกายของตนเองภายหลังผ่าตัด CABG

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาความต้องการในลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG มีความต้องการเกิดขึ้นในทุกระยะ ซึ่งปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันตามบริบทในกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนไป ยังไม่พบการศึกษาความต้องการที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ในระยะหลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 2 ไปจนถึง 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุม สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิต ส่งผลต่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อสุขภาวะที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

สมมติฐานการวิจัย

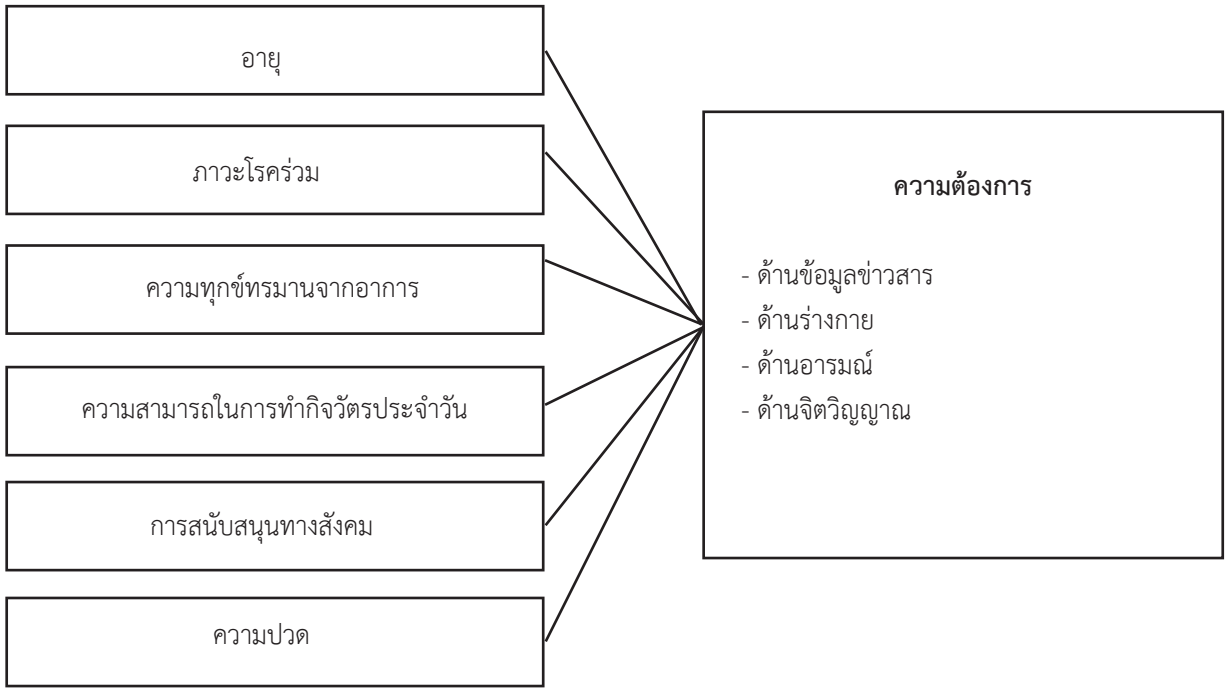
1. อายุ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

2. ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์กรอบแนวคิดความต้องการของGaglione[12]ซึ่งเป็นความต้องการของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต กล่าวว่าเป็นความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรวมถึงบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต ที่ต้องการการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของบุคคลดังนั้นบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตอาจหมายถึงผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมความต้องการในผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีปัญหาความต้องการในด้านต่างๆที่ใกล้เคียงกับแนวคิดความต้องการของGaglione[12] ในทุกมิติทั้ง 4 ด้าน ได้แก่1) ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยการดูแลรักษาที่ได้รับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 2) ด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ น้ำ อาหาร อากาศ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านอารมณ์ เป็นความต้องการได้รับกำลังใจ พูดคุยปลอบโยนซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึก และ 4) ด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการด้านจิตใจความเชื่อความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดนี้กับผู้ป่วย ดังนั้นแนวคิดนี้จึงมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจาก โรงพยาบาลเนื่องจากการผ่าตัด CABG เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อนร่างกายอยู่ในภาวะวิกฤต อีกทั้งจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ยังหลงเหลืออยู่ซึ่งไม่สามารถแก้ไขด้วยวิธีการผ่าตัดได้อาจเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อภายหลังผ่าตัด ในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจเมื่อกลับบ้าน การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตและกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งซึ่งผู้วิจัยได้ปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดดังกล่าวกรอบแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ณ ผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ทั้งชนิดใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม และไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม หลังหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึง 1 ปี

2. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน MMSE – Thai[23] ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

3. ผู้ที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. ผู้ที่มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ร่วมกับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ การผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมในช่องอก และ/หรือช่องท้อง ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ/ซ่อมลิ้นหัวใจ รวมถึงมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด ใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตระหว่างตอบแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดอำนาจทดสอบร้อยละ 80 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนตามลำดับดังนี้ 1) กำหนดสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีศูนย์บริการเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด ได้ทั้งหมด 6 สังกัด 2) สุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาล จำนวน 3 สังกัด จาก 6 สังกัด (อัตราส่วน 1:2) โดยการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากแบบไม่แทนที่

3) สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ 3 โรงพยาบาล 4) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลไม่สมบูรณ์ รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 94 คน เพื่อลดการอคติ เก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันคือโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 31 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 32 คน และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 30 คน จนครบตามจำนวนที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 94 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามที่ 3, 5 และ 7 เท่ากับ 0.80, 1.00 และ 0.88 ตามลำดับ ซึ่งแบบสอบถามที่ 4, 6 และ 8 เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเพียงให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เครื่องมือดังกล่าวทุกท่านลงความคิดเห็นเครื่องมือมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามที่ 3, 5, 6, และ 7 เท่ากับ 0.89, 0.92, 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามที่ 4 ใช้วิธีการแบ่งครึ่งหาความสัมพันธ์ มีค่าสหสัมพันธ์เพียรสันเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามที่ 8 ใช้วิธี test - retest procedure มีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.97 ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[23] แปลเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้ ความจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา และการใช้ภาษา จำนวน 11 ข้อ ใช้สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์คัดเข้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่ถูกต้อง, 1 คะแนน หมายถึง ถูกต้อง จุดที่ผ่านเกณฑ์แบ่งตามระดับการศึกษา

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 2) บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย

3. แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ดัดแปลงของพชรพร ยอดเพ็ชร และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ[9] ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน มีจำนวน 30 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร 9 ข้อ ด้านร่างกาย 6 ข้อ ด้านอารมณ์ 8 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Rating Scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ต้องการ = 1, น้อย=2, ปานกลาง=3, และมาก = 4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 30 - 120 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนน 30 - 44.7 หมายถึง ต้องการน้อยมาก, 45 - 74.7 หมายถึง ต้องการน้อย, 75 - 104.7 หมายถึง ต้องการปานกลาง, 105 - 120 หมายถึง ต้องการมาก

4. แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Comorbidity Index[24] มีจำนวน 21 โรคร่วม ผู้วิจัยได้ตัดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดออก เหลือ 20 โรคร่วม ผู้วิจัยประเมินจากเวชระเบียน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 คะแนน คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน แผลในกระเพาะอาหาร โรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อม โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin หรือ Coumadin, 2 คะแนน คือ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน หรืออวัยวะถูกทำลาย โรคไต โรคตับเรื้อรังชนิดไม่รุนแรงหรือระยะแรก โรคมะเร็งระยะไม่แพร่กระจาย และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับหรือแผลติดเชื้อที่ผิวหนัง, 3 คะแนน คือ โรคตับชนิดรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก, 6 คะแนน คือ โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย และโรคติดเชื้อ HIV หรือ AIDS คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 37 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม, 1 - 2 คะแนน หมายถึง โรคร่วมรุนแรงน้อย, 3 - 4 คะแนน หมายถึง โรคร่วมรุนแรงปานกลาง, > 4 คะแนน หมายถึง โรคร่วมรุนแรงมาก

5. แบบสอบถามจากอาการผู้วิจัยใช้ของ McCormick et al.[25]แปลเป็นภาษาไทยโดยวิภาวรรณ ทองเทียม และคณะ[26] เพิ่มอาการตามผู้ทรงคุณวุฒิ มี 25 อาการ ถามความรู้สึก อาการหลงเหลือเมื่อกลับรักษาตัวบ้านในช่วง 2 เดือนแรกหลังผ่าตัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นมาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ทำให้ทุกข์ทรมานเลย = 0, ทุกข์ทรมานเล็กน้อย = 1, ทุกข์ทรมานปานกลาง = 2, ทุกข์ทรมานมากพอสมควร = 3, ทุกข์ทรมานรุนแรงมาก = 4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 100

เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 - 12.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการน้อยมาก, 12.5 - 37.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการน้อย, 37.5 - 62.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการปานกลาง, 62.5 - 87.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการค่อนข้างมาก, 87.5 - 100 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการมาก

6. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ปรับปรุงและแปลภาษาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[27] มี 10 ข้อคำถาม คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายตนเอง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เกณฑ์การให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ในแต่ละข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 - 4 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งพามาก, 5 - 8 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พึ่งพาปานกลาง, 9 - 11 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างมาก พึ่งพาน้อย, ≥ 12 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่พึ่งพา

7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงของทาริกา บุญประกอบและศิริพันธุ์ สาสัตย์[28] มีจำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านวัตถุสิ่งของการเงินหรือแรงงาน 5 ข้อ และ ด้านการประเมินและการเปรียบเทียบพฤติกรรม 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย = 1, เล็กน้อย = 2, ไม่แน่ใจ/เฉยๆ = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17 - 85 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 17 - 25.33 หมายถึง ได้รับน้อยมาก, 25.5 - 42.33 หมายถึง ได้รับน้อย, 42.5 - 59.33 หมายถึง ได้รับปานกลาง, 59.5 - 76.33 หมายถึง ได้รับค่อนข้างมาก, 76.5 - 85 หมายถึง ได้รับมาก

8. มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale สร้างโดย Downie et al.[29] เหมาะสำหรับประเมิน ทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนมาตรวัดตัวเลขต่อเนื่องกันตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยบอกความปวดเป็นตัวเลข โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มี และ 10 คะแนน หมายถึง มีความปวดมากที่สุด การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย, 1 - 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย, 4 - 6 หมายถึง ปวดปานกลาง, 7 - 10 หมายถึง ปวดรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะการกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA No.199/66 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย COA No.1340/2023 โรงพยาบาลศิริราช COA No.Si 954/2023 และโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการ COA No.042/2567 และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าโดยวิธีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้รับยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ได้รับการปกปิดข้อมูลและไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุล นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับการอนุมัติเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

2) ผู้วิจัยประสานงานเพื่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนก/หัวหน้าผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการเฉพาะทางหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวมรวบข้อมูล การเก็บข้อมูลโดยใช้เวชระเบียนผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ 1 วัน หรือภายในวันที่ไปเก็บข้อมูลก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยไม่มีการนัดหมายล่วงหน้า ติดป้ายโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

4) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มาตรวจตามนัด ขณะรอพบแพทย์ หลังตรวจพบแพทย์ หรือขณะรอรับยา ชี้แจงรายละเอียดและเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจใช้ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 - 45 นาที

5) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามทุกข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบแบบสอบถามตอบผ่านกระดาษ และอยู่ในพื้นที่มีความเป็นส่วนตัว การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 52 คน ไม่พบภาวะการรู้คิดบกพร่อง มี

กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ จำนวน 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 - 15 สิงหาคม 2567 ภายในวันเวลาราชการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตาม ลำดับดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความปวด และความต้องการ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ทดสอบค่าการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test และพิจารณาด้วยค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) กับค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) จากการทดสอบ พบว่าข้อมูลไม่มีการกระจายตัวแบบปกติ

4) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความปวด กับความต้องการของผู้ที่ได้รับ CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมนเกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (1988) ดังนี้ (r) 0.10 - 0.29 สัมพันธ์ระดับต่ำ, (r) 0.30 - 0.49 สัมพันธ์ระดับปานกลาง, (r) 0.50 - 1.00 สัมพันธ์ระดับสูง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 61.24 ปี ($\bar{x}$ = 61.24, SD = 10.48) เป็นเพศชาย ร้อยละ77.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 60.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.5 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 26.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 39.4 มีที่อยู่อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 52.1 สะดวกเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 80.9 ไม่สะดวกเดินทางมาโรงพยาบาลร้อยละ 19.1 ด้วยเหตุผล ค่าใช้จ่ายโดยรวม (ค่าเดินทางโดยรถ, เรือ, เครื่องบิน, ค่าอาหาร) ร้อยละ 41.7 พักอาศัยอยู่กับคู่ภรรยา/สามี ร้อยละ 42.2 ซึ่งมีพักอาศัยกับผู้ดูแล ร้อยละ 1.5 และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.5 มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่ภรรยา/สามี ร้อยละ 38.4 ซึ่งมีผู้ดูแล ร้อยละ 1.8 และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจนัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึง 1 ปี อยู่ในระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ - 1 เดือน ร้อยละ 41.5 รองลงมา คือ มากกว่า 1 เดือน - 3 เดือน ร้อยละ 22.3 มากกว่า 3 เดือน - 6 เดือน ร้อยละ 18.1 และมากกว่า 6 เดือน - 1ปี ร้อยละ 18.1 ตามลำดับ ได้รับชนิดการผ่าตัด คือ CABG ร้อยละ 78.7 รองลงมา คือ OPCAB ร้อยละ 20.2 และ MICS CABG ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ จำนวนเส้นเลือดที่เบี่ยงเส้นเลือด 3 เส้น ร้อยละ 53.2 รองลงมา คือ เบี่ยงเส้นเลือด 4 เส้น ร้อยละ 16.0 ส่วนใหญ่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก ร้อยละ 98.9 รองลงมา คือ เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 96.80 โรคร่วมพบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.24 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.60 โรคไต ร้อยละ 9.80 และโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว ร้อยละ 7.84 ตามลำดับ

2. พบว่าในระยะหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านไปจนถึง 2 เดือน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABGภายหลังออกจากโรงพยาบาลมีความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 20.01, SD = 13.03) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับ ($\bar{x}$ = 1.74, SD = 1.24) รองมาคือ หายใจหอบลึกเมื่อทำกิจกรรม ($\bar{x}$ = 1.72, SD = 0.96) อ่อนเพลีย ($\bar{x}$ = 1.44, SD = 0.95) รู้สึกเครียด ($\bar{x}$ = 1.16, SD = 1.22) และเบื่ออาหาร ($\bar{x}$ = 1.14, SD= 1.28)

3. พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วมรุนแรงน้อย มีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับน้อย มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะพึ่งพา มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก มีความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Possible range, Actual range ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ของตัวแปรภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความปวด (n = 94)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible range	Actual range	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ภาวะโรคร่วม	0 - 37	0 - 10	2.83	2.03	รุนแรงน้อย
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	0 - 100	0 - 56	20.01	13.03	น้อย
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	0 - 20	6 - 20	16.47	3.11	ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะพึ่งพา
การสนับสนุนทางสังคม	17 - 85	27 - 85	72.68	10.49	ค่อนข้างมาก
ความปวด	0 - 10	0 - 7	2.15	2.15	เล็กน้อย

4. พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านจิตวิญญาณอยู่ ในระดับมาก ส่วนต้องการด้านร่างกาย และด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Possible range ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (n=94)

ตัวแปร	Possible range	Mean	SD	Min	Max	แปลผล
ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร	9 - 36	31.71	4.49	13	36	มาก
ความต้องการด้านร่างกาย	6 - 24	20.73	3.45	6	24	ปานกลาง
ความต้องการด้านอารมณ์	8 - 32	27.20	4.24	8	32	ปานกลาง
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	7 - 28	24.67	3.34	13	28	มาก
ความต้องการโดยรวม	30 - 120	104.32	13.56	42	120	ปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร พบว่า

5.1. อายุ และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2. ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการและความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r_s = 0.207, r_s = 0.222, และ r_s = 0.203)

5.3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r_s = - 0.243)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p - value	แปลผล
อายุ	r_s = 0.071	.248	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะโรคร่วม	r_s = 0.207*	.022	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	r_s = 0.222*	.016	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	r_s = - 0.243*	.016	มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	r_s = 0.088	.198	ไม่มีความสัมพันธ์
ความปวด	r_s = 0.203*	.025	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ

*p < .05, Spearman rank - order correlation coefficient; r_s

การอภิปรายผล

1. ความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

1.1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ที่ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษาที่ได้รับ การดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัด อาการหลงเหลือที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากผู้ป่วยได้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างแท้จริงรวมถึงสภาพจิตใจ อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย เช่น บางรายต้องกลับไปเรียนหนังสือ ลักษณะของการทำงาน การยกของหนัก การขับรถ การขึ้นเครื่องบิน ต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกาย ได้แก่ การรับประทานยา อาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลแผลผ่าตัด การแต่งกาย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรีบมาพบแพทย์ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจดจำข้อมูลรายละเอียดได้อาจต้องการคู่มือและได้รับการข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในวันที่มาตรวจตามนัด ข้อมูลสุขภาพใหม่ๆ แนวทางการดูแลรักษาทางเลือกที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุม อาจช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำหลังผ่าตัด CABG

1.2. ความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีความต้องการด้านร่างกายตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ น้ำ อาหาร

อากาศ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ความไม่สุขสบายของร่างกายหลังผ่าตัด รวมถึงความปลอดภัย เนื่องจากการผ่าตัด CABG ไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคหลอดเลือดหัวใจแต่เป็นการผ่าตัดเพื่อประคับประคองบรรเทาอาการเจ็บเค้นหน้าอก และการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้น มีชีวิตที่ยืนยาว ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลจึงมีความต้องการด้านร่างกายที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายและหัวใจให้ดีขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป กลับสู่สุขภาวะที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข จากการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการทราบเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แผลผ่าตัดกระดูกหน้าอกแยก เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะอ้วน ($\bar{x}$ = 3.67, SD = 0.69) และมีความต้องการความสุขสบายหลังผ่าตัดขณะกลับไป พักฟื้นที่บ้าน เช่น พักผ่อนนอนหลับได้ ไม่ปวดแผล ไม่มีอาการเหนื่อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ($\bar{x}$ = 3.73, SD = 0.53) เป็นต้น

1.3. ความต้องการด้านอารมณ์ผู้ป่วยมีความต้องการด้านอารมณ์ตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ที่ต้องการได้รับกำลังใจ พูดคุย ปลอบโยน ซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก เนื่องจากการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความทุกข์ทรมานจากอาการ อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลจึงมีความต้องการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยบางรายมีความต้องการให้สมาชิกในครอบครัวช่วยดูแล สนับสนุน มอบกำลังใจ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการด้านอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การพูดคุยด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน ($\bar{x}$ = 3.65, SD = 0.62) เปิดโอกาสให้ได้ซักถาม ข้อข้องใจ หรือได้ระบายความรู้สึก เกี่ยวกับสภาพหรือภาวะร่างกายหลังผ่าตัด ($\bar{x}$= 3.62, SD = 0.71) และต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}$ = 3.62 , SD = 0.64) แต่เมื่อร่างกายฟื้นหายกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หรือมีอาการหลงเหลือน้อยที่สุด ความต้องการด้านอารมณ์อาจลดลง

1.4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[13] ที่ต้องการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เป็นความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจผู้ป่วย เมื่อชีวิตได้ผ่านประสบการณ์การผ่าตัด CABG ซึ่งอยู่ระหว่างความเป็นความตายจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เมื่อมีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จนถึงอาการทุเลาลง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่จิตวิญญาณยังเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละบุคคลส่งผลต่อการฟื้นฟูร่างกายเมื่อเจ็บป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ความรัก และความเมตตากรุณาจึงเป็นพื้นฐานของการพยาบาล หรือเรียกว่า compassionate care ช่วยเหลือให้การบริการด้วยความยินดี ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ และ การเสริมพลังในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

2.1.อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตความเจ็บป่วยของชีวิต มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกายในระยะหลังผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ต้องการการปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่เพื่อดำเนินชีวิตที่ของตนเอง ขณะมีชีวิตอยู่ตามบทบาทหน้าที่แตกต่างกันแต่ละช่วงวัย สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wang et al.[18] พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งปอดหลังจำน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s = 0.207, $p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เป็นอีกหนึ่งของผู้ป่วย มีผลต่อการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะหลังผ่าตัดภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีโรคร่วมที่แตกต่างกัน บางรายมีโรคร่วมมาก/น้อย การรักษา การดูแลช่วยเหลือย่อมแตกต่างกัน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจึงควรเน้นเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองควบคุมโรคร่วมได้ ไม่ให้อาการกำเริบ อีกทั้งโรคร่วมยังเป็นปัจจัย กระตุ้นทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้อีกครั้ง และเส้นเลือดที่นำมาทำทางเบี่ยงมีอายุการใช้งาน จึงต้องมีการควบคุมโรคร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Asadi-Lari et al.[16] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโรคร่วมมีความต้องการช่วยเหลือเป็น 2.5 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่มีโรคร่วม (OR =2.5,95%CI = 1.1-5.4, $p < 0.05$) อีกทั้ง ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล และคณะ[8] พบว่าภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = 0.44$, $p < 0.05$)

2.3. ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s= 0.222, $p < 0.05$) เป็น

ไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จากการศึกษานี้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปจนถึง 2 เดือนมีความทุกข์ทรมานจากอาการพบมากที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับ หายใจหอบลึกเมื่อทำกิจกรรม อ่อนเพลีย รู้สึกเครียด และเบื่ออาหาร ผู้ป่วยจึงมีความต้องการได้รับการจัดการอาการอย่างถูกวิธีซึ่งอาการดังกล่าวอาจเป็นสัญญาณของภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gao et al.[11] ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมความต้องการด้านการดูแลสรีรวิทยา (r = 0.426, r = 0.423, p < 0.001) และความต้องการด้านการดูแลจิตสังคม (r = 0.287, p < 0.01) ซึ่ง Su et al.[17] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระยะฟื้นตัวก่อนและหลังจำหน่ายออกจากจากโรงพยาบาล พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการดูแลสุขภาพก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (r = 0.39, และ r = 0.60, p < 0.01) เช่นเดียวกับ Wang et al.[18] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งปอดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการดูแลสุขภาพด้านข้อมูล ความต้องการดูแลสุขภาพด้านสรีรวิทยา และความต้องการดูแลสุขภาพด้านจิตสังคม (r_s = 0.33, r_s = 0.29, และ r_s = 0.37, p < 0.05)

2.4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s = - 0.243, p < 0.05) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความต้องการกลับมาทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เพื่อลดความต้องการการช่วยเหลือการพึ่งพาจากบุคคลอื่น แต่ผู้ป่วยบางรายมีความต้องการช่วยเหลือ ความต้องการการพึ่งพา จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกาย ให้สามารถการดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำได้กลับเข้าสู่สถานะเดิมตามบทบาทหน้าที่สอดคล้องกับการศึกษาของ El-gafour et al.[19] พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความ สัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตสังคมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (r = - 0.391, p < 0.01) อีกทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (r = - 0.22, p < 0.05)[20] และพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (r = - 0.51, p < 0.05)[21]

2.5. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABGภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็วขึ้น ซึ่งเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่หน่วยงานสุขภาพได้เตรียมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wang et al.[18] พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลสุขภาพหลังจำน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็ง อีกทั้งการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[9]

2.6. ความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s = 0.203, p < 0.05) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ในระยะหลังผ่าตัดความปวดจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความต้องการบรรเทาความปวดแผลผ่าตัด อีกทั้งความปวดแผลเรื้อรังหลังผ่าตัด อาจเป็นสาเหตุของแผลผ่าตัดติดเชื้อ หรือแผลผ่าตัดกระดูกหน้าอกแยก ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลแผลผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัดสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al.[18] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งปอดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าระดับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการดูแลสุขภาพด้านข้อมูล และความต้องการดูแลสุขภาพด้านสรีรวิทยา (r_s = 0.29, และ r_s = 0.25, p < 0.05) และ El-gafour et al.[19] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตสังคม (r = 0.419, p < 0.01)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อส่งเสริมความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกาย ในระยะหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

