



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

วารสาร มฉก.วิชาการ

ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ISSN 0859-9343 (Print) ISSN 2651-1398 (Online)

วิทยาศาสตร์สุขภาพ HCU Journal of Health Science

บทความวิจัย

- 1. การวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มอาการลงโควิดภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร
นิรัชพร เกิดสุข ชนกวร จิตปัญญา นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ
- 2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019
พณนิศา แสงข้า ชนกวร จิตปัญญา
- 3. การประเมินผลโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านในช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ
สมจิต อธิพงษ์ นิตยา เพ็ญศิริภา
- 4. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการหายใจไม่สะดวกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
เบญจมาศ แสงสว่าง ชนกวร จิตปัญญา นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ
- 5. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ผาณิต หลีเจริญ ศิริวรรณ ชูกำเนิด ยวนิดา อารามรมย์
- 6. บทบาทของผู้นำชุมชนที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกในชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID -19
วิฑริส ช่างคร มีชัย ออสุวรรณ
- 7. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
พูนศักดิ์ บุญยัง ณัฐพงษ์ กลางณรงค์ วิลาวัลย์ อกัยพงศ์ กตัญญูตา ศรีบุญเรือง รุ่งทิศา คลั่งคล้าย
- 8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
ศตวรรษ อุดรศาสตร์ ปลมา โสบุตร นวลปราง เข็มบุษ ธนพล บรรดาศักดิ์
- 9. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย
จุฑามาศ เมืองมูล พิณปฏิญณ์ย์ จิตคำ อนุสรรา บุญจิตร เนตรา สมกำลัง พิชรินทร์ วินยางค์กุล วัชรพงษ์ เรือนคำ
- 10. ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ที่เป็นวัณโรคปอด
วรวิธา พรกัจจวรกุล สุนิดา ปรีชาวงษ์
- 11. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4
พิมพินดา วีระศิริชารุจน์ เบญญพร บรรณสาร ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล
- 12. ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ฤทัย เจียรระนัยปริเปรม เบญญพร บรรณสาร เขาวรัตน์ มัชฌิม



วารสาร มจร. วิชาการ

HCU. Journal

ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566 Volume 27 Number 2 July - December 2023

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/index>

ISSN 2651-1398 (Online)

วารสาร มจร. วิชาการ จัดทำโดยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และบทความทางวิชาการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกสาขาวิชา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ่วงดุลบทความเพื่อลดอคติพิมพ์ในวารสารฯ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยเป็นการประเมินแบบ Double-blinded

วารสาร มจร. วิชาการ มีวัตถุประสงค์ (Aims) & scope

เพื่อเผยแพร่บทความวิจัย และบทความทางวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เภสัชศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ การแพทย์แผนจีน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทผลงานที่จะตีพิมพ์ ประกอบด้วย บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article)

กำหนดออกวารสาร มจร. วิชาการ

ราย 6 เดือน กำหนดออกวารสารปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน :

สำนักพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 18/18 ถนนเทพรัตน ต.บางโหลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540, <http://www.hcu.ac.th>, webmaster@hcu.ac.th

พิมพ์ที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด คอมเมอร์เชียล กราฟฟิค

79/17 โครงการเพชรท่าข้าม ถนนท่าข้าม แขวงสามตำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร 10150

โทร. 02-044-3670 / แฟกซ์. 02-070-2471 E-mail : commercial7917@gmail.com



เจ้าของ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อุไรพรรณ เจนวาณิชยานนท์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ อาจารย์ ดร.โจนาธาน รันเต คาร์รียอน

บรรณาธิการฝ่ายวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลันดา กองมะเริง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัณญ์ บุญทัน

พิสูจน์อักษร อาจารย์ ดร.พัชรินทร์ บุรณะกร
อาจารย์ ดร.ขวัญชนก สืบสุข

เลขานุการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิพงษ์ ทองก้อน

ผู้ช่วยเลขานุการ นางสาวปัทมา คงทอง

ปก - ศิลปกรรม นางสาวหทัยรัตน์ ทับทอง

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.ภาวิช	ทองโรจน์	มหาวิทยาลัยนครพนม
ศาสตราจารย์กิตติคุณ เกสัชกรหญิง ดร.ราตรี	สุดทรวง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.จิระพันธ์	กริ่งไกร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมพล	ประคองพันธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ศาสตราจารย์ ดร.วนิดา	อิฐรัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.วีระพงศ์	ปรัชญาสิทธิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์	พุดวัฒนะ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ	เอื้อวรากล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒนา	จุฬารัตน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.วันทนี	พันธุ์ประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ปริยานาถ	วงศ์จันทร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ฐิตินันท์	เอื้ออานวย	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ	พุทธรักษาพิทักษ์ผล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.วิวรรณ	อัศวิเชียร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนา	ศานติยานนท์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์	ชัยพิบาลสฤต	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
รองศาสตราจารย์พิพัฒน์	ลักขมิจรกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัฐพล	อาษาสุจรี	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี	ประคินกิจ	มหาวิทยาลัยสยาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรวดี	เอียรพิเชษฐ	สภากาชาด
พันเอกหญิง ดร.สายสมร	เฉลยกิตติ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี



กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชาญ	จันทร์วิทย์ยานุชิต	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา	เสมศรี	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวณีย์	วรอุฒางกูร	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์	กลีผล	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์	เลื่อนาม	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ศาสตราจารย์ ดร.วิวรรณ	อัศวิเชียร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ	อารีเอื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนนาค	วรรณพรศิริ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.เชิดชัย	สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช	โอปะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทมน	วูธานนท์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.บัวหลวง	ลำแดงฤทธิ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม	สร้อยวงศ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะเมธ	ติลกธรสกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.มยุรี	สีทองอิน	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.ลีลี	อิงศรีสว่าง	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.เลิศชัย	เจริญธัญรักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา	เที่ยงธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต	แดนสีแก้ว	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ	พุทธานุพัทธ์ผล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ	ศิลปนันท์กุล	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี	ทองวิเชียร	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ	อินทร์ม่วง	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ดุสิต	สุจิรัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลฤ	ถนนมสัต์ย	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร	กรุไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ	กังใจ	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์	ลีลาจรัส	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิวัฒน์	เหล่าชัย	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละบทความในวารสารวิชาการเล่มนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ไม่เกี่ยวข้องกับมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติและคณาจารย์ท่านอื่นๆ ภายในมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ แต่อย่างใด



บรรณาธิการแถลง

วารสาร มจร.วิชาการ ฉบับนี้เป็น ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 เป็นฉบับที่ตีพิมพ์บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 12 เรื่อง โดยมีความหลากหลายของสาระทางวิชาการในเรื่องต่าง ๆ เช่นเคย อาทิ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการหายใจไม่สะดวกพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กองบรรณาธิการได้รับบทความที่มีคุณค่าจากคณาจารย์ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ห่วงเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งล้วนน่าสนใจและมีความหลากหลายของสาระทางวิชาการ ให้เลือกอ่าน และอ้างอิงเชิงวิชาการได้ กองบรรณาธิการใคร่ขอเชิญชวนให้ท่านผู้สนใจได้ส่งบทความมาตีพิมพ์ที่วารสาร มจร. วิชาการ ซึ่งเป็นวารสารที่มีผู้ตรวจสอบบทความ (Peer review journal) โดยท่านสามารถส่งต้นฉบับตามคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มวารสาร หรือที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/index> เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชนอันจะยังประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้สนใจสืบไป

(DR.JONATHAN RANTE CARREON)

หัวหน้ากองบรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
- การวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มอาการลงโควิดภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร 157 นิรัชพร เกิดสุข ชนกพร จิตปัญญา นรลักษณ์ เอื้อกิจ - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 170 พัฒนิตา แสงขำ ชนกพร จิตปัญญา - การประเมินผลโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านในช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ 186 สมจิต อธิพงษ์ นิตยา เพ็ญศิริินภา - ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการหายใจไม่สะดวกขณะพัก ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 203 เบญจมาศ แสงสว่าง ชนกพร จิตปัญญา นรลักษณ์ เอื้อกิจ - ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม 217 ผาณิต หลีเจริญ ศิริวรรณ ชูกำเนิด ยุวนิดา อารามมัย - บทบาทของผู้นำชุมชนที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของสมาชิกในชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดเชื้อ COVID -19 231 วิหวัธ ข้างคร มีชัย ออสุวรรณ - ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี 246 พูนศักดิ์ บุญยัง ญัฐพงษ์ กลางณรงค์ วิลาวัลย์ อภัยพงศ์ กตัญญูตา ศรีบุญเรือง รุ่งทิวา คลิ่งคล้าย - ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 258 ศตวรรษ อุดรศาสตร์ ปลมา โสบุตร นวลปราง เข็มหนู ธนพล บรรดาศักดิ์	



- ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

จุฑามาศ เมืองมูล พิณภูธรณีย์ จิตคำ อนุสรณ์ บุญจิตร เนตรา สมกำลัง พัทธินทร์ วินยวงศ์กุล วัชรพงษ์ เรือนคำ

274
- ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ที่เป็่นวัณโรคปอด

วริฐา พรภิจักรกุล สุนิดา ปรีชาวงษ์

295
- ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4

พิมพ์ผดุง วีระศรีจารุณี เบญญพร บรรณสาร ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล

309
- ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ฤทัย เจียรนัยปริเปรม เบญญพร บรรณสาร เขียวรัตน์ มัชฌิม

321



การวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มอาการลงโควิดภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ของประชาชนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร

A Factor Analysis of Long Covid Symptom Clusters in Thais People after Coronavirus 2019 Infection, Bangkok Metropolitan

นิรัชพร เกิดสุข*, ชนกพร จิตปัญญา, นรลักข์ เอื้อกิจ

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Niratchaporn Kerdasuk*, Chanokporn Jitpanya, Noraluk Ua-kit

Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

*Corresponding authors, e-mail : niratch2632@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการภายหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามภาวะลงโควิด 50 อาการ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 – เดือนพฤศจิกายน 2565 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ สกัดตัวประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principle components analysis) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) ผลการศึกษาพบว่าอาการลงโควิด 50 อาการ สามารถจัดกลุ่มอาการได้ 7 องค์ประกอบ อธิบายด้วย 38 ตัวแปร มีความแปรปรวนรวม 67.43% โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) กลุ่มอาการระบบผิวหนัง ความแปรปรวนได้ 22.26% มีตัวประกอบ 5 ตัวแปร 2) กลุ่มอาการอารมณ์ จิตใจ และภาวะทางสมอง ความแปรปรวนได้ 7.35% มีตัวประกอบ 13 ตัวแปร 3) กลุ่มอาการระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ ความแปรปรวนได้ 6.06% มีตัวประกอบ 3 ตัวแปร 4) กลุ่มอาการกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ความแปรปรวนได้ 4.49% มีตัวประกอบ 4 ตัวแปร 5) กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัด ความแปรปรวนได้ 4.05% มีตัวประกอบ 5 ตัวแปร 6) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ความแปรปรวนได้ 3.40% มีตัวประกอบ 5 ตัวแปร และ 7) กลุ่มอาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนได้ 3.10% มีตัวประกอบ 6 ตัวแปร จากผลการศึกษากลุ่มอาการลงโควิดมีผลต่อความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลควรมุ่งเน้นการดูแลในกลุ่มที่ยังไม่ติดเชื้อโควิด 19 และกลุ่มที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่มีความเสี่ยงในการพัฒนาไปสู่ภาวะ Long COVID โดยการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และสามารถให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ทันสมัย หรือใช้ช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

คำสำคัญ: อาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ภาวะลงโควิด การวิเคราะห์องค์ประกอบ ความทุกข์ทรมาน กลุ่มอาการ



Abstract

This study is a descriptive study. The purpose of this research was to study the component of Long COVID syndromes for patient's after COVID-19. The study was conducted in 300 post COVID-19 patients. The instrument used in questionnaire of 50 long COVID-19 symptoms. It was tested for content validity by 5 experts and reliability by the Alpha coefficient formula of Cronbach obtained a reliability of .94. Data were collected between September 2022 – November 2022. Data were the extraction analyzed by Principle components analysis, Orthogonal Rotation, and the Varimax method.

The research findings were as follows: There were seven (7) components consisting of 38 items, which accounted for 67.43% of variance. Component 1, the dermatological symptoms identified by five (5) items accounted for 22.26% of variance. Component 2, the mood, emotional and brain symptoms identified by thirteen (13) items accounted for 7.35% of the variance. Component 3, the cardiorespiratory symptoms identified by three (3) items accounted for 6.06% of the variance. Component 4, the musculoskeletal and joint symptoms identified by four (4) items accounted for 4.49% of the variance. Component 5, the flu-like symptoms identified by five (5) items accounted for 4.05% of the variance. Component 6, the gastrointestinal symptoms identified by five (5) items accounted for 3.40% of the variance. Finally, component 7, the fatigue symptoms identified by three (3) items accounted for 3.10 % of the variance.

Since Long COVID-19 syndrome results in distress and affects the quality of life in patients, nurses should focus on taking care of the uninfected individuals and post COVID-19 patients who are at a high risk leading to Long COVID-19 syndrome. Education and counselling should be employed by nurses via media and online platforms. Lastly, the family members should be involved in caring for the patients.

Keywords: Post COVID-19, Long COVID19, Factor analysis, Distress Symptom cluster

บทนำ

เมื่อกล่าวถึงโรคระบาดใหญ่ที่สร้างความเสียหายต่อระบบสาธารณสุขอย่างมหาศาล ทำให้มีผู้คนจำนวนมากเจ็บป่วยและเสียชีวิต ไม่เพียงแต่เกิดขึ้นในประเทศไทยและยังส่งผลกระทบไปทั่วโลก เป็นโรคที่รู้จักกันดี ที่ชื่อว่า “โรคโควิด-19” ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส SARS-COV-2 ที่เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (Single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae⁽¹⁾ ไวรัสชนิดนี้มีหลากหลายสายพันธุ์แต่ละสายพันธุ์มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวในการก่อโรค การแพร่กระจายเชื้อ และการสร้างความรุนแรง ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรงขึ้นอยู่กับปัจจัยที่



ต่างกัน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้วกลับพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากรู้สึกกว่าตัวเองไม่กลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น อาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ความจำระยะสั้นลดลง ผม่วง หายใจลำบาก นอนไม่หลับ สมาธิลดลง เป็นต้น⁽²⁻³⁾ ซึ่งเรียกอาการเหล่านี้ว่า “กลุ่มอาการลองโควิด หรือ ภาวะลองโควิด” “Post COVID-19 condition” “Long COVID” ซึ่งหมายถึง อาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นใหม่หรือต่อเนื่อง ความหลากหลายของอาการที่ปรากฏ เกิดภายหลังได้รับเชื้อ SARS-COV-2 ส่วนมากเกิดภายใน 3 เดือน นับตั้งแต่ติดเชื้อ และมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยวิธีการวินิจฉัยจากสาเหตุอื่น⁽⁴⁾ การศึกษาของ Lopez-Leon และคณะ⁽⁵⁾ พบอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 มากถึง 55 อาการ เช่น (ยกตัวอย่าง) และการศึกษาของ Hayes, Ingram และ Sculthorpe⁽⁶⁾ พบอาการเหล่านี้มากกว่า 100 อาการ ขึ้นไป เป็นทั้งอาการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและอาการฉับพลัน โดยยังคงอาการติดเชื้อมากกว่าหนึ่งอาการหรือเป็นลักษณะของอาการใหม่ ซึ่งเกิดในช่วงเวลาระหว่างการฟื้นตัว

อาการลองโควิดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง สภาวะจิตใจแย่ลง คุณภาพชีวิตและกิจกรรมทางสังคมลดลง⁽⁷⁻⁸⁾ อีกทั้งอาการลองโควิดมีหลากหลายอาการ จำเป็นที่ต้องจัดกลุ่มอาการเพื่อสะดวกต่อการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการหลังโควิดของประชาชนไทย ดังนั้นผลจากการศึกษานี้จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นหมวดหมู่ นำไปสู่การวางแผนให้การพยาบาลจัดการอาการได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ ตามบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้านการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูบำบัด และการสนับสนุน เช่น (ยกตัวอย่าง) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ความแข็งแรงของร่างกาย การฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมการฟื้นฟูให้ครอบคลุมตามกลุ่มอาการ เป็นต้น รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ตื่นตระหนก สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษากลุ่มอาการภายหลังการติดเชื้อโคโรนา 2019 ของประชาชนไทยในกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 อายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่เข้าระบบการรักษาทางโรงพยาบาล ไม่จำกัดประเภทการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสนาม และผู้ป่วยที่เข้าระบบบริการแบบแยกกักตัวที่บ้าน มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 300 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในระดับดีในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)⁽⁹⁾



เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยขณะติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ ตอนที่ 2 แบบประเมินอาการลองโควิด 50 อาการ ซึ่งประกอบด้วยการเกิดอาการ มิติความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz และ คณะ (1997)⁽¹⁰⁾ ให้ครอบคลุมในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการ ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรมอาการ 50 อาการ

ลักษณะมาตรวัดของมิติความถี่ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ น้อย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเกิดขึ้นตลอดเวลา มิติความรุนแรงเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนมิติความทุกข์ทรมาน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย พอควร ค่อนข้างมาก และมาก

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน จากอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลหัวหน้าหน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และอาจารย์พยาบาล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .82 แล้วจึงนำไปทดสอบกับผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลตำรวจและสมัครใจเข้าร่วมจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ หนังสือรับรองเลขที่ วจ.60/2565 และทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตราจารย์มหาวิทาลัยเสนอต่อหน่วยงาน ดังนี้ 1) เสนอต่อ นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและเข้าพบหัวหน้าแผนกติดเชื้อเพื่อขอทราบรายชื่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อ และหัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขอเก็บข้อมูลผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ 2) ประธานชุมชนแฟลต 1-10 และชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตย และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ติดต่อประสานงานและเข้าพบ พร้อมขอความร่วมมือ ประชาสัมพันธ์ผ่านระบบเสียงตามสายแก่ประชาชนในชุมชนแฟลต 1-10 และชุมชน 70 ไร่ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และหายแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่ามีการดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับอาการภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 หากมีผู้สนใจให้แจ้งรายชื่อกับพยาบาล หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์บริการสาธารณสุขพร้อมนัดวันและเวลามาพบผู้วิจัยสถานที่ทำการของคณะกรรมการชุมชน แฟลต 1-10 และ ชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตย



การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 3 แห่ง คือ ชุมชนแฟลต 1-10 และ ชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตย โดยเข้าพบผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย และห้องตรวจแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลตำรวจ โดยเข้าพบผู้ป่วยระหว่างรอพบแพทย์ โดยสอบถามประวัติการติดเชื้อและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยสมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือผู้วิจัยอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง จนครบแบบสอบถาม จากนั้นกล่าวขอบคุณพร้อมมอบของที่ระลึกตอบแทนการตอบคำถาม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 300 คน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ SPSS ทั้งนี้ข้อมูลมีความถี่และมีความรุนแรง ไม่ถูกนำมาวิเคราะห์หองค์ประกอบจึงไม่พบการแสดงผลในรายงานฉบับนี้ หากแต่มีรายงานผลในเล่มฉบับเต็ม ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยฉบับนี้มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยขณะติดเชื้อโควิด-19 ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์องค์ประกอบด้วยการนำตัวแปรอาการ 50 อาการ มาวิเคราะห์

กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz และคณะ(1997)⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวว่าการประเมินสามารถประเมินได้หลายมิติ เช่นมิติด้านความถี่ มิติด้านความรุนแรง และมิติด้านความทุกข์ทรมาน จากการศึกษาส่วนใหญ่ นักวิจัยนิยมใช้มิติความทุกข์ทรมานมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) อีกทั้งมิตินี้มีอิทธิพลต่อการประเมินการรักษา การบำบัดทางการพยาบาล และคุณภาพชีวิตมากที่สุด ผู้วิจัยจึงนำมิติด้านความทุกข์ทรมานมาสังกัดองค์ประกอบ

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ตัวประกอบ พบว่า ค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) เท่ากับ 0.813 (ค่า KMO = 0.8 ขึ้นไป เหมาะที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบมากที่สุด)⁽¹¹⁾ และ Bartlett's test of sphericity ได้ค่าสถิติทดสอบ (Chi-Square) เท่ากับ 6776.334 และค่า p-value เท่ากับ .000 (Bartlett's test of sphericity ค่า p-value เท่ากับ .000 มีนัยสำคัญยอมรับ H_1 คือ ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน)⁽¹¹⁾ แสดงว่าตัวแปร 50 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กันจึงมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ

จากนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (orthogonal) ด้วยวิธีแวนแมกซ์ (varimax) และพิจารณาตัวแปรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทางคลินิก



ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยขณะติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (79.7%) โดยมากมีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (23%) อายุเฉลี่ย 46.58 ปี (SD = 14.99) โดยมากไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (91.7%) และไม่มีโรคประจำตัว (59.3%) การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยเจ็บป่วยในช่วงปี 2565 สูงที่สุด (77.7%) โดยมากได้รับวัคซีนจำนวน 3 เข็ม (33.73%) รองลงมาจำนวน 4 เข็ม, 2 เข็ม, 5 เข็ม, 1 เข็ม และไม่ได้รับวัคซีน (32%, 19%, 11.3%, 2.3% และ 1.73%) ตามลำดับ ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยส่วนมากได้รับประทานยา Favipiravir (693%)

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบอาการลงโควิด พบว่า อาการ 50 อาการ สามารถจัดกลุ่มองค์ประกอบได้ 7 องค์ประกอบ มีค่าไอเกน 1.58-11.35 มีความแปรปรวนในช่วงร้อยละ 3.10- 22.26 ทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้ร้อยละ 67.43 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ

กลุ่มอาการ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
กลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง	11.35	22.26	67.43
กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ จิตใจ และภาวะทางสมอง	3.75	7.35	
กลุ่มอาการทางระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ	3.09	6.06	
กลุ่มอาการทางระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ	2.29	4.49	
กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัด	2.06	4.05	
กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร	1.73	3.40	
กลุ่มอาการเหนื่อยล้า	1.58	3.10	

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักอาการในแต่ละกลุ่มอาการ

กลุ่มอาการ	น้ำหนักของอาการ						
	องค์ประกอบ 1	องค์ประกอบ 2	องค์ประกอบ 3	องค์ประกอบ 4	องค์ประกอบ 5	องค์ประกอบ 6	องค์ประกอบ 7
มีตุ่มที่ผิวหนัง	0.68						
มีผื่นที่ผิวหนัง	0.60						
ผื่นแดง	0.60						
ลมพิษ	0.54						
คันตามมือเท้า	0.39						
ย่ำคิดย่ำทำ		0.79					
คิดคำพูดลำบาก		0.77					
สูญเสียการรับรส		0.76					
สูญเสียการรับกลิ่น		0.76					
สมองล้า		0.64					



ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักอาการในแต่ละกลุ่มอาการ (ต่อ)

กลุ่มอาการ	น้ำหนักของอาการ						
	องค์ประกอบ 1	องค์ประกอบ 2	องค์ประกอบ 3	องค์ประกอบ 4	องค์ประกอบ 5	องค์ประกอบ 6	องค์ประกอบ 7
รู้สึกหวตระแวง		0.62					
วิตกกังวล		0.58					
มีสมาธิลดลง		0.56					
เครียด		0.46					
ความจำระยะสั้น							
ลดลง		0.45					
เศร้า		0.33					
อารมณ์							
เปลี่ยนแปลง		0.32					
แน่นหน้าอก			0.76				
หายใจลำบาก			0.75				
ใจสั่น			0.72				
ปวดกล้ามเนื้อ				0.71			
ปวดหลัง				0.70			
ปวดตามข้อ				0.69			
เคลื่อนไหวผิดปกติ				0.40			
มีเสมหะ					0.79		
มีน้ำมูก					0.70		
ไอ					0.70		
เจ็บคอ					0.60		
ไข้					0.57		
น้ำหนักลด						0.77	
เบื่ออาหาร						0.72	
อาหารไม่ย่อย						0.72	
ปวดท้อง						0.62	
รู้สึกไม่สบาย							
ท้อง						0.60	
ท้องเสีย						0.35	
ความจำลดลง							0.70
เหนื่อยง่าย							0.44
นอนไม่หลับ							0.43



สรุปและอภิปรายผล

จากอาการภายหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 50 อาการที่ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทางคลินิก ผู้วิจัยนำมาจัดกลุ่มอาการที่ต้ององค์ประกอบทั้งหมด 7 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 67.43 โดยอาการในองค์ประกอบเดียวกันจะมีค่าร่วมกันสูงและอาการที่อยู่ต่างองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ทั้งนี้ผลงานวิจัยครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาหลายฉบับที่ได้แบ่งกลุ่มอาการตามระบบทางคลินิก^(2,5-8,12-14) แต่มีความแตกต่างกันบ้างในด้านจำนวนองค์ประกอบและอาการที่จัดกลุ่ม

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งองค์ประกอบไว้ ดังนี้

1) กลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง อาการในองค์ประกอบนี้มีลักษณะอาการเกิดขึ้นบริเวณผิวหนัง มีรายงานกล่าวถึงผิวหนังอักเสบเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดขนาดเล็กบริเวณ Acral⁽¹⁵⁾ และอาการคันตามมือเท้าเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อไวรัสที่ล่าช้า สมาคมโรคผิวหนังนานาชาติและสถาบันโรคผิวหนังแห่งอเมริกา (American Academy of Dermatology) ได้เผยแพร่รายงานโรคติดเชื้อโควิด-19 ในวารสาร Lancet⁽¹⁶⁾ สังเกตอาการทางผิวหนังของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีลมพิษเกิดขึ้นนานประมาณ 4 วัน (สูงสุด 28 วัน) ผื่นนานประมาณ 20 วัน (สูงสุด 70 วัน) คันตามมือเท้า ผิวหนังอักเสบ นานประมาณ 12 วัน (สูงสุด 133 วัน) และจากผู้ป่วย 103 รายที่เป็นโรคผิวหนังอักเสบ มี 7 ราย (6.8%) เกิดอาการนานกว่า 2 เดือน⁽¹⁷⁾ และจากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยลงโควิด จำนวน 538 คน ติดตามที่ 97 วัน พบรายงานผื่นร่วน 28.4% ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง ผู้หญิงเกิดผื่นร่วนมากกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hayes, Ingram และ Sculthorpe⁽⁶⁾ ที่จัดอาการผื่น ตุ่ม ลมพิษ คันตามมือเท้า และผื่นร่วน อยู่ในกลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง การศึกษาครั้งนี้จึงจัดให้ 5 อาการ ผื่น ตุ่ม ลมพิษ คันตามมือเท้า และผื่นร่วน อยู่ในกลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง

2) กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ จิตใจ และภาวะทางสมอง เป็นกลุ่มอาการทางสมองที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมอาการด้านอารมณ์และจิตใจ จึงจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน อาจเรียกกลุ่มนี้ว่าประสาทจิตวิทยา หรือ neuropsychiatric มีรายงานแสดงให้เห็นว่า RNA ของ SARS-COV-2 ยังคงอยู่ในระบบประสาทส่วนกลางและน้ำไขสันหลัง ซึ่งอาจส่งผลให้เซลล์ประสาทเสียหาย⁽¹⁹⁾ การที่มีภาวะการอักเสบรุนแรงจะทำให้ blood-brain barrier (BBB) หดเซ็งจิก ไม่สามารถส่งสารอาหารไปเลี้ยงสมองได้ การอักเสบมากเกินไปเป็นสาเหตุสำคัญของการเสื่อมของระบบประสาทและการรับรู้ที่ลดลง⁽²⁰⁾ ซึ่งรวมถึงสมาธิลดลง ความจำระยะสั้นลดลง คิดคำพูดลำบาก และย่ำคิดย่ำทำ หากกระบวนการอักเสบทำให้ NLRP3 มีระดับการกระตุ้นสูงขึ้น นำไปสู่การสะสมของเปปไทด์/โปรตีน เช่น ไฟบริลลาร์ อะไมลอยด์- β ส่งผลเหนี่ยวนำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์และทำให้อาการป่วยทางระบบประสาทแย่ลง⁽²¹⁻²²⁾ การทำงานของการรับรู้ที่บกพร่องจะนำไปสู่อาการสมองล้า การอักเสบส่งผลเสียต่อสมองและการนอนซึ่งมีผลด้านอารมณ์พฤติกรรม ทำให้เข้าสู่ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ระแวง อารมณ์เปลี่ยนแปลง และระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง⁽²³⁾ ในการศึกษาผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 236,379 ราย หนึ่งในสามได้รับการวินิจฉัยโรคประสาทจิตวิทยา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม นอนไม่หลับ วิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์⁽²⁴⁾ ทั้งนี้การสูญเสียการรับรู้



และสูญเสียการรับกลิ่น เป็นอาการเด่นที่มีลักษณะเฉพาะของโควิด-19 ที่จัดอยู่ในกลุ่มภาวะทางสมอง อาการทางคลินิกเหล่านี้สามารถอธิบายกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ จิตใจ และภาวะของสมอง ซึ่งความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน จึงจัดให้อยู่กลุ่มอาการเดียวกัน

3) กลุ่มอาการทางระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ การศึกษาของ Dani และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ได้อธิบายอาการของโควิดซึ่งเป็นอาการทางระบบหัวใจ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก แน่นหน้าอก เป็นผลมาจากความเสื่อมหรือความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ความไม่สมดุลของภาวะอิเล็กโทรไลต์ หรือจากเชื้อไวรัสเอง ที่ระบบภูมิคุ้มกันทำลายระบบประสาทอัตโนมัติ มีการศึกษาที่วัดปริมาณโปรตีนต่อการตอบสนองภูมิคุ้มกัน 96 รายการ พบว่า 40 วันหลังการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ระดับไบโอมาร์คเกอร์ที่ตอบสนองต่อการอักเสบและตอบสนองต่อความเครียดโดยธรรมชาติยังคงมีอยู่ เช่น หายใจเหนื่อยเรื้อรังเกิดจากการติดเชื้อที่ปอดตกค้าง นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ COVID-19 จำนวนมากมีพยาธิสภาพที่ปอดอย่างมีนัยสำคัญ แสดงจากผล CT scan ของผู้ป่วยที่นำไปสู่การเกิดพังผืดในปอด ซึ่งอาจส่งผลให้หายใจลำบากและอาจจำเป็นต้องได้รับออกซิเจน⁽¹³⁾ เป็นต้น พยาธิสภาพที่อธิบายอาการเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmad และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่จัดอาการหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก อยู่ในกลุ่มอาการทางเดินหายใจ และ Hayes, Ingram และ Sculthorpe⁽⁷⁾ ที่ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อมากกว่า 100 อาการ โดยมีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก และใจสั่น จัดอยู่ในกลุ่มระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Raveendran, Jayadevan และ Sashidharan⁽¹³⁾

4) กลุ่มอาการกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อย ทั้งขณะติดเชื้อและหลังติดเชื้อโควิด-19⁽¹⁴⁾ อธิบายได้ว่า อาการในกลุ่มนี้ เกิดจากที่กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อไขข้อมี ACE2 ซึ่งทำให้ SARS-CoV-2 เข้าทำลาย ทำให้เกิดการอักเสบ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ⁽²⁶⁾ ตามมาด้วยการสูญเสียกล้ามเนื้อ การจัดกลุ่มอาการนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sultana และ คณะ, Raveendran, Jayadevan และ Sashidharan^(2,12) ที่จัดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ อยู่ในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อเช่นกัน

5) กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัด เนื่องจากมีอาการคล้ายไข้หวัดที่เกิดจากเชื้อไวรัสหวัดทั่วไป จากการศึกษาทำให้ทราบว่า SARS-CoV-2 จัดอยู่ในตระกูลของไวรัสที่ทำให้เกิดการหวัด จากรายงานการตรวจลำดับเบสของพันธุกรรม RNA ส่วนเปลือก (glycoprotein spikes) ของเชื้อ SARS-CoV-2 ที่ได้จากผู้ป่วย จัดอยู่ในจีโนม Betacoronavirus ซึ่งเป็นจีโนมเดียวกับ SARS-CoV และ MERS-CoV⁽²⁷⁾ โดยมีหลักฐานต้นตอของไวรัสในห้องปฏิบัติการจากการถอดรหัสพันธุกรรมถึง 96% และเนื่องจากอาการในกลุ่มนี้มีอาการคล้ายไข้หวัด การศึกษาครั้งนี้จึงจัดให้อาการเหล่านี้อยู่ในกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัด ซึ่งบางการศึกษาจัดให้อยู่ในกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับ Hayes, Ingram และ Sculthorpe⁽⁶⁾ ที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จัดให้อาการไอ เจ็บคอ มีเสมหะ และมีน้ำมูก อยู่ในกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ส่วนอาการไข้ จัดอยู่ในกลุ่มการติดเชื้อทั่วไป

6) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร เป็นลักษณะอาการที่ไม่รุนแรงแต่สร้างความรำคาญใจอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษากล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงไมโครไบโอม (Microbiome) หรือจุลินทรีย์ในลำไส้ ซึ่งปกติแล้วจะมีจุลินทรีย์ดีและเลวในลำไส้ เมื่อผู้ที่มีภาวะลงโควิด จะทำให้เกิดมีแบคทีเรียเลวและสร้างสารอักเสบขึ้น ทำให้เกิดลำไส้รั่ว และ



เกิดความผิดปกติของเส้นเลือด⁽²⁸⁾ มีอาการไม่สุขสบายท้อง ท้องเสีย อาหารไม่ย่อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Raveendran, Jayadevan และ Sashidharan⁽¹²⁾ ที่จัดประเภทอาการรู้สึกไม่สุขสบายท้อง ปวดท้อง และ Ahmad และ คณะ⁽¹³⁾ จัดอาการท้องเสีย ระบบย่อยอาหารผิดปกติ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด อยู่ในกลุ่มอาการทางเดินอาหาร ซึ่งบางการศึกษาจัดอาการเหล่านี้ไว้ในกลุ่มอาการอื่น ๆ⁽⁶⁾

7) กลุ่มอาการเหนื่อยล้า เป็นกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด⁽¹³⁾ มีการศึกษาพบผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มีอาการเหนื่อยล้ามากกว่า 50% ซึ่งสามารถอธิบายกลไกได้จากการเกิดสภาวะเครียดออกซิเดชันเรื้อรังและสภาวะเครียดในโตรเซชัน โดยมีการอักเสบซึ่งถูกผลิตอย่างต่อเนื่อง และพบความบกพร่องของฮีทช็อกโปรตีน เป็นหนึ่งในกลไกความล้าของกล้ามเนื้อ⁽²⁹⁾ อีกทั้งการติดเชื้อส่งผลเสียต่อชีวิตในรูปแบบการนอนซึ่งเชื่อมโยงกับความเหนื่อยล้า และอารมณ์ของผู้ป่วย ทั้งนี้รูปแบบฟีโนไทป์ของความเหนื่อยล้ากับความจำลดลงมีความคล้ายคลึงกัน⁽³⁰⁾ และการที่ blood-brain barrier (BBB) เกิดความเสียหายจากการอักเสบ ไม่สามารถส่งอาหารไปเลี้ยงสมอง หรือสารอักเสบที่ถูกปล่อยใน lymphoid tissue ทำให้เกิดการอักเสบของเส้นประสาทมีผลต่อระบบลิมบิก (Limbic system) ของสมอง ซึ่งส่งผลต่อความจำลดลงและความรู้สึกเหนื่อยล้า การศึกษาค้นคว้านี้จึงจัดให้มีความสำคัญกับอาการเหนื่อยล้า เป็นกลุ่มอาการเฉพาะอาการเหนื่อยล้า แต่ในบางการศึกษาจัดอาการเหนื่อยล้ารวมอยู่กับกลุ่มของอาการทางระบบประสาท⁽²⁾ และบางการศึกษาจัดอยู่ในกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ⁽¹³⁾ หากความเหนื่อยล้ายังคงอยู่เป็นเวลา 6 เดือนหรือนานกว่านั้น จะเรียกว่า “กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง” หรือ “Chronic Fatigue Syndrome (CFS)” จากเกณฑ์การวินิจฉัยของ NICE อาการเหนื่อยล้าทั่วไปมีความคล้ายคลึงกันกับอาการเหนื่อยล้าจากโควิด-19 รวมถึงด้านระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญ พิจารณาจากการรับรู้ผิดปกติ การนอนหลับถูกรบกวน และอาการปวดเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ พยาบาลมีความเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาของโรค เพื่อที่จะสามารถวางแผนวิธีการบรรเทาอาการ และหากอาการมีความรุนแรงมากขึ้นก็สามารถประเมินอาการและให้ส่งต่อไป สำหรับในหน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลสามารถเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจคัดกรองหรือการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย และสามารถนำข้อมูลนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาจากที่บ้านและชุมชน จึงทำให้ขาดข้อมูลการเจ็บป่วยภาวะลองโควิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลประชาชนคนไทยที่เพิ่มขึ้น โดยการเก็บกลุ่มตัวอย่างในระดับภาค และระดับประเทศสามารถนำข้อมูลนี้ไปขยายผลเพื่อติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังติดเชื้อ อีกทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะลองโควิดสู่การทำ R2R หรืองานวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโควิด-19 ประธานและเจ้าหน้าที่ชุมชนแพลตฟอร์ม 1-10 และชุมชน 70 ไร่ เขตคลองเตยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. What is COVID-19? [Internet]. 2020 [cite 2022 Jan 7]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
2. Sultana S, Islam MT, Salwa M, Hossain SM, Hasan MN, Masum AA, et al. Duration and risk factors of post-COVID symptoms following recovery among the medical doctors in Bangladesh. *Cureus*. 2021;13(5):e15351
3. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, Cheng V, Dagens A, Hastie C, O'Hara M, Suett J, Dahmash D, Bugaeva P, Rigby I. Characterising long COVID: a living systematic review. *BMJ global health* 2021;6(9):e005427.
4. World Health Organization. Post COVID-19 condition (Long COVID) [internet]. 2022 [cite 2022 Sep 7]. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition#:~:text=Definition,explained%20by%20an%20alternative%20diagnosis>
5. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci. Rep* 2021;11(1):1-2.
6. Hayes LD, Ingram J, Sculthorpe NF. More than 100 persistent symptoms of SARS-CoV-2 (Long COVID): a scoping review. *Front Med* 2021;8:750378.
7. Akbarialiabad H, Taghrir MH, Abdollahi A, Ghahramani N, Kumar M, Paydar S, et al. Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. *J Infect* 2021;49(6):1163-86.
8. Asadi-Pooya AA, Akbari A, Emami A, Lotfi M, Rostamihosseinkhani M, Nemati H, et al. Risk factors associated with long COVID syndrome: a retrospective study. *Iran J Med Sci* 2021;46(6):428.
9. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. Psychology press; 2013 Nov 12.
10. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci*;19(3):14-27.
11. Kaiwan Y. Multivariate statistical analysis using SPSS. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University press 2021. (in Thai)



12. Raveendran AV, Jayadevan R, Sashidharan S. Long COVID: an overview. *Diabetes Metab Syndr.* 2021;15(3):869-75.
13. Ahmad MS, Shaik RA, Ahmad RK, Yusuf M, Khan M, Almutairi AB, et al. Long Covid”: an insight. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021;25:5561-77.
14. Abdullahi A, Candan SA, Abba MA, Bello AH, Alshehri MA, Afamefuna VE, et al. Neurological and musculoskeletal features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol* 2020;11:687.
15. Colmenero I, Santonja C, Alonso-Riaño M, Noguera-Morel L, Hernández-Martin A, Andina D, et al.. SARS-CoV-2 endothelial infection causes COVID-19 chilblains: histopathological, immunohistochemical and ultrastructural study of seven pediatric cases. *BRIT J DERMATOL* 2020;183(4):729-37.
16. Nabavi N. Long covid: How to define it and how to manage it. *BMJ* 2020;370:m3,489. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3489>.
17. McMahon DE, Gallman AE, Hruza GJ, Rosenbach M, Lipoff JB, Desai SR, et al.. Long COVID in the skin: a registry analysis of COVID-19 dermatological duration. *LANCET INFECT DIS* 2021;21(3):313-4.
18. 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 INFECTION* 2021;27(1):89-95.
19. Montalvan V, Lee J, Bueso T, De Toledo J, Rivas K. Neurological manifestations of COVID-19 and other coronavirus infections: a systematic review. *CLIN NEUROL NEUROSUR* 2020;194:105921.
20. Walker KA, Windham BG, Power MC, Hoogeveen RC, Folsom AR, Ballantyne CM, et al. The association of mid-to late-life systemic inflammation with white matter structure in older adults: The ARIC Study. *NEUROBIOL AGING.* 2018 Aug 1;68:26-33.
21. He XF, Xu JH, Li G, Li MY, Li LL, Pei Z, et al. NLRP3-dependent microglial training impaired the clearance of amyloid-beta and aggravated the cognitive decline in Alzheimer’s disease. *Cell Res* 2020;11(10):849.
22. Tejera D, Mercan D, Sanchez-Caro JM, Hanan M, Greenberg D, Soreq H, et al. Systemic inflammation impairs microglial A β clearance through NLRP 3 inflammasome. *The EMBO Journal* 2019;38(17):e101064.