2.พยาบาลควรวางแผนการให้การพยาบาลการจัดการอาการความปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะโรคร่วม เพื่อเป็นการส่งเสริมความต้องการในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลัง ออกจากโรงพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่ ความเข็มแข็งทางใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยแบ่งชนิดการผ่าตัด ได้แก่ ชนิดใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม(CABG) ชนิดไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (OPCAB) ชนิดการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบแผลเล็ก (MICS CABG) ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น อาจมีความต้องการที่แตกต่างกัน

4. ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในระยะเวลามากกว่า 1 ปี เป็นต้นไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1.Centers for Disease Control and Prevention. Heart disease facts [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2022 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm

2.Marin-Cuartas M, Deo SV, Ramirez P, Verevkin A, Leontyev S, Borger MA, Davierwala PM. Off-pump coronary artery bypass grafting is safe and effective in patients with severe left ventricular dysfunction.Eur J Cardiothorac Surg. 2022;61(3):705-13. https://doi.org/10.1093/ejcts/ezab371

3.Thoracic Surgical Association of Thailand. Surgery statistics of Thailand [Internet]. Bangkok: TSAT; 2024 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://thaits.org/en/stat-surgery/

4.Oshvandi K, Pakrad F, Mohamadi Saleh R, Seif Rabiei MA, Shams A. Post-operative symptoms and complications in patients having undergone coronary artery bypass graft in Hamadan: a descriptive cross-sectional study. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2020;9(4):e104180. https://doi.org/10.5812/jjcdc.104180

5.Lie I, Bunch EH, Smeby NA, Arnesen H, Hamilton G. Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012;11(1):14-24. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.09.004

6.Shawon MSR, Odutola M, Falster MO, Jorm LR. Patient and hospital factors associated with 30-day readmissions after coronary artery bypass graft surgery: a systematic review and meta-analysis. J Cardiothorac Surg. 2021;16(1):172.https://doi.org/10.1186/s13019-021-01556-114.

7.Smart NA, Dieberg G, King N. Long-term outcomes of on- versus off-pump coronary artery bypass grafting. J Am Coll Cardiol. 2018;71(9):983-91. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.12.04916.

8.Nanthaitaveekul P, Daengdomyut P, Phiraphan

P, Labama J, Sakorn P. The needs of patients with coronary artery disease. J R Thai Army Nurs. 2021;22(2):169-77. [In Thai]

9.Yodpetch C, Uakrit N. Factors related to the needs of patients before coronary artery bypass surgery. J Card Thorac Nurs. 2018;29(1):58-71. [In Thai]

10.Alkubati SA, Al-Zaru IM, Khater W,Ammouri AA. Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. J Clin Nurs. 2013;22(7-8):930-8. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04177.x

11.Gao FJ, Yao KP, Tsai CS, Wang KY. Predictors of health care needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung. 2009;38(3):182-91. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.07.006.

12.Gaglione KM. Assessing and intervening with families of CCU patients. Nurs Clin North Am. 1984;19(3):427-32.

13.Omari F, Al-Zaru I, Al-Yousef RH. Perceived learning needs of Syrian patients post-coronary artery bypass graft surgery. J Clin Nurs. 2014;23(11-12):1708-17. https://doi.org/10.1111/jocn.12319

14.Rodrigues S, Henriques H, Henriques MAP. Needs of older persons undergoing cardiac surgery: perceptions of nurses, patients waiting for surgery, and postoperative patients. Nurs Open. 2022;9(3):1774-84.https://doi.org/10.1002/nop2.1206

15.Leegaard M, Fagermoen MS. Patients' key experiences after coronary artery bypass grafting: a synthesis of qualitative studies. Scand J Caring Sci. 2008;22(4):616-28. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00556.x

16.Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:34. https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-34

17.Su HH, Tsai YF, Chen WJ, Chen MC. Health care needs of patients during early recovery after total knee replacement surgery. J Clin Nurs. 2010;19(5-6):673-81. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03107.x

18.Wang KY, Chang NW, Wu TH, Hsu CC, Lee YH, Lee SC. Post-discharge health care needs of patients after lung cancer resection. J Clin Nurs. 2010;19(17-18):2471-80. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03298.x

19.El-Gafour AM, Younis GA, Gad SMA. Assessment of patients' needs pre and post open heart surgery. Tanta Sci Nurs J. 2021;22(3):11-32. https://doi.org/10.21608/tsnj.2021.198896

20.Rattanamaitrikiat R, Phiphatwanit N. Factors related to spiritual needs of elderly patients undergoing elective surgery. Songklanagarind J Nurs. 2017;37(2):14-26. [In Thai]

21.Wattanawattu T. Factors related to spiritual needs of terminal cancer patients[master's thesis]. Bangkok:Chulalongkorn University; 2008. [In Thai]

22.Tirapongprasert S,Samarkij N, Wisetso.Factors related to spiritual needs in palliative cancer patients. Burapha Nurs J. 2021;29(1):67-79. [In Thai]

23.Institute of Geriatric Medicine.Health technology assessment: comparison of MMSE-Thai 2002 and Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) for dementia screening in older adults. Bangkok: CG Tool Co., Ltd.; 2008.

24.Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83. https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8

25.McCormick KM, Naimark BJ,Tate RB.Symptoms and distress in patients awaiting coronary artery bypass surgery. Can J Nurs Res. 2002;34(4):95-105.

26.Thongthiam W, Chitpanya C, Tantikosum P. Relationship between postoperative duration, fear of falling, and physical activity in patients with coronary artery disease after coronary artery bypass grafting. Narathiwat Rajanagarindra Univ J. 2016;8(1):27-38. [In Thai]

27.Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2001.

28.Boonprakob T, Sasat S. Selected factors related to recoveryafterkneereplacementinelderlypatients. Thai Navy Med J. 2019;46(2):355-68. [In Thai]

29.Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 1978;37(4):378-81.https://doi.org/10.1136/ard.37.4.378

บทความวิจัย

การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล: เทคนิคเดลฟาย

กัลย์ญาณ์มาส ศรีสุวรรณ* ยุพิน อังสุโรจน์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์:เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล

รูปแบบการวิจัย:การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายโดยใช้เทคนิคแบบเดลฟาย

วิธีดำเนินการวิจัย:กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล 5 คน คณาจารย์ทางการศึกษา 5 คน และพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)

ผลการศึกษา:กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล ประกอบด้วย สมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล มีทั้งหมด 9 ด้าน รวม 55 รายการ ประกอบด้วย ด้านธุรกิจการจัดการศึกษา จำนวน 4 ข้อ ด้านกลยุทธ์เชิงธุรกิจการจัดการศึกษา จำนวน 7 ข้อ ด้านการบริหารองค์กรสถานศึกษา จำนวน 8 ข้อ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรสถานศึกษา จำนวน 7 ข้อ ด้านการจัดการส่วนผสมการตลาดทางการศึกษา จำนวน 5 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ ด้านภาวะผู้นำและคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ด้านจริยธรรม กฎหมายธุรกิจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา จำนวน 6 ข้อ และด้านการบูรณาการวิชาชีพทางการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ โดยสมรรถนะทุกด้านมีระดับความสำคัญตั้งแต่มากถึงมากที่สุด (Mdn = 4.60 , IQR = 0.26-1.10)

สรุป:ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการจัด ทำหลักสูตร และการกำหนดมาตรฐานพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ:พยาบาลผู้ประกอบการ/ สมรรถนะ/ โรงเรียนบริบาล

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2568,37(2) : 149-161

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ E-mail: yaungsuroch@gmail.com

A STUDY OF NURSE ENTREPRENEUR COMPETENCIES OF NURSE ENTREPRENEURS OPERATING NURSE ASSISTANT SCHOOL : A DELPHI STUDY

Kanyamas Srisuwan* Yuphin Angsuroch**

ABSTRACT

Purpose: To study the competency of nursing school entrepreneurs.
Design: A descriptive research design using the Delphi technique was employed.
Methods: The informants consisted of 19 experts divided into three groups: five caregiving school entrepreneurs, five faculty members in education, and nine nurse entrepreneurs operating caregiving schools. Data were collected through interviews and three rounds of questionnaires. Data were analyzed using the median (Md) and interquartile range (IR).
Results: The experts reached consensus on the competencies of nurse entrepreneurs in caregiving schools. A total of nine competency domains comprising 55 items were identified: educational business management (4 items), educational business strategy (7 items), educational organizational administration (8 items), educational resource management (7 items), educational marketing mix management (5 items), interpersonal relationships (5 items), leadership and personal attributes (8 items), ethics, business law, and education-related laws (6 items), and integration of the nursing profession (5 items). All competency domains were rated from high to highest importance (Mdn = 4.60, IQR = 0.26–1.10).
Conclusion: The findings provide a framework for competency development, curriculum design, and the establishment of standards for nurse entrepreneurs operating caregiving schools in a quality-driven and sustainable manner.

Keyword: *Nurse Entrepreneur/ Competency/ Nurse Assistant School*

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025,37(2) : 149-161
Article info: received December 26 , 2024; revised November 18, 2025; accepted January 1, 2026

* 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: mapringks@gmail.com

บทนำ

ยุคศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการแพทย์ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงและผู้คนมีอายุขัยที่เพิ่มมากขึ้นจากสถิติในปี 2564 - 2566 พบว่าอัตราเด็กเกิดใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 5.4 แสนคน เหลือเพียง 5.1 แสนคนต่อปี ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานมีอัตราเพิ่มที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 2.35 และ 0.48 ตามลำดับ อีกทั้งประชากรผู้สูงอายุมีมากถึงร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ด้วยลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรเช่นนี้จึงส่งผลทำให้ประเทศไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2568[1,2] ประกอบกับประชากรมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง อันมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน มลพิษทางอากาศ และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป[3] จึงส่งผลให้ประชากรมีความต้องการการบริการและการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้บุคลากรสุขภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปี 2564 พบว่า มีพยาบาลวิชาชีพคิดเป็นสัดส่วน 1:353 คน[4] ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการและการดูแลทางสุขภาพ

จากสถิติการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการในปี พ.ศ.2562 พบว่า บ้านพักคนชรา มีสัดส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุ 1:87 คน สัดส่วนนักบริบาลต่อผู้สูงอายุ 1:26 คน สัดส่วนพี่เลี้ยงต่อผู้สูงอายุ 1:16 คน สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่สถานดูแลระยะในโรงพยาบาล และสถานบริบาลคิดเป็น 1:6 สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตคิดเป็น 1:15 และบ้านพักคนชรา คิดเป็น 1:87 โดยมีการศึกษาความต้องการกำลังคนของพยาบาลเพิ่มเข้ามาจากระบบบริการปกติ จำนวน 58,841 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 412 คน และผู้ช่วยดูแล/นักบริบาล 82,528 คน[5] ดังนั้นสภาการพยาบาลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ว่าด้วยการผลิตและว่าจ้างผู้ช่วยพยาบาลเพิ่ม เพื่อลดภาระงานพยาบาลและให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างความเข้มแข็งของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในด้านกำลังคนรวมทั้งพัฒนากฎหมายให้รองรับการประกอบวิชาชีพ โดยอิสระของพยาบาล เพื่อคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพและประชาชนให้มีสุขภาวะที่ดีและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน[6] สภาการพยาบาลจึงมีการจัดระบบการทำงานของพยาบาลเป็นแบบทีมผสมผสานทักษะทางการพยาบาล (Skill Mixed Team) รวมทั้ง กำหนดให้ พนักงานให้การดูแล (Nurses' aides / Care givers) เป็นส่วนหนึ่งของทีม ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริบาลทุกระดับของภาครัฐและเอกชน และอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทั้งยังสนับสนุนให้โรงเรียนบริบาลเปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรพนักงานและหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ เพื่อผลิตพนักงานให้การดูแล(Nurses' aides / Care givers) ธุรกิจโรงเรียนบริบาลจึงเป็นที่น่าสนใจ[7] จากการขาดแคลนอัตรากำลังคนและความต้องการพนักงานให้การดูแลที่มีจำนวนมากขึ้น ทำให้ธุรกิจการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ เช่น โรงเรียนบริบาล ที่เปิดสอนในหลักสูตรระยะสั้น ได้แก่ 1.หลักสูตรการดูแลเด็กเล็ก จำนวน 420 ชั่วโมง 2. หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 420 ชั่วโมง 3.หลักสูตรการดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ จำนวน 840 ชั่วโมง 4.หลักสูตรประกาศนียบัตรพนักงานให้การดูแล (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2565) จำนวน 510 ชั่วโมง และ 5. หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ขั้นเบื้องต้นจำนวน 18 ชั่วโมง ขั้นกลางจำนวน 70 ชั่วโมง และขั้นสูงจำนวน 420 ชั่วโมง[8] ซึ่งมีความน่าสนใจทั้งกลุ่มผู้ประกอบการทั่วไปและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในการเป็นผู้ประกอบการ (Entrepreneurship) ธุรกิจการจัดการศึกษาด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก

จากสถิติปี 2565 พบว่าประเทศไทยมีโรงเรียนบริบาลจำนวนทั้งหมด 223 แห่ง ได้รับรางวัล "โรงเรียนบริบาลต้นแบบประจำปี 2565" จำนวน 136 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนที่มีอยู่ทั้งหมด ทำให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและส่งผลให้สถานประกอบการดำเนินการสู่ความสำเร็จได้เป็นอย่างดี และจากจำนวนโรงเรียนบริบาลต้นแบบข้างต้น พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประกอบการจำนวน 22 คน[9] เมื่อพยาบาลวิชาชีพก้าวเข้าสู่การเป็นผู้ประกอบการรวมทั้งปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้บริหารโรงเรียนบริบาลร่วมด้วย จึงต้องใช้ทั้งความรู้ ทักษะและความสามารถทางด้านพยาบาลศาสตร์ในการดูแลสุขภาพ และด้านการบริหารธุรกิจในการดำเนินงานให้อยู่รอดได้ หรือที่รวมเรียกว่า "สมรรถนะ" (Competency) การมีสมรรถนะที่ดีและหลากหลายส่งผลให้การประกอบการนั้นประสบความสำเร็จและอยู่รอดได้อย่างยั่งยืน แม้ว่าโรงเรียนบริบาลจะมีบทบาทสำคัญต่อการผลิตบุคลากรดูแลสุขภาพ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีกรอบสมรรถนะมาตรฐาน(Competency framework) สำหรับพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลอย่างเป็นระบบ และยังไม่มีงานวิจัยที่ใช้การประมวลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ(Delphi) ในการพัฒนาชุดสมรรถนะเฉพาะบริบทไทยทำให้การกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพและ

มาตรฐานการบริหารยังไม่ชัดเจน ซึ่งการขาดกรอบสมรรถนะที่ชัดเจนอาจส่งผลให้การบริหารโรงเรียนบริบาลไม่มีทิศทางการผลิตบุคลากรดูแลสุขภาพ ขาดคุณภาพมาตรฐานที่สม่ำเสมอและทำให้การพัฒนานโยบายด้านกำลังคนของประเทศไม่สามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จึงมีความเหมาะสมในการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรงจากหลายสาขา เพื่อพัฒนาความเห็นร่วมกันและสร้างกรอบสมรรถนะที่มีความน่าเชื่อถือและสะท้อนบริบทจริงของประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงตระหนักและสนใจที่ศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล ว่าควรมีสมรรถนะใดบ้าง โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการ สมรรถนะผู้ประกอบการและสมรรถนะผู้บริหารสถานศึกษาของ Guo (2009), Lans et al. (2014), D I E Sundah et.al (2017), SHEHNAZ TEHSEEN et.al (2020) และจอมพงศ์ มงคลวนิช (2560) และนำมาบูรณาการเป็นแนวคิดเบื้องต้น 8 ด้าน ดังนี้1. ด้านธุรกิจการจัดการศึกษา 2. ด้านกลยุทธ์เชิงธุรกิจการจัดการศึกษา 3. ด้านการบริหารองค์กรสถานศึกษา 4. ด้านบริหารจัดการทรัพยากรสถานศึกษา 5. ด้านการตลาดและการสื่อสาร 6.ด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 7. ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและทัศนคติการประกอบการ และ 8.ด้านจริยธรรมและกฎหมายธุรกิจการศึกษา[10-13]เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์การประกอบธุรกิจโรงเรียนบริบาล และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการธุรกิจหรือการเป็นผู้ประกอบการแสดงความคิดเห็นแบบฉันทามติตามขั้นตอนของเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อให้การศึกษาข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนบริบาล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ประกอบการทั่วไป สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล

คำถามการวิจัย

สมรรถนะใดบ้างที่มีความสำคัญต่อพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลตามฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ

วิธีดำเนินการวิจัย

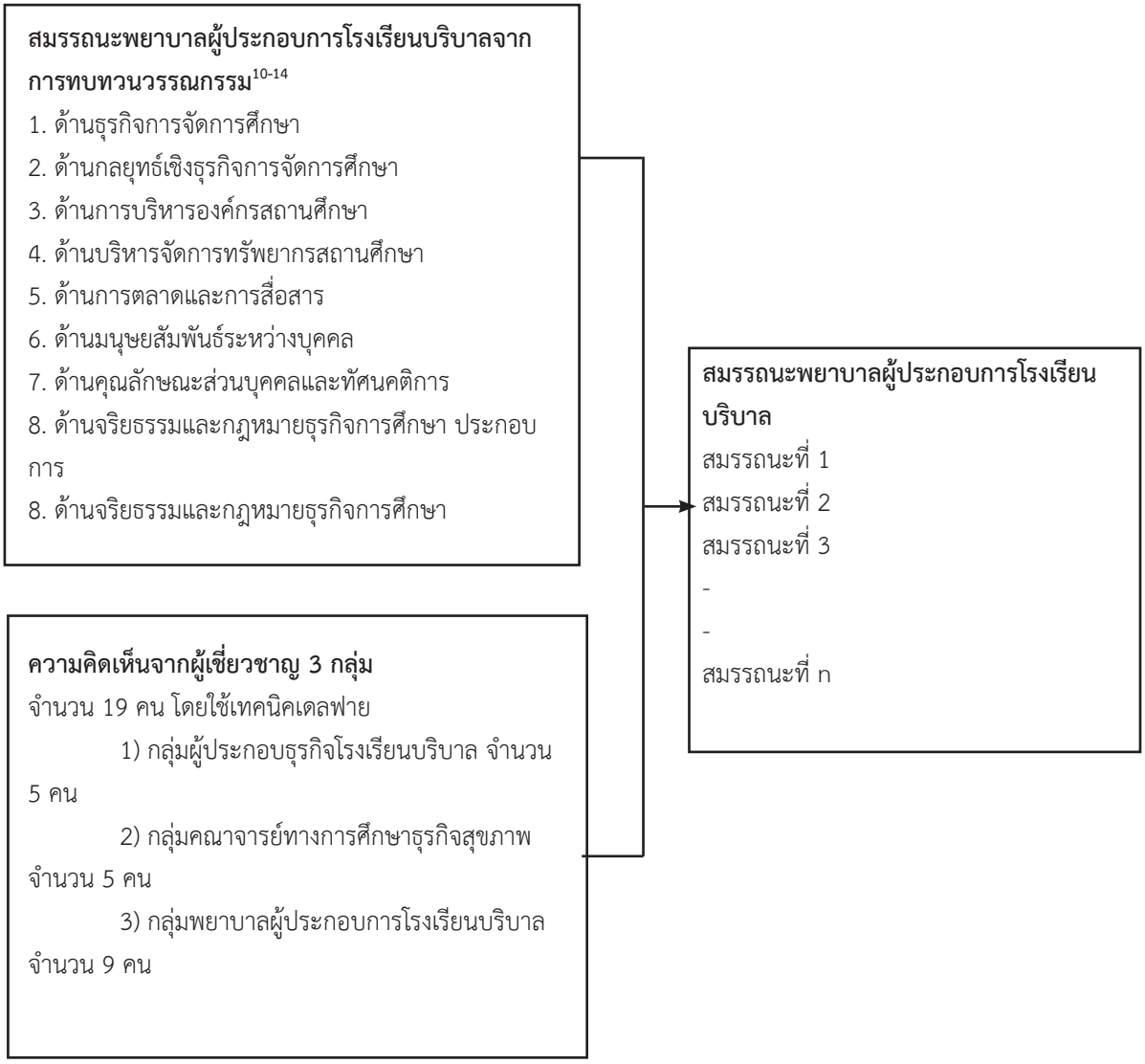
การกำหนดและคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยนำเสนอรายชื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมพิจารณาคุณสมบัติและคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive sampling) มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทั้ง 3 ครั้ง และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด แต่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทั้ง 3 ครั้งโดยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่มไว้ดังนี้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่ 1 ผู้ประกอบการธุรกิจโรงเรียนบริบาล คือ ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการโรงเรียนเอกชนนอกระบบประเภทวิชาชีพ มีคุณสมบัติ ได้แก่ (1) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (2) บุคคลผู้ซึ่งได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการโรงเรียนบริบาล (3) มีประสบการณ์ในการดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาล ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่2 คณาจารย์ทางการศึกษาธุรกิจสุขภาพ คือกลุ่มคณาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐหรือในกำกับของรัฐ หรือสถาบันการอุดมศึกษาเอกชนมีคุณสมบัติได้แก่(1) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาเอก (2) ปฏิบัติหน้าที่สอนและค้นคว้าวิจัยในสาขาที่มีความสอดคล้องหรือสัมพันธ์กับการบริหารการศึกษา การบริหารธุรกิจ การบัญชี การจัดการองค์กร การจัดการทรัพยากรมนุษย์หรือสาขาอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับธุรกิจโรงเรียนบริบาล (3) มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล ได้แก่ (1) สำเร็จการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาตรีสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์หรือหลักสูตรเทียบเคียงที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล (2) ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล (3) ได้รับแต่งตั้งเป็นผู้บริหารโรงเรียนบริบาลที่เปิดดำเนินการตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป และได้รับการประกันคุณภาพการศึกษาภายในอยู่ในระดับ “ดีมาก”



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถาม เรื่อง สมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล

2.แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 โดยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ สร้างเป็นสอบถามแบบมาตร ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

3.แบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อยืนยันความสำคัญ ของสมรรถนะหลักและข้อรายการสมรรถนะย่อยในแต่ละด้านเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญมากที่สุดจนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด โดยแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ได้จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 ไว้ด้วย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทราบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างคำตอบของตนเองกับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น และเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบจากแบบสอบถามในรอบที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลทั้ง 3 ชุด เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเครื่องมือก่อนนำไปเก็บข้อมูล ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้สำนวนภาษาในระหว่างที่ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม และการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือพิจารณาจากการที่ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 ตามที่ Von Der Gracht[15] กล่าวว่าผู้วิจัยสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้และแบบสอบถามมีความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอโครงการวิจัยนี้ เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาอนุมัติโครงการวิจัยเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 เลขที่รับรอง COA No. 242/66 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงนำเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 283 วันซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

ผู้ผู้วิจัยส่งแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน ผ่านทาง Zoom Application, Email และการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เพื่อขอให้ผู้เชี่ยวชาญระบุรายการสมรรถนะที่สำคัญต่อการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสังเคราะห์รายการสมรรถนะในประเด็นหลักและประเด็นย่อย ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 213 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากข้อมูลการวิเคราะห์สมรรถนะรอบแรกจำนวน 9 ด้าน 55 รายการ ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินระดับความสำคัญของแต่ละรายการบนมาตราส่วน 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) นำผลการวิเคราะห์ (Mnd, IQR, %change) กลับไปแจ้งผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาในการรอบถัดไป ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 43 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามฉบับแก้ไขให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คนประเมินซ้ำ โดยใช้เกณฑ์การยอมรับฉันทามติคือ Mnd ≥ 3.50 และ IQR ≤ 1.50 เมื่อพบว่าค่าการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นรวมลดลงเหลือร้อยละ 1.91 ถือว่าบรรลุฉันทามติและยุติรอบการประเมิน ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 27 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ตามเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแมคมิลแลน21 ที่พบว่าจำนวนตัวอย่างตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปจะมีระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ 0.02 โดยรอบที่ 1 นำเนื้อหาที่ได้จากสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยคำถามปลายเปิดมาจำแนกและจัดหมวดหมู่ (Categorized) ของสมรรถนะรายด้านและรายการย่อย และจัดทำเป็นแบบสอบถามในรอบที่ 2 เมื่อได้คำตอบจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR) ในแต่ละข้อรายการ โดยหาข้อรายการที่มีค่า Mnd ≥ 3.50 จึงประเมินว่าสมรรถนะข้อรายการนั้นมีความสำคัญ และมีค่า IQR ≤ 1.50 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และในรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติคำนวณหาค่า Mnd และ IQR อีกครั้ง พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบร้อยละ 1.91 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[22]

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล ด้วยเทคนิควิธีการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) พบว่า มีสมรรถนะหลัก 9 ด้าน และสมรรถนะย่อย 55 รายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากและมากที่สุด มีค่ามัธยฐาน (Mnd) เท่ากับ 4.60 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) อยู่ในช่วง 0.26-1.10 (แสดงในตารางที่ 1) ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

1.สมรรถนะด้านธุรกิจการจัดการศึกษา มีสมรรถนะย่อย 4 รายการ ประกอบด้วย (1) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดตั้งโรงเรียนบริบาลอย่างถูกต้อง (2) สามารถบริหารจัดการโรงเรียนบริบาลให้ดำเนินธุรกิจได้อย่างต่อเนื่อง

และยั่งยืน (3) สามารถปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่างๆในการดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้ถูกต้องตามมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สช. สบส. กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล สภาการพยาบาล และ (4) มีทัศนคติที่ดีในการเป็นผู้ประกอบการและพัฒนาธุรกิจโรงเรียนบริบาลอย่างต่อเนื่อง

2. สมรรถนะด้านกลยุทธ์เชิงธุรกิจการจัดการศึกษา มีสมรรถนะย่อย 7 รายการ ประกอบด้วย (1) สามารถวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจากแนวโน้มประชากร วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อการจัดตั้งโรงเรียนบริบาลได้ (2) สามารถจัดทำนโยบาย กำหนดวิสัยทัศน์ รวมทั้งวางแผน และพัฒนากลยุทธ์ให้สอดคล้องกับความต้องการกับสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกของโรงเรียนบริบาลได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (3) สามารถจัดลำดับความสำคัญของแผน และปฏิบัติตามนโยบายและวิสัยทัศน์ของโรงเรียนบริบาลได้อย่างต่อเนื่อง (4) สามารถเปรียบเทียบเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของโรงเรียนบริบาลได้อย่างต่อเนื่อง (5) สามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์ของเป้าหมาย รวมทั้งนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์ของโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (6) สามารถเตรียมและจัดทำแผนฉุกเฉินหรือแผนสำรองที่ครอบคลุมและสามารถนำมาใช้ได้จริงในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดได้ และ (7) มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวได้ดีตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

3.สมรรถนะด้านการบริหารองค์กรสถานศึกษา มีสมรรถนะย่อย 8 รายการ ประกอบด้วย (1) สามารถพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับองค์กรที่รับรองหลักสูตรที่เปิดสอน ได้แก่ สช. สบส. สภาการพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) สามารถบริหารระบบประกันคุณภาพที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับมาตรฐานขององค์กรที่รับรองหลักสูตรที่เปิดสอนและตรงกับความต้องการของผู้เรียน (3) สามารถบูรณาการความรู้ทางสหวิทยาการและพัฒนาหลักสูตรที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้เรียนในยุคศตวรรษที่21 (4) มีความรู้และทักษะในการนำระบบสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนภายในโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (5) มีความสามารถในการบริหารจัดการระบบการเรียนการสอนออนไลน์ในภาคทฤษฎีได้อย่างมีประสิทธิภาพ (6) สามารถบริหารจัดระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เรียนได้อย่างครอบคลุมเหมาะสมกับความหลากหลายทางความแตกต่างของเพศและช่วงวัย (7) สามารถบริหารจัดการระบบการประเมินและติดตามคุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาพัฒนาการเรียนการสอนและควบคุมคุณภาพของโรงเรียนบริบาลอย่างต่อเนื่อง และ (8) สามารถนำผลการประเมินคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนของโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.สมรรถนะด้านการบริหารจัดการทรัพยากรสถานศึกษา มีสมรรถนะย่อย 7 รายการ ประกอบด้วย (1) มีความสามารถในการสรรหาบุคลากร โดยเฉพาะครูผู้สอนที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์อย่างหลากหลาย (2) สามารถกำหนดมอบหมายหน้าที่ของบุคลากรได้อย่างชัดเจน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคลากรได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (3) มีความสามารถในการบริหารจัดการควบคุม กำกับ ติดตามการทำงานได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (4) สามารถบริหารจัดการความหลากหลายของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาลเกี่ยวกับวัฒนธรรม ภาษา เชื้อชาติ และศาสนา รวมถึงสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (5)มีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์ วางแผนควบคุมทางด้านการเงิน และความเสี่ยงทางการเงินของโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (6) สามารถบริหารจัดการอาคารสถานที่ อุปกรณ์การเรียนการสอน และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาล และ (7) สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมมาใช้ในการดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสภาวการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

5.สมรรถนะด้านการจัดการส่วนผสมการตลาดทางการศึกษา มีสมรรถนะย่อย 5 รายการ ประกอบด้วย (1) มีความสามารถในการวิเคราะห์และบริหารจัดการส่วนผสมทางการตลาด ได้แก่ สถานที่ตั้งโรงเรียนบริบาล หลักสูตรที่เปิดสูตร ราคาคอร์สต่อหลักสูตร และการสื่อสารทางการตลาดได้อย่างเหมาะสม (2) สามารถวิเคราะห์และบริหารจัดการความต้องการเข้าศึกษาต่อของผู้เรียนได้อย่างต่อเนื่อง (3) สามารถวิเคราะห์และบริหารจัดการความต้องการใช้ผู้สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนบริบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับได้ (4) สามารถนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการติดต่อสื่อสารทางการตลาดทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (5) สามารถจัดทำกิจกรรมทางการตลาดที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้อย่างต่อเนื่อง

6. สมรรถนะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีสมรรถนะย่อย 5 รายการ ประกอบด้วย (1) มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาล

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนบริบาลได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (3) สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ทั้งในบทบาทผู้นำ ครูผู้สอน และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) สามารถสร้างเครือข่ายในการให้ความรู้และบริการวิชาการแก่ชุมชนบริเวณรอบโรงเรียนบริบาล เพื่อประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนบริบาลและชุมชนได้เป็นอย่างดี และ (5) มีทักษะและสามารถแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและคุณลักษณะส่วนบุคคล มีสมรรถนะย่อย 8 รายการ ประกอบด้วย (1) มีความสามารถในการวิเคราะห์ตนเอง เพื่อวางแผนพัฒนาตนเองและธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (2) มีความคิดริเริ่มในการทำนวัตกรรมเกี่ยวกับการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในปัจจุบัน (3) สามารถถ่ายทอดนวัตกรรมสู่บุคลากรและผู้เรียนให้นำไปใช้ได้จริงรวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรและผู้เรียนมีความคิดสร้างสรรค์และคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง (4) มีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาต่อของผู้เรียนและผู้สำเร็จการศึกษาอย่างต่อเนื่อง (5) มีคุณลักษณะของการค้นหาและป้องกันการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาล (6) มีทักษะในการสื่อสารเชิงบวกและสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรและผู้เรียนได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (7) มีความรอบรู้ทางด้านนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแผนยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของคนไทย รวมทั้งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการและพัฒนาโรงเรียนบริบาลได้อย่างเหมาะสม และ (8) มีความสามารถในการจัดการกับความเครียดและควบคุมอารมณ์ของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

8. สมรรถนะด้านจริยธรรม กฎหมายธุรกิจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา มีสมรรถนะย่อย 6 รายการ ประกอบด้วย (1) มีความรู้และเข้าใจในกฎหมายข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลเป็นอย่างดี (2) มีความรู้ ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพนักงานให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่และเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (3) มีความรู้และความสามารถในการนำกฎหมายแรงงานมาใช้ในการบริหารจัดการบุคลากรในโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) มีความตระหนักถึงความถูกต้อง เพื่อสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมของการดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้อย่างเหมาะสม (5) ปฏิบัติตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล กฎหมายแรงงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้อย่างเหมาะสม (5) ปฏิบัติตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล กฎหมายแรงงาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้อย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ และ (6) เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในหน้าที่การงาน เรื่องส่วนตัว และภาวะสุขภาพ รวมทั้งประพฤติตนให้เป็นที่เคารพนับถือของบุคลากรภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาล

9.สมรรถนะด้านการบูรณาการวิชาชีพทางการพยาบาล มีสมรรถนะย่อย 5 รายการ ประกอบด้วย (1)มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการพยาบาลขั้นพื้นฐานแบบองค์รวมเป็นอย่างดีโดยเฉพาะหลักสูตรที่เปิดสอน (2) สามารถบูรณาการทักษะ ประสบการณ์ และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานใน 4 มิติ ได้แก่ การป้องกันสุขภาพ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ มาใช้ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล (3) มีความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมวิชาชีพและนำมาบูรณาการในการพัฒนาธุรกิจโรงเรียนบริบาลให้เกิดความสำเร็จอย่างยั่งยืน (4) มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาและผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลแก่ครูผู้สอนและผู้เรียนในการนำความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติได้เป็นอย่างดีและ (5) มีการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน (Mdn) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) สมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ด้าน	สมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล	ค่าสถิติ	
		ค่ามัธยฐาน (Mdn)	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR)
1	สมรรถนะด้านธุรกิจการจัดการศึกษา	4.71	0.26-0.57
2	สมรรถนะด้านกลยุทธ์เชิงธุรกิจการจัดการศึกษา	4.64	0.30-0.86
3	สมรรถนะด้านการบริหารองค์กรสถานศึกษา	4.55	0.28-1.10
4	สมรรถนะด้านการบริหารจัดการทรัพยากรสถานศึกษา	4.63	0.38-0.83
5	สมรรถนะด้านการจัดการส่วนผสมการตลาดทางการศึกษา	4.52	0.41-0.83
6	สมรรถนะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	4.48	0.62-0.89
7	สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและคุณลักษณะส่วนบุคคล	4.54	0.30-0.87
8	สมรรถนะด้านจริยธรรม กฎหมายธุรกิจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา	4.70	0.26-0.57
9	สมรรถนะด้านการบูรณาการวิชาชีพทางการพยาบาล	4.63	0.28-1.05

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าสมรรถนะทั้ง 9 ด้านมีความสำคัญต่อพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลในระดับมากที่สุด สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1.ด้านธุรกิจการจัดการศึกษา มีความสำคัญต่อความรู้ ความเข้าใจหลักการจัดตั้งธุรกิจการศึกษาและสามารถบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานและกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง Guo[10] และ Sundah et al.[12] ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญด้านความสามารถของผู้ประกอบการในการบริหารจัดการปัจจัยกระทบด้านต่างๆ ต่อธุรกิจ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่เชื่อมโยงเป้าหมายจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จอย่างยั่งยืนขององค์กร นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ดีต่อการประกอบธุรกิจโรงเรียนบริบาลและการมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลของผู้ประกอบการมีความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตรและคุณภาพการศึกษาที่ตอบโจทย์ตลาดแรงงาน ได้อีกทั้งบทบาทสำคัญของผู้ประกอบการในระบบการศึกษาในการสร้างสรรค์แนวทางใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงเรียนบริบาล ซึ่งไม่เพียงช่วยยกระดับคุณภาพการศึกษาแต่ยังสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสังคมและระบบสุขภาพในวงกว้างอีกด้วย เช่น สร้างบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการได้รับการดูแลจากผู้สำเร็จการศึกษาเป็นอย่างดี[11]

2.ด้านกลยุทธ์เชิงธุรกิจการจัดการศึกษา เป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อการวิเคราะห์และประเมินปัจจัยสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารโรงเรียนบริบาล สามารถกำหนดนโยบายทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่ชัดเจน กำหนด กลยุทธ์และประเมินผลเพื่อบรรลุตามเป้าหมายขององค์กรได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน และสถานการณ์