23. Walker WH, Walton JC, DeVries AC, Nelson RJ. Circadian rhythm disruption and mental health. *TRANSL PSYCHIAT* 2020;10(1):1-3.
24. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *LANCET PSYCHIAT* 2021;8(5):416-27.
25. Dani M, Dirksen A, Taraborrelli P, Torocastro M, Panagopoulos D, Sutton R, et al. Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. *CLIN MED* 2021;21(1):e63.
26. Li MY, Li L, Zhang Y, Wang XS. Expression of the SARS-CoV-2 cell receptor gene ACE2 in a wide variety of human tissues. *Infect Dis Poverty* 2020;9(02):23-9.
27. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Coronavirus disease 2019 [Internet]. [cite 2021 Jan 7]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1410_1.pdf
28. Donati S, Agostini D, Piccoli G, Stocchi V, Sestili P. Gut microbiota status in COVID-19: an unrecognized player?. *Front Cell Infect Microbiol* 2020; 10:576551.
29. Gerwyn M, Maes M. Mechanisms explaining muscle fatigue and muscle pain in patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS): a review of recent findings. *Curr Rheumatol Rep* 2017; 19(1):1-0.
30. Ceban F, Ling S, Lui L, Lee Y, Gill H, Teopiz K, et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2022; 101:93-135.



ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

Associations between Depression, Anxiety, Insomnia, and Fatigue among Patients Post Coronavirus 2019 Infection

พนิตา แสงขำ*, ชนกพร จิตปัญญา

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Pannita Saengkham*, Chanokporn Jitpanya

Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

*Corresponding authors, e-mail : pannita.sea@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ คนไทยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร จำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 79.2 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.08 ปี (SD=15.048) และร้อยละ 89.1 ของกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อ COVID 19 จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 40.6 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีอาการเหนื่อยล้า (Means=3.40, SD=2.03) และร้อยละ 58.4 มีอาการนอนไม่หลับ (Means=9.79, SD=7.935) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.526, p<0.001, r=0.558, p<0.001$ และ $r=0.443, p<0.001$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษา พยาบาลควรมีการติดตามอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ร่วมกับประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ควรให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้ ใช้กระบวนการกลุ่ม รวมทั้งปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า โคโรนาไวรัส 2019



Abstracts

This descriptive study aimed to investigate fatigue and study associations among depression, anxiety, insomnia, and fatigue in post coronavirus 2019 infection patients. One hundred and one Thai people, aged 18 year and over, infected with Coronavirus 2019 living at the Klong Toei Community Bangkok, were selected by a purposive sampling technique. Data were collected using four questionnaires: the demographic data questionnaire, the Depress Anxiety Stress Scales, the Insomnia Severity Index, and the Fatigue Severity Scale. Frequency, percentage, range, means, standard deviation and Pearson's product moment correlation were used in data analysis. The result revealed that 79.2% of the participants were female with the average age of 55.08 years ($SD=15.048$), and 89.1% of participants were infected with COVID-19 1 time. Fatigue Severity Scale score for the sample of post coronavirus 2019 infection patients mean score was 3.40 (Means=3.40, $SD=2.03$). 40.6% of the participants reported fatigue; and 58.4% of participants reported insomnia (Means=9.79, $SD=7.935$). Majority of the participants had depression and anxiety scores at normal levels. Depression, anxiety, and insomnia were significantly correlated with fatigue in post coronavirus 2019 infection patients ($r=0.526$, $r=0.558$, $p<0.001$ and $r=0.443$, $p<0.001$, respectively)

The study result suggest that nurses should monitor fatigue among patients after coronavirus 2019 infection. Moreover, depression, anxiety and insomnia should be assessed regularly. Nursing interventions such as education, group support, and sleep enhancement program should be employed for the patients.

Keywords: Depression, Anxiety, Insomnia, Fatigue, Coronavirus 2019

บทนำ

โคโรนาไวรัส (Coronavirus) เป็นไวรัสที่ถูกพบครั้งแรกในปี 1960 สายพันธุ์ที่กำลังแพร่ระบาดหนักทั่วโลก คือโควิด-19 (COVID-19) จนถึงวันนี้ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไปแล้วกว่า 280,000 ล้านคน เสียชีวิตไปมากกว่า 5.4 ล้านคน และยังมีผู้ติดเชื้อใหม่วันละมากกว่า 1.3 ล้านคน⁽¹⁾ โดยในประเทศไทยมียอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 2,507,471⁽²⁾ เมื่อติดเชื้อโคโรนาไวรัส จะส่งผลเสียต่อการทำงานของปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย บางรายมีอาการจุกไม่ไถ่กลืน ลิ้นไม่รับรส หรืออาจเสียชีวิตได้เช่นกัน⁽³⁾ และเมื่อติดเชื้อผู้ป่วยอาจต้องมาอยู่โรงพยาบาลตลอดเวลา มาเจอกับการรักษาที่ไม่คุ้นเคย หรือคิดว่าตัวเองเป็นโรคที่น่ากลัว สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดเป็นความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่สบายใจ รู้สึกเหงา ว้าเหว่ เศร้าใจ เสียใจ ท้อแท้ ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมาอีกมากมาย⁽⁴⁾ นอกจากนี้อาจพบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome)



หรือ ภาวะลองโควิด เป็นอาการที่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัสมักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย โดยมักพบมีอาการภายหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปได้หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้⁽⁵⁾

วารสาร Nature ได้เผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยของโรงพยาบาลฮูสตัน เมธอดิสต์ สหรัฐฯ โดยทำการศึกษากว่าผู้ป่วยโควิด 19 ประมาณ 48,000 ราย พบอาการภายหลังหายจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสมากถึง “55 อาการ” โดยอาการที่พบมากที่สุด 10 อันดับแรกคือ อาการเหนื่อยล้า (58%) ปวดศีรษะ (44%) สมาธิสั้น (27%) ผม่ว (25%) หายใจลำบาก (24%) สูญเสียการรับรสชาติ (23%) สูญเสียการรับกลิ่น (21%) หายใจถี่ (21%) ปวดตามข้อ (19%) และไอ (19%)⁽⁶⁾

อาการเหนื่อยล้าภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส หมายถึง การลดลงของสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ และเป็นอาการที่ไม่สามารถบรรเทาได้ และเกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้รู้สึกว่าการปฏิบัติงานในร่างกายลดลง แรงจูงใจและสมาธิลดลง⁽⁷⁾ ซึ่งอาการเหนื่อยล้าอาจมีสาเหตุมาจากการเกิด Cytokine storm จากการติดเชื้อ และนำไปสู่การอักเสบ⁽⁸⁾ และผลมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยส่วนกลาง (การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท การอักเสบติดเชื้อ) และปัจจัยส่วนปลาย (การเปลี่ยนแปลงหน้าที่หรือโครงสร้างของกล้ามเนื้อ และตามมาด้วยการสูญเสียกล้ามเนื้อ)⁽⁹⁾ ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการเหนื่อยล้าในรูปแบบอาการปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร อารมณ์แปรปรวน ภาวะการรับรู้และสมาธิบกพร่อง⁽¹⁰⁾

เมื่อผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เกิดอาการเหนื่อยล้า นั้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพร่างกาย⁽¹¹⁾ อาจทำให้มีผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล⁽¹²⁾ มีบางการศึกษาพบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ($p < .001$)⁽¹³⁾ นอกจากนี้ความกลัว ความวิตกกังวลจากอาการเจ็บป่วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจ⁽¹⁴⁾ อาจนำไปสู่อาการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอในช่วงกลางคืนจะทำให้ช่วงนอนมากขึ้นในช่วงเวลากลางวัน และนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้⁽¹⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการศึกษาถึงความชุกของการเกิดอาการเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 แต่รายงานการศึกษาวิจัยดังกล่าวยังมีปรากฏอยู่น้อย ประกอบกับในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงแค่บทความวิชาการด้านสุขภาพที่มีการเรียบเรียงโดยแพทย์ที่อธิบายถึงกลุ่มอาการภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยภาพรวม แต่ยังไม่มียานงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการฟื้นตัวจากโรคได้เร็วขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษา คือ คนไทยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยอยู่ในชุมชนคลองเตย จำนวน 76,000 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G* power ดังนี้ ผู้วิจัยกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง = $0.30^{(16)}$ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ = 0.80 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ $20^{(17)}$ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้จึงเท่ากับ 101 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

กำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ มีประวัติการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างน้อย 1 ครั้ง; ผู้ป่วยหายจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (นับจากการติดเชื้อครั้งสุดท้าย โดยผู้วิจัยดูจากใบรับรองแพทย์; สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี; ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ และยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

กำหนดเกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ผู้ป่วยมีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น ไข้สูง หายใจเหนื่อย หอบหรือหายใจลำบาก ปวดศีรษะรุนแรง หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรค โรคประจำตัว ปีของการติดเชื้อครั้งสุดท้าย ระยะเวลา นับจากการรักษาโรคการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ประวัติการได้รับวัคซีน COVID 19 ลักษณะของแบบบันทึกนี้ทุกข้อเป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต Depress Anxiety Stress Scales (DASS-21) ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ของ Lovibond และคณะ ฉบับแปลภาษาไทยโดย Sukanlaya Sawang และคณะ⁽¹⁸⁾ มีจำนวน 21 ข้อ ครอบคลุมปัญหาด้านจิตใจ 3 ด้าน คือ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียด



แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะมีการเลือกใช้เฉพาะความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ โดยแต่ละส่วนประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นแบบตัวเลือก โดยมีมาตรวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คือ 0 หมายถึง ไม่ตรงกับฉันเลย 1 หมายถึง ตรงกับฉันบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย และ 3 หมายถึง ตรงกับฉันมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด ผลรวมคะแนนในแต่ละส่วน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ โดยผลรวมแต่ละส่วนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับปกติ (ภาวะซึมเศร้า 0-4 คะแนน และความวิตกกังวล 0-3 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (ภาวะซึมเศร้า 5-6 คะแนน และความวิตกกังวล 4-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (ภาวะซึมเศร้า 7-10 คะแนน และความวิตกกังวล 6-7 คะแนน) ระดับรุนแรง (ภาวะซึมเศร้า 11-13 คะแนน และความวิตกกังวล 8-9 คะแนน) และ ระดับรุนแรงมาก (ภาวะซึมเศร้า ≥ 14 คะแนน และความวิตกกังวล ≥ 10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ใช้แบบสอบถามประเมินอาการนอนไม่หลับของ Insomnia Severity Index ของ Morin⁽¹⁹⁾ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธินา แก้วแพง⁽²⁰⁾ เป็นแบบประเมินที่ใช้ข้อความมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (no clinically significant insomnia), 8-14 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (subthreshold insomnia), 15-21 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับปานกลาง (clinical insomnia, moderate severity) และ 22-28 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (clinical insomnia, severe)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp และคณะ⁽²¹⁾ ฉบับภาษาไทยแปลโดยอวยพร สวัสดิ์⁽²²⁾ จำนวน 9 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scale 1-7 โดย 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 7 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 63 คะแนน โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนน จากการตอบแบบสอบถามหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ≥ 4 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกฉบับไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าและการวิจัยทางพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และมีประสบการณ์การทำวิจัยเกี่ยวข้องกับการเหนื่อยล้า จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นจึงได้นำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับและแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าไปคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content validity index for items: I-CVI) ทั้ง 3 ฉบับได้ค่า CVI เท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86, 0.94 และ 0.93 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 และทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เขตคลองเตย เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงาน ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข เขตคลองเตย พร้อมทั้งขอความร่วมมือ พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข ทางศูนย์บริการสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ผ่านระบบเสียงตามสายแก่ประชาชนในชุมชนแฟลต 1-10 และชุมชน 70 ไร่ที่เคยติดเชื้อ COVID 19 และหายแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และแจ้งให้ทราบว่าจะมีการดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับอาการภายหลังการติดเชื้อ COVID 19 หากผู้ป่วยสนใจให้แจ้งรายชื่อกับพยาบาลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์บริการสาธารณสุขพร้อมนัดวันและเวลามาพบ ผู้วิจัยที่ทำการของคณะกรรมการชุมชน แฟลต 1-10 และ ชุมชน 70 ไร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มีความสนใจจะเข้าร่วมการวิจัย ณ ที่เก็บข้อมูลทั้ง 2 แห่ง พร้อมกับเข้าพบผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เมื่อผู้ป่วยพบผู้วิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยสมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำแบบสอบถามด้วยการถาม-ตอบจากการอ่านข้อคำถามตามแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และในกลุ่มตัวอย่างที่ประสงค์ต้องการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุดจนเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และผู้เข้าร่วมวิจัยต้องตอบแบบสอบถามให้เสร็จ ณ สถานที่นัดพบ เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ SPSS และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่และสถิติร้อยละ
2. การศึกษาอาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ วิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 46.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.4 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 41.6 ส่วนใหญ่พบโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 20.8 รองลงมาคือ



โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 89.1 และมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 10.9 ส่วนใหญ่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 66.3 ปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 33.7 และประวัติการได้รับวัคซีนด้านโรคติดเชื้อ COVID 19 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 3 เข็ม ร้อยละ 41.6 รองลงมาคือ 2 เข็ม ร้อยละ 31.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=101)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
18-29	9	8.9
30-39	7	7
40-49	17	17
50-59	21	21
60 ปีขึ้นไป	47	46.5
(Min=19, Max= 82, Mean=55.08, SD=15.048)		
เพศ		
หญิง	80	79.2
ชาย	21	20.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	59	58.4
มีโรคประจำตัว*	42	41.6
โรคไขมันในเลือดสูง	21	20.8
โรคเบาหวาน	19	18.8
โรคความดันโลหิตสูง	19	18.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3	3
โรคหลอดเลือดสมอง	1	1
โรคมะเร็ง	1	1
โรคภูมิแพ้	1	1
อื่นๆ	6	5.9
จำนวนครั้งของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019		
1 ครั้ง	90	89.1
มากกว่า 1 ครั้ง	11	10.9
ปีของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ครั้งล่าสุด		
ปี พ.ศ. 2564	34	33.7