ด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งการมีทักษะที่ดีในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กรประกอบกับกลยุทธ์ที่ดีมีความยืดหยุ่น ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลผู้ประกอบการสามารถวางแผนหลักได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและมีแผนฉุกเฉินสำหรับรองรับความท้าทายใหม่ๆ ที่ไม่คาดคิด โดยเฉพาะในด้านการศึกษาพยาบาลการมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงถือเป็นคุณสมบัติและสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล[10-11,13-14] ที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการให้เกิดการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว

3. ด้านการบริหารองค์กรสถานศึกษาเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อ (1) การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับข้อกำหนดและมาตรฐานขององค์กรที่รับรองหลักสูตรและสามารถตอบสนองกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว[11] เพื่อให้โรงเรียนสามารถผลิตบุคลากรที่มีความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในวงการสาธารณสุข[10,14] (2) การบริหารจัดการระบบการประกันคุณภาพให้มีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาหลักสูตรและมาตรฐานขององค์กรที่รับรองหลักสูตรและสอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษาโรงเรียนนอกระบบ พ.ศ.2562[14] เพื่อให้การศึกษามีคุณภาพสามารถตรวจสอบได้และยังช่วยให้โรงเรียนสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในวงการสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่อง (3) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการการเรียนการสอน เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงการเรียนรู้ในยุคที่มีการเรียนการสอนแบบออนไลน์[11] การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเรียนภาคทฤษฎีเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเข้าถึงโรงเรียนได้ง่ายขึ้น และเพื่อให้ผู้เรียนได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง แม้ต้องพบกับปัญหาสภาพแวดล้อมหรือสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถเรียนภาคทฤษฎีที่โรงเรียนได้ และ (4) การติดตามและประเมินคุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษาซึ่งผลที่ได้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้ตรงกับองค์กรที่รับรองหลักสูตร[12] และสามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของตลาดสุขภาพและตลาดแรงงานที่มีการแข่งขันสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรสถานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร การเงิน อาคารสถานที่และการใช้เทคโนโลยี-นวัตกรรม ทรัพยากรเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาลที่พยาบาลผู้ประกอบการจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก ได้แก่ การสรรหาบุคลากรที่มีคุณภาพ มีความเชียวชาญและประสบการณ์ด้านต่าง ๆ รวมถึงการบริหารจัดการบุคลากรด้วยการมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสมกับคุณสมบัติจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ สร้างเสริมขวัญกำลังใจในการทำงานและควบคุมระเบียบวินัยให้เป็นไปตามกฎข้อบังคับขององค์กร[14] รวมถึงการจัดระบบการควบคุมและติดตามการทำงานของบุคลากรเพื่อตรวจสอบให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงทีโดยใช้วิธีการสื่อสารเชิงบวกในทุกขั้นตอนประกอบกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีมีความเหมาะสมต่อการทำงานร่วมกันของบุคคลากรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เชื้อชาติและศาสนา[10,16] การบริหารจัดการการเงินของโรงเรียนด้วยการวิเคราะห์วางแผนและควบคุมการเงินเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงิน จะสามารถช่วยให้โรงเรียนสามารถดำเนินธุรกิจได้อย่างมีเสถียรภาพและยั่งยืน[12,14]ส่วนด้านอาคารสถานที่และสภาพแวดล้อมควรจัดอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อมภายในภายนอกและอุปกรณ์การเรียนการสอนให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีความทันสมัยเอื้อประโยชน์ต่อการเรียนรู้ในยุคปัจจุบัน โดยการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิภาพต่อการเรียนการสอนมากยิ่งขึ้น เช่น การเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงการเรียนการสอนด้วยรูปแบบออนไลน์หรือแบบผสมผสาน (Blended Learning)[16-17]

5. ด้านการจัดการส่วนผสมการตลาดทางการศึกษา ประกอบไปด้วย (1) ความสามารถในการวิเคราะห์และบริหารจัดการส่วนผสมทางการตลาด อันได้แก่ การเลือกสถานที่ตั้งโรงเรียนโดยคำนึงถึงความสะดวกสบายในการเข้าถึงของผู้เรียน ราคาคอร์สที่สมเหตุสมผล การพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน การสื่อสารทางการตลาดที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ของโรงเรียน และการวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดที่มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันและสามารถตอบสนองความต้องการของตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12] (2) ความสามารถในการวิเคราะห์และบริหารจัดการความต้องการเข้าศึกษาต่อของผู้เรียน โดยการวิเคราะห์แนวโน้มและพฤติกรรมความต้องการของผู้เรียนจะช่วยทำให้สามารถปรับหลักสูตรได้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของตลาดได้ (3) ความสามารถในการวิเคราะห์และบริหารจัดการความต้องการใช้ผู้สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนบริบาลในสถานบริการสุขภาพ ด้วยการประเมินความต้องการของตลาดแรงงาน

และปรับหลักสูตรรวมทั้งกิจกรรมการเรียนการสอนให้ตรงกับความต้องการของภาคบริการสุขภาพ (4) ความสามารถในการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดต่อสื่อสารทางการตลาด เพื่อให้โรงเรียนบริบาลสามารถเข้าถึงผู้เรียนและสถานบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (5) สามารถจัดทำกิจกรรมทางการตลาดที่หลากหลาย นอกจากจะช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ธุรกิจโรงเรียนบริบาลแล้วยังสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เรียน ผู้จ้างงาน ร่วมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กรต่าง ๆ อีกด้วย ดังนั้นสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลด้านการจัดการส่วนผสมทางการตลาดนั้น ต้องคำนึงถึงการผสมผสานของ 4P (Product, Price, Place, Promotion) โดยการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่เหมาะสม การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการพัฒนาเทคนิคต่างๆ รวมทั้งการนำองค์ประกอบของ Business Model Canvas ทั้ง 9 ส่วน มาใช้วางแผนในการดำเนินธุรกิจ ทำให้พยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลเห็นภาพรวมของธุรกิจได้ครอบคลุม

6.ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสร้างและรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งภายในและภายนอกมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงเรียนบริบาลเป็นอย่างมากโดยพยาบาลผู้ประกอบการจะต้องใช้ความสามารถระหว่างบุคคล(Interpersonal competencies) เป็นสมรรถนะพื้นฐานด้วยการสื่อสารเชิงบวกที่มีความชัดเจนเข้าใจง่ายในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลการมอบหมายงาน การเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของคนอื่น[18] เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและไว้วางใจระหว่างบุคลากรทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สามารถกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งส่งผลดีต่อการมีส่วนร่วมในการทำงานได้อย่างสอดคล้องกัน[19] รวมถึงการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ทั้งในบทบาทผู้นำ ครูผู้สอน และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนบริบาลและสร้างเครือข่ายในการให้ความรู้และบริการวิชาการแก่ชุมชนบริเวณรอบโรงเรียนบริบาล เพื่อประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนบริบาลและชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

7.ด้านภาวะผู้นำและคุณลักษณะส่วนบุคคล ที่สำคัญของพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลนั้นต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน วิกฤตหรือโอกาสที่เกิดทั้งของตนเองและธุรกิจ เพื่อค้นหาข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานในปัจจุบัน วางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาและป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตกล้าที่จะการยอมรับและจัดการกับจุดอ่อนของตนประกอบกับการมีทัศนคติเชิงบวกกับสิ่งที่ทำ รู้จักลำดับความสำคัญของงานเพื่อจัดการเวลาอย่างเหมาะสม[13] มีความคิดริเริ่มสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่พบบ่อยในปัจจุบัน สามารถถ่ายทอดความรู้นั้นให้กับบุคลากรพร้อม ๆ กับการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์สามารถการสร้างงานวิจัยใหม่ๆ ได้รวมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เสนอแนะวิธีการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงาน เพื่อนำไปใช้พัฒนาต่อยอดการเรียนรู้ภายในโรงเรียนบริบาลได้[19] สมรรถนะเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลผู้ประกอบการสามารถปรับปรุงคุณภาพการสอนและสามารถดำเนินธุรกิจให้เกิดการพัฒนาได้เท่าทันกับปัจจุบันเสมอ นอกจากนี้ความมุ่งมั่นในการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาต่อของผู้เรียนและผู้สำเร็จการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้กับนักเรียนในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้ประกอบการต้องมีความเข้าใจผู้เรียน ร่วมวางแผนเป้าหมายชีวิตของผู้เรียนในขณะที่เข้าศึกษากับครูผู้สอน โดยการแนะแนวทางการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องหลังสำเร็จการศึกษาและผลการศึกษายังพบอีกว่าการสื่อสารเชิงบวกของพยาบาลผู้ประกอบการกับการสร้างแรงบันดาลใจให้กับบุคลากรและผู้เรียนก็เป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากการสื่อสารที่ดีจะทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่สร้างสรรค์และสามารถเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมกับการพัฒนาโรงเรียนได้ อีกทั้งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาพยาบาล ต้องมีความสามารถทางการเมืองด้วยจึงช่วยให้พยาบาลผู้ประกอบการสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการและพัฒนาโรงเรียนได้อย่างเหมาะสมตามสภาวการณ์ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลง[19]

8.ด้านจริยธรรมกฎหมายธุรกิจและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพยาบาลผู้ประกอบการจะต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการที่ให้การดูแลเอาใจใส่เห็นอกเห็นใจผู้รับบริการมีความเข้าใจสามารถปฏิบัติตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล กฎหมายแรงงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงเรียนบริบาล ทั้ง 3 ทักษะ นี้มีความสำคัญต่อการประกอบการโรงเรียนบริบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นหัวใจหลักที่พยาบาลผู้ประกอบการจะต้องทำความเข้าใจก่อนการก่อตั้งโรงเรียน จริยธรรมของผู้บริบาลทำให้พยาบาลผู้ประกอบการมีความเข้าใจและเอาใจใส่ผู้รับบริการ จะช่วย

เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อพยาบาลผู้ประกอบการและส่งต่อไปยังครูผู้สอนและผู้เรียน อีกหนึ่งสิ่งสำคัญของพยาบาลผู้ประกอบการคือต้องสามารถใช้กฎหมายแรงงานในการบริหารบุคลากรได้อย่างถูกต้องและมีความยุติธรรม ทำให้การดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาลเป็นระบบและโปร่งใส[10] นอกจากนี้พยาบาลผู้ประกอบการต้องรู้และเข้าใจกฎหมายแรงงานของการว่าจ้างเมื่อผู้เรียนสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถประกอบอาชีพผู้ดูแล/พนักงานให้การดูแลโดยสามารถขึ้นตรงกับหน่วยงานใด มีคุณสมบัติของการเป็นพนักงานให้การดูแลหรือผู้ให้บริการการดูแลอย่างไรบ้าง[4] และต้องได้รับอัตราค่าจ้างเท่าใด ใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารและจัดหาสถานที่ทำงานให้ผู้เรียนหลังสำเร็จการศึกษาได้อย่างเหมาะสมอีกทั้งหากเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับจริยธรรมในธุรกิจโรงเรียนบริบาลซึ่งเป็นเรื่องที่ยากต่อการตัดสินใจ พยาบาลผู้ประกอบการจะต้องไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนโดยยึดมั่นในหลักจริยธรรมของการดำเนินงานและความถูกต้องเป็นหลัก ซึ่งการตระหนักถึงความถูกต้องในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นจะช่วยให้พยาบาลผู้ประกอบการสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและมีความรับผิดชอบต่อผู้เรียนและผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น รวมถึงการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้อย่างเคร่งครัด ทั้งในด้านการให้บริการการศึกษาและการดูแลภายในโรงเรียน การเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการทำงานและเรื่องส่วนตัว การดูแลสุขภาพให้สมดุลกับการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลผู้ประกอบการได้รับความเคารพจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกโรงเรียนบริบาลได้อย่างยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับ

9.ด้านการบูรณาการวิชาชีพทางการพยาบาล เป็นสมรรถนะที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ โดยบูรณาการจากการนำพื้นฐานเชิงวิชาชีพและประสบการณ์จากการปฏิบัติการของตนมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนและพัฒนาในโรงเรียนบริบาลได้ ซึ่งตรงกับสมรรถนะทั้ง 8 ด้านของสภาการพยาบาลและสอดคล้องกับ Sundah et al.[12] ดำรงศักดิ์ สงเอียดและสุวัฒน์ จุลสุวรรณ์[19] กล่าวถึง สมรรถนะด้านเทัศนคติเฉพาะของการเป็นผู้ประกอบการพยาบาล จะต้องมีองค์ความรู้สามารถให้คำแนะนำ สนับสนุนทางวิชาการ ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกคนในสถาบันพัฒนาตนเองให้มีความมั่นคงและความก้าวหน้าในวิชาชีพ นอกจากนี้พยาบาล ผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในด้านวิชาการและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการรักษามาตรฐานของวิชาชีพพยาบาลและการ ดำเนินงานในโรงเรียนบริบาล รวมทั้งทักษะการบริหารจัดการโรงเรียนบริบาลด้านต่างๆ เพื่อให้พยาบาลผู้ประกอบการสามารถนำความรู้ ที่มาใช้ในการพัฒนาโรงเรียนและให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษายังพบว่าคุณลักษณะที่สำคัญของสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ ความรู้ การประเมินตนเอง และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะที่เปลี่ยนแปลง การพัฒนาสมรรถนะในวิชาชีพการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างมาตรฐานและยกระดับคุณภาพการบริการของโรงเรียนบริบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล เพื่อให้การประเมินมีความน่าเชื่อถือและสามารถใช้ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลใน องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.นำผลการวิจัยไปใช้ในการต่อยอดความรู้และทักษะการบริหารจัดการโรงเรียนบริบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพและผู้ประกอบการที่สนใจให้มีประสิทธิภาพ เช่น พัฒนากลยุทธ์การบริหารจัดการบุคลากร ปรับปรุงระบบการจัดการทรัพยากรการเงิน ส่งเสริมการสื่อสารและสร้างความเข้าใจในชุมชน การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการศึกษา เพื่อนำไปสู่การดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาลได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

References

1.National Statistical Office. Situation of the Thai elderly in terms of spatial disparities, 2021 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2021 [cited 2024 Jan 5]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20230506145038727 76.pdf

2.Isranews Agency. (2022, January 15). Thai newborn rate in 2021 hits historic low as COVID-19 causes deaths to surpass births and people reluctant to have children. Available from: https://www.isranews.org/article/isranews- scoop/ 106341-isranews-news-29.html

3. Department of Disease Control. Situation of non-communicable diseases, 2021 [Internet].Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. Available from: https://www.ddc.moph.go.th

4.Ministry of Public Health. Health workforce statistics and development report, 2021 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2021. Available from: https://cco.moph.go.th

5.Sasat S, Pagaiya N, Wisesrith W. Estimates and trends in health workforce to support long-term care for older persons. J Gerontol Geriatr Med 2019;19:9-21. [In Thai]

6.Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and midwifery strategic plan 2022-2026 [Internet]. Nonthaburi: Suthawan Media Publishing; 2022. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NM%20Strategic%20Plan.pdf

7.Klunklin A, Uppor W. Professional nurses and entrepreneurship in the 21st century. J Chulabhorn Royal Acad. 2021;3(1):8-18. [In Thai]

8.Department of Older Persons. Announcement onstandards of elderly care training curriculum [Internet]. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2019. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/04/edit-03122020-59.pdf

9.Office of the Private Education Commission. Operational manual for educational quality assurance of non-formal schools. Rev ed. Bangkok: Chiahua Partnership; 2022.

10.Guo K. Core competencies of the entrepreneurial leader in health care organizations. Health Care Manag. 2009;28(1):19-29. https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e318196de5c

11.Lans T, Blok V, Wesselink R. Learning apart and together: towards an integrated competence framework for sustainable entrepreneurship in higher education. Journal of Cleaner Production. 2014;62:37-47.

12.Sundah DIE, Langi C, et al. Developing entrepreneurial competencies for successful business model canvas. Journal of Physics: Conference Series. 2017;953:1-23. doi:10.1088/1742-6596/953/1/012040

13.Tehseen S, Qureshi Z H, Johara F, Ramayah T. Assessing dimensions of entrepreneurial competencies: a type II (reflective-formative) measurement approach using PLS-SEM. Journal of Sustainability Science and Management. 2020;15(2):108-145. Available from: https://ir.unikl.edu.my/jspui/handle/123456789/25032

14.Mongkolvanich J. Thailand's occupational standard of school administrators. J Educ Stud Chulalongkorn Univ. 2018;45(4):293-309.

15.Von Der Gracht, H. A.. Consensus measurement in Delphi studies: review and implications for future quality assurance. Technological forecasting and social change. 2012;79(8):1525-1536.

16.Kortana T. (2018). KEY SUCCESS FACTORS FOR ENTREPRENEURS IN THE HEALTHCARE BUSINESS OF THAILAND. The EUrASEANs: journal on global socio-economic dynamics. 2018;4(11):83-88. doi: 10.35678/2539-5645

17. Samai T. Approaches to promoting competency of nursing students in Rajabhat University [dissertation]. Bangkok: Silpakorn University; 2023. [In Thai]

18.Prats M. Interpersonal competencies and entrepreneurial success: An analysis of key factors in business performance. Journal of Entrepreneurial Behavior. 2020;28(3):123-145.

19.Songaiad D, Julsuwan S. TRANSFORMATIONAL

LEADERSHIP OF NURSING EDUCATION ADMINISTRATORS IN THE 21ST CENTURY. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation.2021;32:3.Available from:www.turkjphysiotherrehabil.org

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน

ปทุมวดี พัฒนเรืองกุล* รัชนีกร อุปเสน** สุดาพร สถิตยุทธการ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอพพลิเคชั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมการครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอพลิเคชั่นเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอพลิเคชั่นเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจากได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป:การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง/ แอพพลิเคชั่น/ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา/ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน/ ครอบครัว

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 1-14

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: Pratoomay@hotmail.com

THE EFFECT OF SELF - MANAGEMENT AND FAMILY PARTICIPATION PROGRAM VIA APPLICATION ON MEDICATION ADHERENCE OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA IN THE COMMUNITY.

Pratoomvadee Pattanarueangkul* Ratchaneekorn Upasen** and Sudaporn Stithyudhakarn

ABSTRACT

Purpose: To study the effect of self-management and family participation program via application on medication adherence of patients with schizophrenia in the community.

Design: Quasi-experimental research pretest-posttest control group.

Methods: The sample were people with schizophrenia in the community and their family, selected by inclusion criteria, equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 23 subjects in each group. The experimental group received the self-management and family participation program via application for 5 weeks. The control groups received regular nursing care. The research instrument was: The self-management and family participation program via application. Data were collected by using a questionnaire on medication adherence behaviors of patients with schizophrenia. The CVI was 1 The Cronbach's alpha coefficients was .85 Data were analyzed by using descriptive statistics and t-tests.

Result: The medication adherence behavior of people with schizophrenia in the community after received the self-management and family participation program via application was significantly higher than that before at the .05 level and the medication adherence behavior of patient with schizophrenia in the community after received the self-management and family participation program via application was significantly higher than those who received regular nursing care at the .05 level

Conclusion: The implementation of a self-management and family participation program via a mobile application significantly improved medication adherence behaviors among patients with schizophrenia, in line with the research hypothesis. These findings suggest that such a program can effectively support and promote sustained medication adherence in patients with schizophrenia living in the community.

Keyword: Self-management/ Application/ Medication adherence/ Schizophrenia in community/ Family

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 1-13

Article info: **received June 10 , 2024; revised May 30, 2025; accepted June 14, 2025**

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

** Corresponding author, Asst. Prof., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Research Advisor.

*** Corresponding author, Asst. Prof., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Research Advisor.

E-mail: Pratoomay@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยพบมีความชุกระหว่างร้อยละ 0.2 – 0.41[1] การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการ[2] โดยช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง ลดอาการและการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ปฏิบัติตามแผนการใช้ยาส่งผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำและต้องกลับมารักษาใหม่เพิ่มภาระทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุข

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสนับสนุนการใช้ยาตามแผนการรักษา[2] ดังนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต่อเนื่องและเหมาะสม

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (medicationadherence) หมายถึงการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งครอบคลุมทั้งความสม่ำเสมอในการใช้ยา การไม่หยุดยาเอง การใช้ยาอย่างถูกต้องตรงเวลา และการไม่ปรับขนาดยาเอง รวมถึงความสามารถในการจัดการอาการข้างเคียง[3] การส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวจึงมีความจำเป็นในการควบคุมอาการและป้องกันการกำเริบซ้ำ[4]

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยที่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือผลข้างเคียงจากยา มักละเลยการรักษา แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนความรู้ที่เพียงพอจะช่วยเสริมความมั่นใจและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง[5]

งานวิจัยจำนวนหนึ่งได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาเช่นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว[6] โปรแกรมบำบัดเพื่อการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง[7] และโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับครอบครัว[8] ผลลัพธ์พบว่าแนวทางเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น[9] และลดอาการทางจิต[10] อย่างไรก็ตามยังขาดโปรแกรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับบทบาทที่ชัดเจนของครอบครัว โดยเฉพาะในรูปแบบการดูแลผ่านแอปพลิเคชันซึ่งยังมีการใช้งานจำกัด

การจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1.การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) เพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมาย

2.การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เพื่อปรับพฤติกรรม และ

3.การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อกระตุ้นความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมการส่งเสริมองค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการของตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืนด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือสื่อสารที่เข้าถึงง่ายผู้วิจัยจึงนำมาใช้เพื่อให้ความรู้ติดตามอาการ และเป็นช่องทางสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการพยาบาลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการมีทัศนคติที่ดี ความหวัง และบทบาทของครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง แบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ต่อเนื่องและเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักยภาพ

คำถามการวิจัย

1.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันมีความแตกต่างกันหรือไม่

2.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน

2.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design)

ประชากร คือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 46 ครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 คนและสมาชิกครอบครัว 1 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่

1.มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง

2.ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale:BPRS) มีค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่า 36 คะแนน

3.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพูดคุยสื่อสารเขียนและฟังภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

4.สามารถใช้งานโทรศัพท์มือถือเคลื่อนที่และใช้งานอินเตอร์เน็ตได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยและครอบครัวมีอาการแทรกซ้อนทางกาย 2) ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลองคือควรมีกลุ่มอย่างน้อยทั้งหมด 30 ครอบครัวโดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ครอบครัวเพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร

ได้ดีที่สุด (Grove,BurnsandGray,2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างทดลอง (Drop out) จึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมทั้งหมด 46 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 23 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับครอบครัว ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย 2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา[11] ตามแนวคิดของ Farragher โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (2) ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา 5 ระดับโดยข้อคำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ ได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 5 8 10 11 12 13 15 16 และ 18 และคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนนให้ค่าคะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 1 2 3 4 6 7 9 14 และ 17 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) เท่ากับ 1 และหลังนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชุมชนและครอบครัวที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการจัดการตนเอง[12]และบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว[13] ดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ครอบครัว พบว่าโปรแกรมมีความชัดเจน มีความเหมาะสมด้านเนื้อหาและรูปแบบของแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมตามระยะเวลา

3.เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

1) แบบประเมินการจัดการตนเองเพื่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อเป็นการวัดประเมิน 4 ระดับ ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ,ปฏิบัตินานๆครั้ง 1 ถึง 2 วันต่อสัปดาห์ (1 คะแนน) ,ปฏิบัติบ่อย 3 ถึง 5 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) และปฏิบัติสม่ำเสมอ 6 ถึง 7 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และหลัง ไปทดลองใช้ (Try out) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อเป็นการวัดประเมิน 4 ระดับ ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน),ปฏิบัตินานๆครั้ง 1 ถึง 2 วันต่อสัปดาห์ (1 คะแนน),ปฏิบัติบ่อย 3 ถึง 5 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) และปฏิบัติสม่ำเสมอ 6 ถึง 7 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (ContentValidity Index: CVI) เท่ากับ .80 และหลังไปทดลองใช้ (Try out) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับรองวันที่ 9 เมษายน 2567 ถึง วันที่ 10 เมษายน 2568 เอกสารรับรองเลขที่ COA No.079/67 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และขั้นตอนของการวิจัยจากผู้วิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการรักษาพยาบาลและเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจะเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และมีการลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1.ขั้นเตรียมการทดลองผู้วิจัยทบทวนความรู้และศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผ่านแอปพลิเคชัน พัฒนาเครื่องมือวิจัย ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากนั้นขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวมรวม ข้อมูลกับโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยได้เตรียมผู้ร่วมวิจัย 1 คนที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไปจากนั้นเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชและสารเสพติดเพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย จากนั้นเตรียมกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกและดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