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=101) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปี พ.ศ. 2565	67	66.3
ประวัติการได้รับวัคซีนต้านโรคติดเชื้อ COVID 19		
ไม่เคยได้รับวัคซีน	2	2
1 เข็ม	4	4
2 เข็ม	32	31.7
3 เข็ม	42	41.6
4 เข็ม	20	19.8
5 เข็มขึ้นไป	1	1

*กลุ่มตัวอย่าง 1 คน อาจมีโรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค

2. ระดับของอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีอาการเหนื่อยล้า จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 และ ร้อยละ 40.6 มีอาการเหนื่อยล้า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (n=101)

ระดับของอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการเหนื่อยล้า (< 4 คะแนน)	60	59.4
มีอาการเหนื่อยล้า ($\geq$ 4 คะแนน)	41	40.6
(Min=1, Max=7, Mean=3.40, SD=2.03)		

3. ระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (n=101)

ระดับของภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (0-4 คะแนน)	80	79.2
มีภาวะซึมเศร้า	21	20.8
- ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5-6 คะแนน)	10	9.9
- ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (7-10 คะแนน)	8	7.9
- ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (11-13 คะแนน)	3	3.0
(Min=0, Max=12, Mean=2.35, SD=3.154)		



4. ระดับของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 66.3 คน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (n=101)

ระดับของความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (0-3 คะแนน)	67	66.3
มีความวิตกกังวล	34	33.7
- ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (4-5 คะแนน)	10	9.9
- ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	9	8.9
- ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (8-9 คะแนน)	8	7.9
- ความวิตกกังวลระดับรุนแรงมาก (≥ 10 คะแนน)	7	6.9

(Min=0, Max=14, Mean=3.24, SD=3.694)

5. ระดับของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (n=101)

อาการนอนไม่หลับ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการนอนไม่หลับ (0-7 คะแนน)	42	41.6
มีอาการนอนไม่หลับ	59	58.4
- ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (8-14 คะแนน)	29	28.7
- มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (15-21 คะแนน)	21	20.8
- มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (22-28 คะแนน)	9	8.9

(Min=0, Max=26, Mean=9.79, SD=7.935)

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r=0.526, 0.558$ และ 0.443 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ภาวะซึมเศร้า	0.526	< 0.001
ความวิตกกังวล	0.558	< 0.001
อาการนอนไม่หลับ	0.443	< 0.001



สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ร้อยละ 40.6 รายงานอาการเหนื่อยล้า (FSS ≥ 4) อาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 นั้นเกิดจากเชื้อ SARS-CoV-2 ทำให้เกิดการอักเสบ โดยจะมีการหลั่งสาร Proinflammatory cytokines เพิ่มขึ้น ได้แก่ IL-6, TNF, and 1β -IL ในกระแสเลือดให้เพิ่มสูงขึ้น ในทำนองเดียวกัน Cytokines ถูกปล่อยโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายใน Lymphoid tissue ยังเชื่อมต่อกับ Vagus nerve โดย Vagus nerve นั้นจะเชื่อมต่อกับตัวกันระหว่างเลือดกับสมอง (Circumventricular organ) และ Nucleus tractus solitarius ซึ่งเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดสัญญาณกระตุ้นการอักเสบไปยัง PVN ในไฮโปทาลามัส ทำให้สมองส่วนนี้ทำงานผิดปกติ⁽⁸⁾ ซึ่งสมองส่วนไฮโปทาลามัสนี่จะเป็นส่วนควบคุมอาการเหนื่อยล้าส่งผลให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ มักเรียกอาการเหนื่อยล้าในลักษณะนี้ว่า Central Fatigue⁽²³⁾ นอกจากนี้ผลจากการติดเชื้อและเกิดการอักเสบในระบบประสาทส่วนไฮโปทาลามัสซึ่งอยู่ในระบบประสาทส่วนกลางนั้น ทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทสู่ระบบประสาทส่วนปลายผิดปกติไปด้วย การทำงานระดับกล้ามเนื้อถูกรบกวน เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีภายในกล้ามเนื้อ กรดแลคติกและไพรูวิกคั้ง ทำให้เกิดการล้าของกล้ามเนื้อ หรือสามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Peripheral fatigue⁽²⁴⁾

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Noujaim และคณะ⁽²⁴⁾ ศึกษาอาการเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตภายใน 6 เดือน และ 12 เดือน ของผู้ป่วยหลังจากติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้แบบประเมิน FSS เช่นกัน พบผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้า (FSS ≥ 4) ร้อยละ 35.65 และ 43.97 ตามลำดับ และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ Diem และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้า (FSS ≥ 4) สูงถึงร้อยละ 90.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานวิจัยของ Diem และคณะ⁽²⁵⁾ มีข้อจำกัดประการแรกคือมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ประการที่สองคืองานวิจัยทำการศึกษาในคลินิกระบบประสาทผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาส่วนใหญ่พบแต่อาการเหนื่อยล้าและไม่พบอาการอื่น ๆ เช่น อาการทางหัวใจและปอด จึงทำให้พบอาการเหนื่อยล้าที่สูงกว่างานวิจัยอื่น ๆ การพบอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในแต่ละงานวิจัยนั้นพบแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของประชากรที่ต้องการศึกษา ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้วัดอาการเหนื่อยล้า

2. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 79.2 แต่อีกกว่าร้อยละ 20.8 นั้นแสดงภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากผลกระทบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความกังวลต่อสภาพร่างกายตนเอง



ต่อคนในครอบครัวและสังคมรอบข้าง การถูกตีตราทางสังคมทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกตินำไปสู่ภาวะซึมเศร้า⁽²⁶⁾ ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการเหนื่อยล้าพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.526$, $p<0.001$) สามารถอธิบายโดยใช้หลักสรีรวิทยาว่าเมื่อผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ร่างกายจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองโดยการสังเคราะห์ Corticotropin Releasing Hormone ในไฮโปทาลามัส ทำให้เพิ่มการหลั่ง ACTH ที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้า ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและวาร์แคทีโคลามีนที่ประกอบด้วย Epinephrine และ Norepinephrine เพิ่มขึ้น⁽²²⁾ ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น การเผาผลาญสูงขึ้น มีการสลายไขมันและกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อ ยับยั้งการหลั่ง insulin ซึ่งมีความจำเป็นในการพาการโบไฮเดรตเข้าสู่เซลล์เพื่อสังเคราะห์ไกลโคเจน และจากการหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลทำให้หลอดเลือดหดตัวเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลงจึงเป็นสาเหตุของการเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นเพิ่ม⁽²⁷⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศจากการศึกษาของ Grover และคณะ⁽²⁸⁾ ที่ศึกษาอาการเจ็บป่วยทางจิต PTSD อาการเหนื่อยล้าและการถูกตีตราในผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Orendacova และคณะ⁽²⁹⁾ ศึกษาผลของการใช้ neurofeedback ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ซึ่งภายในงานวิจัยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและอาการเหนื่อยล้า พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r=0.8619$, $p=0.001$)

3. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 66.3 ในขณะที่ร้อยละ 33.7 แสดงระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงมาก ซึ่งความวิตกกังวลนั้นอาจเนื่องมาจากผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ ครอบครัวไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ปกติ ทำให้ขาดรายได้มาจุนเจือครอบครัว⁽³⁰⁾ นอกจากนี้อาจมาจากสุขภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.558$, $p<0.001$) สามารถอธิบายโดยใช้หลักสรีรวิทยาว่าเมื่อผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ความวิตกกังวลจะเป็นตัวกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ ร่างกายจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองโดยการสังเคราะห์ Corticotropin Releasing Hormone ในไฮโปทาลามัส ทำให้เพิ่มการหลั่ง ACTH ที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้า ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและสารแคทีโคลามีนที่ประกอบด้วย Epinephrine และ Norepinephrine เพิ่มขึ้น⁽²²⁾ ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น การเผาผลาญสูงขึ้น มีการสลายไขมันและกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อ อาจมีการใช้พลังงานที่เก็บสะสมไว้ เมื่อเกิดปัญหานี้เป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะพร่องพลังงานและนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ในที่สุด⁽²⁷⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ระบุว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าจากการศึกษาของ Grover และคณะ⁽²⁸⁾ ที่ศึกษาอาการเจ็บป่วยทางจิต PTSD อาการเหนื่อยล้า และการถูกตีตราในผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล สอดคล้องกับ Hartung และคณะ⁽³¹⁾ ศึกษาวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective multicenter study) ศึกษาอาการเหนื่อยล้า



และภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($p < .001$) ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาที่ช่วยยืนยันผลการวิจัยดังกล่าวว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

4. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.4 มีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งอาการนอนไม่หลับนั้นอาจมาจากภายหลังการติดเชื้อผู้ป่วยยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ไม่มีรายได้ เกิดความเครียดนำไปสู่อาการนอนไม่หลับ⁽³²⁾ จากการศึกษาพบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.443, p < 0.001$) การนอนหลับและตื่นมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า เพราะจะทำให้ร่างกายมีพลังงานเพียงพอในการทำกิจกรรม ซ่อมแซมส่วนที่สึกหลอ ทำให้รู้สึกสดชื่น โดยเฉพาะการนอนหลับในช่วงที่ไม่มีอาการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว Non-rapid eye movement (Non-REM) การนอนในช่วงนี้มีความสำคัญมากเพราะมีส่วนสำคัญทำให้ภูมิคุ้มกันแข็งแรง ซึ่งในผู้ป่วยที่ฟื้นหายจาก covid19 ที่ระดับไซโตไคน์ยังไม่กลับมาเป็นปกติ ส่งผลให้เกิดการก่อตัวของไซโตไคน์ในระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากไซโตไคน์ก่อให้เกิดอาการอักเสบซึ่งสามารถผ่าน Blood brain barrier ของส่วนต่างๆ มองได้ส่งผลเสียต่อระบบประสาทอัตโนมัติอาจทำให้มีการผิดปกติของวงจรการนอนหลับได้⁽³³⁾ นำไปสู่อาการนอนไม่หลับหรือคุณภาพการนอนหลับลดลง⁽³⁴⁾ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ การนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในช่วงกลางคืนจะทำให้วงจรนอนมากขึ้นในช่วงเวลากลางวันและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Badinlou และคณะ⁽³⁵⁾ ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และศึกษาอาการบกพร่องและอาการเหนื่อยล้า ต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ประเมินอาการเหนื่อยล้าโดยใช้แบบประเมิน The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) พบว่า อาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านอาการเหนื่อยล้าทั่วไป อาการเหนื่อยล้าทางร่างกาย การลดลงของการทำกิจกรรม การลดลงของแรงจูงใจ และอาการเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจ ($r = 0.365, 0.286, 0.297$ และ 0.329 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย ควรมีการนำผลการวิจัยมาศึกษาต่อยอดสู่การพัฒนาวิธีการบำบัดทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจัดการกับอาการเหนื่อยล้าต่อไป เช่น การสร้างโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการบำบัดทางจิตต่างๆ ต่ออาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เช่น การสร้างโปรแกรมการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในชุมชนคลองเตย ไม่สามารถทำการสุ่มได้เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบต่อความร่วมมือในการขอข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกคนที่สนใจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติจนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. COVID-19 Weekly Epidemiological Update [internet]. 2022 [cited 2022 February 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-january-2022>.
2. Department of Disease Control. Situation of COVID 19 : daily update [internet]. 2022 [cited 2022 February 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Situation of Coronavirus 2019 (COVID-19), Health measure, problems and obstacles to disease control of tourism [internet]. 2022 [cited 2022 February 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>. (in Thai)
4. Klinkhajon U, Worramalee S, Yajai S. Role of nurses in caring for coronavirus (COVID-19) patients: a case study. RTNMDjournal. 2020;47(3):703-721. (in Thai)
5. Department of Medical Service. Post COVID syndrome or long COVID: health care worker [internet]. 2021 [cited 2022 February 10]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650126100932AM_%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%20Long%20COVID%20v.2.4.pdf. (in Thai)
6. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Scientific report. 2021;11(1):1-12.
7. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. BMJ. 2021;374:1-18.
8. Mackay A. A Paradigm for post-Covid-19 fatigue syndrome analogous to ME/CFS. Frontiers in Neurology 2021;12:1-10.
9. Carod-Artal FJ, Garcia-Moncó JC. Epidemiology, pathophysiology, and classification of the neurological symptoms of post-COVID-19 syndrome. Neurology Perspectives 2021;1:5-15.



10. Sandler CX, Wyller VBB, Moss-Morris R, Buchwald D, Crawley E, Hautvast J, et al. Long COVID and post-infective fatigue syndrome: a review. *Open Forum Infection Disease* 2021;8(10),1-7.
11. Ream E, Richardson A. From theory to practice: designing intervention to reduce fatigue in patient with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1999;14(6):25-30.
12. Rudroff T, Fietsam AC, Deters JR, Bryant AD, Kamholz J. Post-COVID-19 fatigue: potential contributing factors. *Brain Science* 2020;10(12),1-7.
13. Hartung TJ, Neumann C, Bahmer T, Chaplinskaya-Sobol I, Endres M, Geritz J, et al. Fatigue and cognitive impairment after COVID-19: a prospective multicentre study. *EClinicalMedicine* 2022;53:1-13.
14. Careplus International Clinics. How to cure sleep distribution post covid. 2022 [cited 2022 February 23]. Available from: <https://careplusvn.com/en/how-to-cure-sleep-distribution-post-covid>
15. Piper BF. Fatigue and cancer inevitable companions. *Supportive Care in Cancer* 1993;1(6):285-286.
16. Sanitlou N, Sartphet W, Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*. *J of Suvarnabhumi Tech.* 2019;5(1):498-507. (in Thai)
17. Kaewkungwal J, Singhasivanon T. Textbook of clinical research. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2013. (in Thai)
18. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol.* 2013;48(6):1018-1029.
19. Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management.* New York: Guilford Press; 1993.
20. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)
21. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology.* 1989;46(10):1121-3.
22. Sawasdee A. Factors associated with fatigue in post stroke patient [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)



23. Michael K. Fatigue and stroke. *Rehabilitation Nursing*. 2002;27(3):89-94.
24. Noujaim PJ, Jolly D, Coutureau C, Kanagaratnam L. Fatigue and quality-of-life in the year following SARS-Cov2 infection. *BMC Infectious Diseases*. 2022;22(1):541.
25. Diem L, Fregolente-Gomes L, Warncke JD, Hammer H, Friedli C, Kamber N, et al. Fatigue in post-COVID-19 syndrome: clinical phenomenology, comorbidities and association with initial course of COVID-19. *J Cent Nerv Sys Dis*. 2022;14:1-7.
26. Benjapolpitak A, Sawangtham T, Chakkrapan na Ayutthata A, Kempphet R, Wiangcharoen R, Kanlayanaphotporn J, et al. Mental health effect of Coronavirus outbreak (COVID-19) in health region5Thailand. [internet]. 2022 [cited 2022 February 10]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5481/hs2747.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. (in Thai)
27. Chuatrakul P, Panuthai S, Kampolsiri T. Fatigue among older patients with colorectal cancer receiving chemotherapy and related factors. *Nursing Journal*. 2013;40(3):62-74. (in Thai)
28. Grover S, Sahoo S, Mishra E, Gill KS, Mehra A, Nehra R, et al. Fatigue, perceived stigma, self-reported cognitive deficits and psychological morbidity in patients recovered from COVID-19 infection. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021;64:1-8.
29. Orendacova M, Kvasnak E, Vranova J. Effect of neurofeedback therapy on neurological post-COVID-19 complications (a pilot study). *PLoS One*. 2021;17(7):1-21.
30. Poovorawan Y. COVID 19 and epidemiology. [internet]. 2021 [cited 2023 February 22]. Available from: <https://learningcovid.ku.ac.th/course/?c=7&l=2>
31. Hartung TJ, Neumann C, Bahmer T, Chaplinskaya-Sobol I, Endres M, Geritz J, et al. Fatigue and cognitive impairment after COVID-19: A prospective multicentre study. *Eclinical Medicine* 2022;53:1-13.
32. Lingthaisong C, Yeesri S, Nakrat K, Cheewakiatyingyong T. The study impacts post Coronavirus disease 2019 (COVID-19) of personal, Metropolitan Health and Wellness Institution [internet]. 2021 [cited 2023 February 22]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.06.012> (in Thai)
33. Sharma P, Bharti S, Garg I. Post COVID fatigue: Can we really ignore it? [internet]. 2021 [cited 2022 February 10]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.06.012>



34. Gupta R, Pandi-Perumal SR. SARS-CoV-2 infection: paving way for sleep disorders in long term. *Sleep Vigil*. 2021;5(1):1-2.
35. Badinlou F, Lundgren T, Jansson-Fröjmark M. Mental health outcomes following COVID-19 infection: impacts of post-COVID impairments and fatigue on depression, anxiety, and insomnia. *Research Square*. 2022;22(1):1-24.



การประเมินผลโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านในช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

Evaluation of Non-communicable Diseases' Drug Home Delivery Project during the COVID-19 Outbreak in Sila Lat District, Si Sa Ket Province

สมจิต อสีพงษ์^{1*}, นิตยา เพ็ญศิริินภา²

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี 11120

²สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี 11120

Somjit Asipong^{1*}, Nittaya Pensirinapa²

¹Master of Public Health (Hospital Administration), Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi 11120

²School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi 11120

*Corresponding authors, e-mail : Somjit_tong@yahoo.co.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินผลโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ ในมุมมองของผู้ให้บริการ (2) เปรียบเทียบคะแนนความเหมาะสมการดำเนินโครงการฯ ของผู้ให้บริการระหว่างในและนอกเขตบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) ของโรงพยาบาลศีลาลาด (3) ประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ ด้านการได้รับยาและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ (4) เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาก่อนนัดกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาก่อนนัด และระหว่างในกับนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อประเมินโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรก คือ ผู้ให้บริการ ที่เป็นผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นอกเขต PCU) และในเขตของโรงพยาบาลศีลาลาด 6 ราย เลือกแบบเจาะจง และ อสม./ผู้ดูแล โดยสุ่มอย่างง่าย 44 ราย กลุ่มตัวอย่างที่สอง คือ ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่นำส่งยาที่บ้านในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2565 ด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด มีความเที่ยง 0.91 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ t-test และ Mann Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า การประเมินผลโครงการฯ ของผู้ให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมการดำเนินโครงการฯ ของผู้ให้บริการในเขต PCU (ด้านบริบท 22.30 ± 2.06 ด้านปัจจัยนำเข้า 12.73 ± 1.74 ด้านกระบวนการ 16.55 ± 2.46 และโดยรวม 51.64 ± 4.74) สูงกว่านอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด (ด้านบริบท 19.23 ± 3.20 ด้านปัจจัยนำเข้า 11.23 ± 1.91 ด้านกระบวนการ 14.85 ± 2.57 และโดยรวม 45.31 ± 2.27) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพบว่าด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value=0.006, 0.030 และ 0.009) ส่วนด้านกระบวนการไม่มีความแตกต่างกัน การประเมินผลด้านการได้รับยา พบว่าผู้รับบริการในเขต PCU ได้รับยาก่อนนัดในสัดส่วนมากกว่านอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด (ร้อยละ 58.50 และ 33.90 ตามลำดับ) และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.48 ± 0.57) และเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับยาก่อนนัด กับไม่ได้รับยาก่อนนัด และผู้รับบริการในเขต PCU กับนอกเขต PCU โรงพยาบาลศีลาลาด พบว่าคะแนนความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การประเมินผล โครงการนำส่งยาที่บ้าน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การระบาดของโควิด-19



Abstract

This research aimed (1) to evaluate the results of the Non-communicable Diseases' (NCDs) Drug Home Delivery Project on context, inputs and processes from service providers' perspective, (2) to compare the appropriateness scores for the project implementation of providers within and outside the Primary Care Unit (PCU) of Sila Lat Hospital, (3) to assess the project performance regarding receiving the drug and satisfaction of service recipients, and (4) to compare the satisfaction levels of the service recipients between the groups who received the drug before an appointment and without appointment and between inside and outside the PCU area of Sila Lat Hospital in Si Sa Ket province.

The design of the paper was a survey study to assess the home-based non-communicable disease drug delivery project. The first group of samples was 6 service providers who were responsible for chronic non-communicable diseases in sub-district health-promoting hospitals (outside the PCU area) and in the PCU area of Silalad Hospital by purposive sampling and volunteers/caregivers by simple random sampling of 50% selection of 1 person per village out of 44 villages. The second group was the 100 service recipients who had their medicines delivered at home from June 2020 to November 2021, selected the simple random sampling from those who returned for treatment at Sila lat Hospital after the better COVID-19 situation. Data were collected in May-June 2022 using two questionnaires – one for service providers and the other for service recipients, whose reliability values were 0.91 and 0.81, respectively. Statistical analysis was carried out using descriptive statistics, independent t-test, and Mann Whitney U test.

The results showed that evaluation of the project service provider had the average scores in each aspect and overall were at a high level. The average score of the appropriateness of the project implementation of service providers in the PCU area (context, 22.30 ± 2.06 input 12.73 ± 1.74 Process 16.55 ± 2.46 and overall 51.64 ± 4.74) was higher than outside PCU area Sila lat Hospital (context 19.23 ± 3.20 , input 11.23 ± 1.91 process 14.85 ± 2.57 and overall 45.31 ± 2.27) When comparing the scores, it was found that the context input and overall factors were different at the level of statistical significance of 0.05 (p-value = 0.006, 0.030 and 0.009). However, no difference was found for in the process score. For the drug receiving evaluation, the recipients in the PCU area received the drug before the appointment at a higher proportion compared with those outside the PCU area (58.50% and 33.90%, respectively). Their overall satisfaction was at the highest level. In addition comparing the service recipients' satisfaction between the group receiving drugs before the appointment and without an appointment, and between inside and outside the PCU area had no significant difference in the satisfaction scores.

Keywords: Evaluation, Drug Home Delivery Project, Non-communicable diseases, COVID-19 pandemic



บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านรายในปี พ.ศ. 2555 (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) และเพิ่มขึ้นจากเป็น 41 ล้านราย ในปี พ.ศ 2559⁽¹⁾ (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 123.84, 124.65 และ 128.60 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ จังหวัดศรีสะเกษปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 5 โรคเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันเป็น 69.85, 77.91 และ 80.45 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ⁽²⁾ และอำเภอสีลาสาทปี พ.ศ. 2561-2564 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,628.06 3,118.16 2,830.38 และ 3,209.02 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ⁽³⁾ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีจะถูกส่งต่อไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใกล้บ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตยังไม่ถึงค่าเป้าหมายต้องมารับยาที่โรงพยาบาลสิลาสาท

เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563)⁽⁴⁾ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด -19 โดยรณรงค์ให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1-2 เมตร ไม่ใช้สิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นและดูแลรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล⁽⁵⁾ อำเภอสีลาสาท พบการแพร่ระบาดเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยสะสม 244 ราย รักษาหาย 243 ราย เสียชีวิต 1 ราย⁽⁶⁾ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสิลาสาทมีมติให้นำส่งยาที่บ้านให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญเพราะหากมีการติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสที่จะมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรสดังกล่าว ซึ่งการดำเนินโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) รับผิดชอบผู้ป่วยในเขต PCU โรงพยาบาลสิลาสาท และ รพ. สต. ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลสิลาสาท เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 จนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 จำนวน 2,898 ราย ซึ่งเป้าหมายของโครงการฯ คือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับยาก่อนนัด และมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ

สำหรับแนวคิดการประเมินผลโครงการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือการประเมินแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของแดเนียล สตฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2002 อ้างถึงใน อติสร ศักดิ์สูง และคณะ, 2561)^(7,8) ซึ่งมีการประเมินผลโครงการ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริบท 2) ด้านปัจจัยนำเข้า 3) ด้านกระบวนการ ประเมินโดยผู้ให้บริการซึ่งเป็น



เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบงาน NCDs และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) / ผู้ดูแล และ 4) ด้านผลการดำเนินงานโครงการฯ ได้แก่ สัดส่วนการได้รับยาก่อนนัด และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยผลการศึกษานำไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไขปัญหาการดำเนินงานโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านในระยะต่อไปให้เกิดผลสำเร็จสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ ในมุมมองของผู้ให้บริการ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเหมาะสมการดำเนินโครงการฯ ของผู้ให้บริการระหว่างในและนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ ด้านการได้รับยา และความพึงพอใจของผู้รับบริการ
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาก่อนนัดกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาก่อนนัด และระหว่างในกับนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่

(1) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 ราย และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลศีลาลาด 1 ราย รวม 6 ราย

(2) อสม./ผู้ดูแล (Care Giver: CG) หมู่บ้านละ 2 ราย จาก 44 หมู่บ้าน รวม 88 ราย

2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าโครงการนำส่งยาที่บ้านในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 รวม 2,898 ราย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งเป็นผู้ให้บริการ 50 ราย และผู้รับบริการ 100 ราย รวม 150 ราย โดยมีวิธีการเลือกตัวอย่างดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย (1) ศึกษาประชากรทั้งหมดจำนวน 6 ราย และ (2) อสม./ผู้ดูแล เลือกกลุ่มตัวอย่างมา ร้อยละ 50 ได้หมู่บ้านละ 1 ราย จาก 44 หมู่บ้าน

2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง คำนวณโดยใช้สูตรของแดนเนียล (Daniel, 2010)⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย คำนวณดังนี้



$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \alpha/2 NP(1-P)}{Z^2 \alpha/2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนประชากรที่ต้องการ

N = ขนาดประชากร = 2,992

P = ค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคอายุรกรรมที่ส่งไปรักษาที่ PCC และ ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล 0.41 (อรอนงค์ เหล่าตระกูล, 2564)

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ เมื่อเท่ากับ 0.05

d = ความคลาดเคลื่อน = 0.1

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{(1.96)^2 \times 2992 \times 0.41(1-0.41)}{(1.96)^2 \times 0.41(1-0.41) + (2992-1)(0.1)^2} \\ &= 90.16 \end{aligned}$$

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ปรับเพิ่มร้อยละ 10 = 100 คน

โดยการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยที่กลับมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลศิลาลาด ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 คลี่คลาย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับผู้ให้บริการ มี 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการประเมินโครงการฯ ด้านบริบทจำนวน 5 ข้อ ปัจจัยนำเข้าจำนวน 3 ข้อ และด้านกระบวนการจำนวน 4 ข้อ วัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะที่มีผลต่อการพัฒนาโครงการฯ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

2. แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้รับบริการ มี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และการได้รับยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อโครงการฯ วัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโครงการฯ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในคลินิก NCDs จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เท่ากับ 0.90 และ 0.98 ตามลำดับ และมีการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ให้บริการจำนวน 32 ราย และผู้รับบริการ 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าดังนี้ 1) แบบสอบถามกลุ่มผู้ให้บริการทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 เมื่อแยกรายด้านพบด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ เท่ากับ 0.81, 0.72 และ 0.86 ตามลำดับ 2) แบบสอบถามกลุ่มผู้รับบริการทั้งฉบับเท่ากับ 0.81



การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ SPPH 2022-014 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ เก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามผ่าน google form ด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 5-10 นาที และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ให้ตอบแบบสอบถามในขณะที่มารักษาที่โรงพยาบาลศีลาลาด โดยสอบถามข้อมูลการได้รับยาที่บ้านในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 10-15 นาทีต่อราย