2.ขั้นดำเนินการทดลอง 1) กลุ่มควบคุม หลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสามชุกตามที่แพทย์ได้นัดหมายไว้ได้แก่ประเมินอาการผู้ป่วย ,ประเมินความเครียดครอบครัว,ให้ความรู้โรคจิตเภท ,ให้คำแนะนำการรับประทานยา,การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช,การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ,การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและการออกเยี่ยมบ้านติดตามอาการของทีมสุขภาพ 2) กลุ่มทดลอง ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและข้อมูลทั่วไปของครอบครัว จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการทดลอง (Pre-test) ต่อมาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผ่านการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวและทางแอปพลิเคชันไลน์ผ่านกิจกรรมที่จัดขึ้นสัปดาห์ละครั้ง ต่อเนื่อง 5 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพค้นหาประสบการณ์เดิมและตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว

ประเมินและค้นหาประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัวที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยและครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สร้างความเข้าใจของปัญหาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากนั้นร่วมกันตั้งเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (self - monitoring)

กิจกรรมที่ 2 : การให้ความรู้และการติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การประเมิน

อาการเตือนที่สำคัญ การรับประทานยา และการจัดการอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ผ่านทางแอปพลิเคชันมีการบันทึกกิจกรรมและการส่งงานมอบหมายแก่ผู้ป่วยและสำหรับครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับข้อมูลคำแนะนำการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพดำเนินกิจกรรมผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 3 : การลงมือปฏิบัติกิจกรรมและบันทึกการจัดการตนเองในการรับประทานยาของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเพื่อการจัดการพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างเหมาะสม และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาร่วมกับการใช้ไลน์แอปพลิเคชัน โดยมีการสังเกต การบันทึก และติดตามพฤติกรรมของตนเองสำหรับครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการจัดการพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย และบันทึกการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาได้แก่ การสังเกตอาการเตือนและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อรับประทานยาดำเนินกิจกรรมผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (self – evaluation)

กิจกรรมที่ 4 : เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวเอง

ผู้ป่วยปฏิบัติและปรับพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตการจัดการพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย และบันทึกแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการรับประทานยา และการสังเกตอาการเตือน และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อรับประทานยา ผ่านแบบบันทึกทางแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่องเช่นกันส่งเสริมทัศนคติทางบวกและสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการส่งข้อความหรือรูปภาพเพื่อเป็นกำลังใจ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพูดคุยติดต่อได้ในเวลาที่กำหนดโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันตั้งขึ้น ดำเนินกิจกรรมผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์

ขั้นตอนที่ 4 การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement)

กิจกรรมที่ 5 : เสริมแรงทางบวกและประเมินกิจกรรมการจัดการตนเองตามเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินพฤติกรรมที่ปฏิบัติเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงข้อดีข้อเสียและชื่นชมตนเองจากการปฏิบัติสำหรับครอบครัวร่วมชมเชยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมอธิบายข้อดีข้อเสียและอุปสรรคที่พบและการแก้ไขการให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement)

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกำกับการทดลองใน สัปดาห์ที่ 2 โดย เกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว ต้องมีคะแนนการปฏิบัติตามข้อคำถามมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยมีการประเมินด้วยแบบประเมินการจัดการตนเองเพื่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในสัปดาห์ที่ โดยต้องมีการปฏิบัติมากกว่า หรือเท่ากับ 16 คะแนน ซึ่งหากไปผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ปัญหารายครอบครัวและส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมโดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์

3.ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ติดตามนัด เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้

ยาตามเกณฑ์การรักษาจากนั้นตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจากนั้นสอบถามความสมัครใจของกลุ่มควบคุมหากต้องการได้รับคู่มือโดยภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับโปรแกรมฯ รวมทั้งคู่มือความรู้โรคจิตเภทแก่กลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ติดตามนัด เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากนั้นตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งดำเนินการดังนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

2.เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired Sample T-test)

3.เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน ก่อนและหลัง โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (Independent T-test)

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างพบว่า 1) ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 46 คน เป็นเพศชายจำนวน 34 คน และเพศหญิงจำนวน 12 คน ส่วนมากมีอายุระหว่าง 31 ถึง 39 ปีคิดเป็นร้อยละ 34.8 ระดับการศึกษาส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 42.2 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 28.9 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญาคิดเป็นร้อยละ 11.1 เท่ากัน ไม่ได้เรียนคิดเป็นร้อยละ 4.4 และระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 2.2 2) ข้อมูลทั่วไปครอบครัวครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80.4 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 19.6 อายุเฉลี่ย 46.78 ปี (SD=9.77) ส่วนมากมีอายุระหว่าง 50 ถึง 59 ปีคิดเป็นร้อยละ 54.7 ระดับการศึกษาส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 41.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 28.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมารับจ้างคิดเป็นร้อยละ 23.9 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่คือแม่คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือพี่คิดเป็นร้อยละ 19.6 ระยะเวลาที่ครอบครัวดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ 11 ถึง 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมา 6 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.6

2.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.3$, $p < .05$)

3.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = - 0.27$, $p < .05$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มก่อนทดลอง และ หลังทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	M	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=23)						
ก่อนการทดลอง	2.87	0.47	ปานกลาง	22	- 9.3	< 0.001
หลังการทดลอง	3.92	0.52	ดี			

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 3.92 (SD=0.52) และพบว่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน (n=23) กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ (n=23)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	M	SD	def.	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=23)	3.92	0.52	44	- 0.27	< 0.001
กลุ่มควบคุม	3.54	0.51			

จากตารางที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -0.27)

อภิปรายผล

จากการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปลิเคชันต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัวคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระดับต่ำถึงปานกลาง เช่นกัน[9] อีกทั้งพบว่ามีค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองเท่ากับ 33.9[14] รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองเท่ากับ 31.71[15] จะเห็นได้ว่าช่วงอายุที่ใช้แอปพลิเคชันในการติดตามกล่าว คือค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 32.80 ปี ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้คือช่วงอายุของผู้ป่วยส่วนมากอยู่ระหว่างอายุ 31 ถึง 39 ปี

ลักษณะการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทนั้นเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยในระยะเวลานานทำให้เกิดความเบื่อหน่าย[16] จึงมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างของวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 71.7 พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาน้อยกว่าเพศหญิง[17] แต่บางการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาคือประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 41.3 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กล่าวคือระดับการศึกษาต่ำส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ดีจากการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายตามสมมติฐานการศึกษาได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีกลุ่มทดลองแสดงคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมนี้ผสานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีผ่านแอปพลิเคชันไลน์โดยให้ความรู้เรื่องโรคและยา ติดตามพฤติกรรมการใช้ยาและเปิดช่องทางสื่อสารรายบุคคลระหว่างผู้วิจัยผู้ป่วยและครอบครัวส่งเสริมให้เกิดความรู้ทักษะการดูแลตนเองและพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม การให้ความรู้ส่งเสริมความเข้าใจโรคและการดูแลตนเอง รวมถึงบทบาทของครอบครัวในการสังเกตอาการเตือนและสนับสนุนการใช้ยาที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การติดตามผ่านแอปพลิเคชัน การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับครอบครัว และการให้คำปรึกษาผ่านระบบแชท ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชัน พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick[3] โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดเป้าหมาย (goal setting) ติดตามตนเอง (self - monitoring) ประเมินตนเอง (self - evaluation) และให้แรงเสริมตนเอง (self - reinforcement) ผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาตามเกณฑ์

การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทชาวอินโดนีเซีย[11] โดยการให้ความรู้ ปรึกษาสุขภาพจิต และติดตามผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์และการพบปะโดยตรงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาและทัศนคติที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันถือเป็นแนวการพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่งที่จะสามารถช่วยส่งเสริมและร่วมกันดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตลอดจนเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่มากขึ้นผ่านระบบการติดตามที่นำเอาเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการติดตาม แจ้งเตือน และให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสามารถใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคอื่นๆในการใช้งานเทคโนโลยีผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่[18] สอดคล้องกับศึกษาผลของการนำ Application We Chat มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในประเทศจีน[13] กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท 85 คน อายุระหว่าง 18 ถึง 60 ปี เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทำการศึกษาด้วยโปรแกรมการใช้ Application We Chat ในการแจ้งเตือนเวลาในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทและการให้ความรู้เรื่องโรคผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะทั่วไป 1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล (1) การนำโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวโรคจิตเภทและการพยาบาลโรคจิตเภทอีกทั้งมีทักษะในการประสานงานและควบคุมระบบการดำเนินกิจกรรมที่ใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมภายในโปรแกรมมีประสิทธิภาพ (2) ควรมีการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในระยะยาวเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำความรู้และทักษะที่ปฏิบัตินั้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง 2) ด้านการศึกษา (1) ควรมีนโยบายในการนำเทคโนโลยีเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติเพื่อลดพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (2) การนำโปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนหรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นต้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยในชุมชนต่อไป

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ด้านการใช้เทคโนโลยีนั้นยังมีข้อจำกัดอีกหลายประการดังนั้นจึงควรศึกษาข้อจำกัดของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

References

1.Ritchie H, Roser M. Mental health. Our World in Data [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 1]. Available from: https://ourworldindata.org/mental-health

2.Zeleke TK, Birhane W, Gubae K, Kebede B,Abebe RB. Navigating the challenges: predictors of non-adherence to psychotropic medications among patients with severemental illnesses in Ethiopia. Patient Prefer Adherence. 2023;17:2877-2890.doi:10.2147/PPA.S422659

3.Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. Ir Med J. 1999;92(6):392-394.

4.Stein-Parbury J, Gallagher R, Chenoweth L, Luscombe GM. Factors associated with good self-management in older adults with a schizophrenic disorder compared with older adults with physical illnesses. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012;19(2):146-153. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01767.x

5.Caqueo-Urízar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P. Effects of adherence to pharmacologicaltreatment on the recovery of patients with schizophrenia. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(19):10213.

6.Inwanna S, Duangchan C, Matthews AK. Effectiveness of interventions to promote medication adherence in schizophrenic populations in Thailand: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2887.

7.Dumkum B, Kansri J, Teianukool N, Tosem S. A study of using the family psychoeducation program on medication adherence behaviors of schizophrenic patients in a community, Sapphaya Hospital, Chainat Province. NJPH. 2015;24(3):66-67. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/30368

8.Saengpak C, Tungpunkom P and Kitsumban V. Effect of the Adherence Therapy on Medication Adherence Among Persons with Schizophrenia in Community. (2017):44(1):137-148

9.Kuntubtim J and Uthis P. The Effect of Family Motivational Intervention on Medication adherence of Person with Schizophrenia in Community. JPNMH. (2019):33(3):30-41

10.Tanabodee-tummajaree P, and Themrasi B. The development of the program to promote illness awareness , and believe in taking medication on medication at her in patient with schizophrenia. JPNMH. (2018):32(3):133-153

11.Sari SP, Suttharangsee W, Chanchong W. Self-management family participation programfor medication adherence among Indonesian people with schizophrenia: a randomised controlled trial study. Pac Rim Int J Nurs Res. 2014;18(4):274-289. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/16125

12.Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP,

editors. Helping people change: a textbook of methods. Oxford: Pergamon Press; 1991.

13.Friedman MM. Family nursing: theory and practice. 4th ed. Stamford (CT): Appleton & Lange; 1997.

14.Zhu X, Li M, Liu P, Chang R, Wang Q, Liu J. A mobile health application-based strategy for enhancing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs. 2020;34(6):472-480. doi:10.1016/j.apnu.2020.08.001

15.Al Dameery K, Valsaraj BP, Qutishat M, et al. Enhancing medication adherence among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder:mobile app intervention study.SAGE Open - Nurs.2023;9:23779608231197269. doi:10.1177/23779608231197269

16.Ohmi F, Pandin MGR. Factors affecting medication adherence among patients with schizophrenia: a literature review. medRxiv [Preprint]. 2022.

17.Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health.2021;18(19):10213. doi:10.3390/ijerph181910213