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระ ใช้ Independent t-test กรณีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ข้อมูลการกระจายไม่ปกติ ใช้ Mann Whitney U test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็น อสม./ผู้ดูแล ร้อยละ 88.00 เพศหญิงร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 44.00 ปี (S.D.=11.58) อายุสูงสุด 65 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.40 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุดร้อยละ 44.00 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานที่เฉลี่ย 8.86 (S.D.=8.46) สูงสุด 36 ปี และต่ำสุด 1 ปี

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาส่งที่บ้านจำนวน 100 ราย อยู่ในเขต PCU โรงพยาบาลศีลาลาด ร้อยละ 41.00 และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด ร้อยละ 59.00 เพศหญิงร้อยละ 57.00 อายุอยู่ระหว่าง 56 – 65 ปี ร้อยละ 43.00 อายุเฉลี่ย 62.4 (S.D.=8.62) สูงสุด 85 ปี ต่ำสุด 36 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 74.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 87.00 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49.00 มีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.00 โดยมีโรคอื่นร่วมร้อยละ 52.00 จำนวนครั้งที่ได้รับยาที่บ้าน 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง ร้อยละ 44.00 จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย 2.80 (S.D. =1.40) สูงสุด 7 รายการ น้อยสุด 1 รายการ กลุ่มตัวอย่างได้รับยาครบถ้วนร้อยละ 99.00 โดยได้รับยาก่อนนัดร้อยละ 44.00 รองลงมาได้รับยาภายในวันนัด ร้อยละ 36.00

2. ผลการประเมินโครงการฯ ของผู้ให้บริการ พบว่าทั้งรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านบริบทคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (3.98 ± 0.65) รองลงมา คือ ด้านปัจจัยนำเข้า (3.85 ± 0.65) ส่วนด้านกระบวนการ คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (3.81 ± 0.66) ส่วนผลประเมินโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 ± 0.64

3. เปรียบเทียบคะแนนการประเมินผลโครงการฯ ของผู้ให้บริการในเขต และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาดรายด้านและโดยรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินผลโครงการฯ ของผู้ให้บริการในเขต สูงกว่านอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาดทั้งรายด้านและโดยรวม เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย



สถิติ Mann Whitney U test พบว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และโดยรวม ของผู้ให้บริการในเขต และนอกเขต PCU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านกระบวนการไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินผลโครงการฯ ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการในเขต และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาด ด้วย Mann Whitney U test

ประเมินผลโครงการฯ	ผู้ให้บริการ ในเขต PCU รพ. (n=11)		ผู้ให้บริการ นอกเขต PCU รพ. (n=39)		U	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านบริบท	22.40	2.10	19.20	3.20	97.50	0.006
ด้านปัจจัยนำเข้า	12.70	1.70	11.20	1.90	123.00	0.030
ด้านกระบวนการ	16.60	2.50	14.90	2.60	142.00	0.085
ความเหมาะสมโดยรวม	51.60	4.70	45.30	7.30	103.50	0.009

4. การได้รับยาของผู้รับบริการ จำแนกตามพื้นที่ในเขตและนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาด พบว่าสัดส่วนการได้รับยาก่อนนัดของผู้รับบริการในเขต PCU ร้อยละ 58.50 สูงกว่านอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาด ร้อยละ 33.90

5. ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโครงการฯ

5.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ

1) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 12.00 รองลงมาคือ ที่อยู่ผู้ป่วยผิดทำให้ส่งยาล่าช้า ร้อยละ 4.00 ส่วนข้อเสนอแนะคือโรงพยาบาลควรส่งยามาล่วงหน้า 2-5 วัน ร้อยละ 10.0 เพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการฯให้ทั่วถึง ร้อยละ 10.0 และตรวจสอบที่อยู่ผู้ป่วยในถุงยาให้ตรงกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 8.00 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโครงการฯ ของกลุ่มผู้ให้บริการ (n=50)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการฯของผู้ให้บริการ	n (%)	ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโครงการฯของผู้ให้บริการ	n (%)
- บุคลากรน้อย	6(12.00)	- ควรให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดการเจาะ DTX และวัด BP ที่รพ.และกลับไปรอรับยาที่บ้าน	3(6.00)
- ที่อยู่ผิดทำให้ส่งยาล่าช้า	2(4.00)	- ตรวจสอบที่อยู่ผู้ป่วยยาให้ตรงกับรพ.สต.	4(8.00)
- รพ.ส่งยามาที่ รพ.สต.ล่าช้า	1(2.00)	- ควรจัดส่งยาก่อนนัด 2-5 วัน	5(10.00)
- ติดต่อ อสม.ไม่ได้	1(2.00)	- ประชาสัมพันธ์โครงการฯให้ทราบทั่วกันทั้งจนท. และผู้ป่วย	5(10.00)
- การเดินทางของอสม.ไม่สะดวกในการมารับยาที่ รพ.สต.เพื่อนำส่งผู้ป่วยที่บ้าน	1(2.00)	- ปรับการแนะนำการกินยาแก่ผู้ป่วย	1(2.0)



2) ความคิดเห็นต่อดำเนินงานโครงการฯ ในระยะต่อไป ผู้ให้บริการระบุเหตุผลที่ควรดำเนินโครงการฯต่อไป 2 อันดับแรก คือ เพื่อลดความแออัด/ลดความเสี่ยงสัมผัสเชื้อโรค ร้อยละ16.00 และเพื่อความสะดวกสบายต่อผู้ป่วย ร้อยละ14.00 ดังตารางที่ 4.3 ส่วนความคิดเห็นที่ระบุไม่ควรดำเนินโครงการฯ ต่อไป คือ สถานการณ์โควิด-19 ดีขึ้นและกำลังจะกลายเป็นเชื้อประจำถิ่นแล้ว ร้อยละ10.00 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.3 เหตุผลที่ควรดำเนินโครงการฯ ต่อไป ของผู้ให้บริการ (n=50)

เหตุผลที่ควรดำเนินโครงการฯต่อไป ของผู้ให้บริการ	จำนวน (ร้อยละ)
ลดความแออัด/ลดความเสี่ยงสัมผัสเชื้อโรค	8(16.00)
สะดวกสบายต่อผู้ป่วย	7(14.00)
ผู้ป่วยประหยัดน้ำมัน	3(6.00)
รวม	18(36.00)

ตารางที่ 4.4 เหตุผลที่ไม่ควรดำเนินโครงการฯต่อไป ของผู้ให้บริการ (n=50)

เหตุผลที่ไม่ควรดำเนินโครงการฯต่อไปของผู้ให้บริการ	จำนวน (ร้อยละ)
สถานการณ์ดีขึ้นและกำลังจะกลายเป็นเชื้อประจำถิ่นแล้ว	5(10.00)
รวม	5(10.00)

5.2 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโครงการฯ ของกลุ่มผู้รับบริการ ดังนี้

ข้อ 1 สิ่งที่ท่านพึงพอใจมากที่สุดในการเข้าร่วมโครงการฯ คือ สิ่งที่พึงพอใจมากที่สุด คือ การไม่ต้องมา รพ., ไม่เสียเวลา, ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และลดความแออัด ร้อยละ57.00 รองลงมา คือ สะดวก/มือสุม.เอายามาส่งที่บ้าน ร้อยละ14.00 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้รับบริการ จำแนกตามสิ่งที่พึงพอใจมากที่สุดในการเข้าร่วมโครงการฯ (n=100)

สิ่งที่ผู้รับบริการพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน (ร้อยละ)
1.ไม่ต้องมา รพ., ไม่เสียเวลา, ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย, ลดความแออัด	57(57.00)
2.สะดวกมี สสม.นำไปส่งที่บ้าน	14(14.00)
3.การบริการที่รวดเร็ว, จนท.ดูแลไม่ให้ขาดยา	11(11.00)

ข้อ 2 สิ่งที่ท่านไม่พึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ที่พบมากที่สุด คือ การไม่ได้ตรวจเลือดน้ำตาลในเลือด, ไม่ได้วัดความดันโลหิต ร้อยละ8.00 และการไม่ได้พบแพทย์ ร้อยละ 5.00 ดังตารางที่ 4.6

ข้อ 3 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโครงการฯ ได้แก่ ควรตรวจน้ำตาลในเลือด/วัดความดันโลหิตทุกครั้ง ก่อนนำส่งยาที่บ้าน ร้อยละ 22.00 รองลงมาคือ ควรประชาสัมพันธ์โครงการฯให้ทั่วถึง ร้อยละ 8.00 และควรส่งยาเร็วขึ้น, ตรงเวลา, ต่อเนื่อง ร้อยละ 7.00 ดังตารางที่ 4.6



ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้รับบริการ จำแนกตามสิ่งที่ไม่พึงพอใจและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโครงการฯ (n=100)

สิ่งที่ไม่พึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้รับบริการ	n (%)	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการดำเนินงานโครงการฯของผู้รับบริการ	n (%)
ไม่ได้ตรวจเลือดน้ำตาลในเลือด, วัดความดันโลหิต	8(8.00)	ควรตรวจเลือดน้ำตาลในเลือด, วัดความดันโลหิต ทุกครั้งก่อนนำส่งยาที่บ้าน	22(22.00)
ไม่ได้พบแพทย์	5(5.00)	มาตรวจที่รพ.และกลับไปรอรับยาที่บ้าน	1(1.00)
ไม่เข้าใจแนวทาง, ขาดการประชาสัมพันธ์	3(3.00)	ประชาสัมพันธ์โครงการฯให้ทราบทั่วกันทั้งจนท. และผู้ป่วย	8(8.00)
อสม. ไม่เอาใจใส่	1(2.00)	- เปลี่ยน อสม.กรณีอายุเยอะมีปัญหาเรื่องการใช้โทรศัพท์มือถือและการเดินทาง	1(1.00)
		- ปรับการแนะนำการกินยาแก่ผู้ป่วย	2(2.00)
		- ส่งยาเร็วขึ้น, ตรงเวลา, ต่อเนื่อง	7(7.00)
		- มีการติดตามกรณีไม่มีรายชื้อส่งยาและไม่มา รพ.ตามนัด	1(1.00)

ข้อ 4 ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการฯในระยะต่อไป พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการให้ดำเนินการส่งยาที่บ้านต่อ ร้อยละ 83.00 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความคิดเห็นในการพิจารณาดำเนินโครงการฯ ในมุมมองของผู้รับบริการ (n=100)

ความคิดเห็นสมควรดำเนินการต่อไปหรือไม่ในมุมมองของผู้รับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
ควรดำเนินการส่งยาที่บ้านต่อ	83(83.0)
พิจารณาตามเห็นควร	9(9.0)
ไม่ควรส่งยา, อยากมาตรวจที่ รพ.	6(6.0)
รวม	98(98.0)

6. ความพึงพอใจต่อโครงการฯ ของผู้รับบริการ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.48 $\pm$ 0.57) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้รับบริการพึงพอใจอยู่ในระดับดีมากเกือบทุกข้อ มีเพียง 2 ข้อที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การติดตามวัดความดันโลหิต, ระดับน้ำตาลในเลือดของอสม., ผู้ดูแล ช่วยให้โรงพยาบาลติดตามผลการรักษาและพิจารณาจ่ายยาให้ท่านได้อย่างเหมาะสม และการได้รับการติดตามเยี่ยมจากอสม., บุคลากร หลังจากได้รับการส่งยาที่บ้าน ดังตารางที่ 4.8



ตารางที่ 4.8 ความพึงพอใจ ต่อโครงการฯ ของผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมโครงการฯ (n=100)

ประเด็นกิจกรรม/โครงการนำเสนอ ยาโรคเรื้อรังที่บ้านในช่วงการ ระบาดของโควิด-19	ความพึงพอใจ					(S.D.)	ระดับ ความพึง พอใจ
	มากที่สุด n(%)	มาก n(%)	ปานกลาง n(%)	น้อย n(%)	น้อยที่สุด n(%)		
1. การนำส่งยาที่บ้านโดย อสม. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการมา รพ. ของท่าน	67 (67.00)	18 (18.00)	10 (10.00)	4 (4.00)	1 (1.00)	4.46 (0.90)	มากที่สุด
2. การนำส่งยาที่บ้านโดย อสม. ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยของ การมา รพ.ของท่าน	77 (77.00)	9 (9.00)	7 (7.00)	6 (6.00)	1 (1.00)	4.55 (0.94)	มากที่สุด
3. การนำส่งยาที่บ้านโดย อสม. ช่วยให้ท่านไม่ต้องไปแออัดที่ รพ. ทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโค วิด-19	81 (81.00)	8 (8.00)	8 (8.00)	3 (3.00)	0 (0.00)	4.67 (0.75)	มากที่สุด
4. การนำส่งยาที่บ้านโดย อสม. ช่วยให้ท่านได้รับยารักษาโรค ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ในช่วงโควิด-19 ระบาด	74 (74.00)	14 (14.00)	10 (10.00)	2 (2.00)	0 (0.00)	4.60 (0.75)	มากที่สุด
5. ท่านมีความมั่นใจในคุณภาพ ของยาที่ได้รับ	87 (87.00)	6 (6.00)	3 (3.00)	2 (2.00)	2 (2.00)	4.74 (0.79)	มากที่สุด
6. อสม.ติดตามวัดความดันโลหิต/ ระดับน้ำตาลในเลือดช่วยให้ โรงพยาบาลติดตามผลการรักษา และพิจารณาจ่ายยาให้ท่านได้ อย่างเหมาะสม	44 (44.00)	10 (10.00)	23 (23.00)	10 (10.00)	13 (13.00)	3.62 (1.45)	มาก
7. ท่านได้รับยาที่ส่งให้ที่บ้านได้ ถูกต้องและครบถ้วน	99 (99.00)	1 (1.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.99 (0.10)	มากที่สุด
8. ท่านได้รับยาที่มีฉลากยาชัดเจน และสามารถอ่านฉลากยาได้อย่าง เข้าใจถึงวิธีรับประทานยาได้ดี	89 (89.00)	5 (5.00)	6 (6.00)			4.79 (0.64)	มากที่สุด
9. ท่านได้รับการเยี่ยมติดตาม หลังจากได้รับยา จาก อสม./ บุคลากรสาธารณสุข	61 (61.00)	4 (4.00)	10 (10.00)	10 (10.00)	15 (15.00)	3.86 (1.57)	มาก
ความพึงพอใจเฉลี่ย						4.48 (0.57)	มากที่สุด



7. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับยาก่อนนัด และไม่ได้รับยาก่อนนัด และเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการในเขต และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด พบว่า

1) ผู้รับบริการที่ได้รับยาก่อนนัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ (39.20 ± 5.50) ต่ำกว่าไม่ได้ยาก่อนนัด (41.10 ± 4.80) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจด้วย t-test พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับยาก่อนนัด และไม่ได้รับยาก่อนนัดมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) กลุ่มผู้รับบริการที่อยู่ในเขต PCU โรงพยาบาลศีลาลาด มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ (39.30 ± 5.40) ต่ำกว่านอกเขต PCU โรงพยาบาลศีลาลาด (41.00 ± 4.90) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจด้วย t-test พบว่าผู้รับบริการที่อยู่ในเขต และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาดมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับยาก่อนนัด และไม่ได้รับยาก่อนนัด และผู้รับบริการในและนอกเขต PCU โรงพยาบาลศีลาลาด (n=100)

กลุ่มผู้รับบริการ	n		S.D.	Mean Difference	t	p-value
การได้รับยา						
ผู้ที่ได้รับยาก่อนนัด	44	39.20	5.50	-2.03	-1.94	0.055
ผู้ที่ไม่ได้รับยาก่อนนัด	56	41.10	4.80			
อยู่ในเขต/นอกเขต PCU รพ.						
ในเขต PCU รพ.	41	39.30	5.40	-1.74	-1.67	0.980
นอกเขต PCU รพ.	59	41.00	4.90			

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็น อสม./ผู้ดูแล ร้อยละ 88.00 เพศหญิงร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 44.00 ปี (S.D.=11.58) อายุสูงสุด 65 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี มีสถานะภาพสมรสร้อยละ 71.40 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุดร้อยละ 44.00 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานที่เฉลี่ย 8.86 (S.D.=8.46) สูงสุด 36 ปี และต่ำสุด 1 ปี กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับยาส่งที่บ้านจำนวน 100 ราย อยู่ในเขต PCU ร้อยละ 41.00 และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด ร้อยละ 59.00 เพศหญิงร้อยละ 57.00 อายุอยู่ระหว่าง 56 – 65 ปี ร้อยละ 43.00 อายุเฉลี่ย 62.40 (S.D.=8.62) สูงสุด 85 ปี ต่ำสุด 36 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 74.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 87.00 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49.00 มีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.00 โดยมีโรคอื่นร่วมร้อยละ 52.00 จำนวนครั้งที่ได้รับยาที่บ้าน 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง ร้อยละ 44.00 จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย 2.80 (S.D. =1.40) สูงสุด 7 รายการ น้อยสุด 1 รายการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาครบถ้วนร้อยละ 99.00 โดยได้รับยาก่อนนัดร้อยละ 44.00 รองลงมาได้รับยาภายในวันนัด ร้อยละ 36.00



ผลการประเมินผลโครงการฯ ทั้งรายด้าน จำนวน 3 ด้านและโดยรวมมีคะแนนผลการประเมินอยู่ในระดับมาก เมื่อดูคะแนนรายด้าน พบว่า

ด้านบริบท มีคะแนนประเมินผลโครงการอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (3.98 ± 0.65) ซึ่งสูงกว่าด้านอื่น ๆ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดโดยลดความแออัด การรวมตัวของคนจำนวนมาก และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนับเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เพราะหากมีการติดเชื้อโควิดมีโอกาสที่จะมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อเรื้อรัง และมีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ทำให้ผู้ให้บริการเห็นความสำคัญและความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของปราณี ชัยหลาก และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว(2563)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยภูมิ ปี 2563 พบว่าทั้งกลุ่มที่มาพบแพทย์ต่อเนื่อง และกลุ่มที่ส่งยาถึงบ้าน มีผลการรักษาไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการส่งยาถึงบ้านจึงเป็นทางเลือกในการให้บริการผู้ป่วย

รองลงมา คือ ด้านปัจจัยนำเข้า มีคะแนนประเมินผลโครงการอยู่ในระดับมาก (3.85 ± 0.65) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าทุกข้อมีคะแนนประเมินผลโครงการอยู่ในระดับมาก มีเพียง 1 ข้อที่มีคะแนนต่ำกว่าคะแนนประเมินผลโครงการเฉลี่ยของด้านปัจจัยนำเข้า คือ ความเพียงพอของบุคลากร (จนท.รพ.สต./อสม.) ในการดำเนินโครงการฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเหมาะสมในระดับมาก (3.68 ± 0.91) เนื่องจาก รพ.สต.แต่ละแห่งมีบุคลากร 5-7 ราย และแต่ละรายมีหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง โดยมี อสม.หมู่บ้านละ 2 ราย ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ทำให้ อสม.มีหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่างได้แก่ เฝ้าระวัง คัดกรองและรายงานผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงเข้ามาในพื้นที่รับผิดชอบ, ร่วมทีมตรวจ ATK กลุ่มเสี่ยงสูง, ขึ้นเวรรพ.สนาม และ Community isolation, รณรงค์และร่วมทีมฉีดวัคซีนโควิด-19, นำส่งยาที่บ้าน ทำให้บุคลากรในการดำเนินโครงการฯ ไม่เพียงพอ และส่งยาล่าช้า กลุ่มตัวอย่างเสนอปัญหาเรื่องบุคลากรไม่เพียงพอโดยเสนอแนะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเจาะน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลศิลาลาด และกลับไปปรีรับยาที่บ้าน เพื่อลดภาระการเจาะน้ำตาลในเลือด และวัดความดันโลหิตของอสม./ผู้ดูแล ซึ่งผู้รับผิดชอบโครงการฯ ควรนำข้อเสนอแนะไปประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรับการดำเนินโครงการฯต่อไป

ส่วนด้านกระบวนการ มีคะแนนเฉลี่ยรายด้านน้อยที่สุด (3.81 ± 0.66) มีความเหมาะสมในระดับมาก มีเพียง 2 ข้อที่มีคะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการ ได้แก่ ความชัดเจนในการมอบหมายให้ อสม./ผู้ดูแลวัดความดันโลหิต และเจาะน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอความคิดเห็นว่าควรส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านในช่วงการระบาดของโควิด-19 ต่อไป คิดเป็นร้อยละ 36.00 โดยมีเพียงร้อยละ 10.00 เสนอแนะไม่ควรส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านในช่วงการระบาดของโควิด-19 เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ดัชนีที่กำลังจะกลายเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แมช และคณะ (Mash, et.al, 2022)⁽¹¹⁾ ประเมินการดำเนินการส่งยาที่บ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดโควิด-19 ในเมืองเคปทาวน์แอฟริกาใต้ ผลการวิจัยสรุปว่าการส่งยาถึงบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนสามารถทำได้ในวงกว้างและต้นทุนการดำเนินการไม่แพง จึงควรดำเนินการต่อไปและเป็นหนึ่งในทางเลือกสำหรับการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโควิด-19 แต่สิ่งที่ต้องปรับปรุงคือประสิทธิภาพของระบบ เส้นทางการตรวจสอบการได้รับยาของผู้ป่วย การสนับสนุนและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน การขนส่งยา การสื่อสารกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การกำกับดูแลระบบ และการฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน และความถี่ในการจัดส่งยาให้ รพ.สต.สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันจันทร์



เวลา 13.30-16.00 น. มีความเหมาะสมในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย (3.76 ± 0.82) โดยปกติคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลศิลาลาดจะจัดให้บริการทุกวันอังคาร และคลินิกโรคเบาหวานจะจัดให้บริการทุกวันพุธ โดยจะนำส่งยาที่บ้านทุกบ่ายวันจันทร์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาภายใน 1-2 วัน ซึ่งบางครั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม./ผู้ดูแลติดภารกิจอื่นอาจทำให้ส่งยาล่าช้า โดยกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นควรจัดส่งยาก่อนนัด 2-5 วันและสาเหตุการนำส่งยาล่าช้าอีกอย่างหนึ่งคือที่อยู่ผู้ป่วยในระบบการให้บริการของโรงพยาบาลศิลาลาดระบุผิด รพ.สต. โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนะให้โรงพยาบาลตรวจสอบที่อยู่ผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนนำส่งยาไปที่ รพ.สต.

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการฯ ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการในเขต และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาด การประเมินผลโครงการฯ รายด้านและโดยรวมของผู้ให้บริการในและนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลโครงการฯ ของผู้ให้บริการในเขตสูงกว่านอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาด ทั้งรายด้านและโดยรวม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการฯ ด้วย Mann Whitney U test พบว่าด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านกระบวนการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาดรับผิดชอบโดยกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรหรือในเขตโรงพยาบาลศิลาลาด ตั้งอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลศิลาลาด ทำให้ผู้รับผิดชอบงาน NCD ในเขตเข้าใจระบบและการประสานงานในการดำเนินโครงการฯ กับผู้รับผิดชอบงาน NCD ของโรงพยาบาลศิลาลาดซึ่งรับผิดชอบโดยกลุ่มการพยาบาล แพทย์ เภสัชกร ที่ดำเนินการในแต่ละขั้นตอนก่อนนำส่งยาที่บ้านไปยัง PCU และ รพ.สต. จึงทำให้มีคะแนนค่าเฉลี่ยประเมินโครงการฯ ของผู้ให้บริการในเขตสูงกว่านอกเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาดทั้งรายด้านและโดยรวม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการต่อโครงการฯ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการนำส่งยาที่บ้านฯ ของกลุ่มผู้รับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (4.48 ± 0.57) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยวัฒน์ รัตนพันธุ์ และคณะ (2563)⁽¹²⁾ ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่พบว่าระดับความพึงพอใจกับรูปแบบการส่งยาทางไปรษณีย์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.2 และเมื่อดูรายละเอียดรายข้อพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมากทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 6 การที่ อสม.ติดตามวัดความดันโลหิต/เจาะน้ำตาลในเลือด ช่วยให้โรงพยาบาลติดตามผลการรักษาและพิจารณาจ่ายยาให้ท่านได้อย่างเหมาะสม และข้อที่ 9 ท่านได้รับการเยี่ยมติดตามหลังจากได้รับยาจากอสม./บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากซึ่งเป็น 2 ข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำที่สุด

เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับยาก่อนนัดและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาก่อนนัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาครบถ้วนร้อยละ 99.0 โดยได้รับยาก่อนนัด ร้อยละ 44.0 รองลงมาได้รับยาภายในวันนัด ร้อยละ 36.0 เมื่อพิจารณาการได้รับยาที่บ้านก่อนนัด ภายในวันนัด และหลังวันนัดของผู้รับบริการแยกตามพื้นที่ของผู้ให้บริการในเขต และนอกเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาด พบว่า สัดส่วนการได้รับยาก่อนนัดของผู้บริการในเขต เท่ากับร้อยละ 58.5 สูงกว่านอกเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาด เท่ากับร้อยละ 33.9 และสัดส่วนได้รับยาภายในวันนัด และหลังวันนัดของผู้บริการในเขต เท่ากับร้อยละ 31.7, 9.8 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่านอกเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาด เท่ากับ ร้อยละ 39.0, 27.1 ตามลำดับ เนื่องจากระยะทางจากพื้นที่หมู่บ้านในเขตถึงโรงพยาบาลศิลาลาดใกล้กว่า



ระยะทางจากหมู่บ้านนอกเขต PCU ถึงโรงพยาบาลศิลาลาด ทำให้ส่งยาที่บ้านได้เร็วกว่าทำให้ อสม./ผู้ดูแล สามารถส่งยาให้ผู้ป่วยก่อนนัดสูงกว่านอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศิลาลาด แต่ด้วยภาระของงานกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมที่รับผิดชอบงานส่งเสริม ควบคุมและป้องกันโรคในฐานะแม่ข่ายของรพ.สต.ทั้ง 5 แห่ง ทำให้ยังประสบปัญหาบุคลากรจำนวนไม่เพียงพอในการดำเนินโครงการฯ ในเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาด จำนวน 9 หมู่บ้าน ทำให้ผู้ให้บริการในเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาดไม่สามารถไปเจาะน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตให้ผู้รับบริการได้ครบถ้วน ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่อยู่ในเขต (39.29±5.40) ต่ำกว่านอกเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาด (41.03 ±4.30) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจด้วย t-test พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาก่อนนัดและไม่ได้รับยาก่อนนัดมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการในเขต และนอกเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาดต่อโครงการฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ให้บริการในเขต PCU โรงพยาบาลศิลาลาดเสนอแนะให้ผู้รับบริการมาพบแพทย์ตามนัด เจาะน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลศิลาลาด และกลับไปรับยาที่บ้าน เพื่อลดภาระงานของ อสม./ผู้ดูแล

โครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านในช่วงการระบาดของโควิด-19 ช่วยอำนวยความสะดวก ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล สิ่งที่ได้รับบริการไม่พึงพอใจ ได้แก่ การไม่ได้รับการวัดความดันโลหิตหรือเจาะน้ำตาลในเลือด ไม่เข้าใจแนวทาง/ขาดการประชาสัมพันธ์โครงการฯ และการไม่ได้พบแพทย์โดยมีข้อเสนอแนะให้ตรวจน้ำตาลในเลือด/วัดความดันโลหิตทุกครั้งก่อนนำส่งยาที่บ้าน ประชาสัมพันธ์โครงการฯ ให้ทราบทั่วกันทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ส่งยาเร็วขึ้น/ตรงเวลา มาตรวจพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และกลับไปรับยาที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูว์ และคณะ (Louw, et.al, 2020)⁽¹³⁾ ที่พบว่า การส่งมอบยาที่บ้านมีส่วนในการลดความแออัดในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในเขตบริการสุขภาพชาวเน แอฟริกาใต้”

ผลการวิจัยสรุปว่าการส่งมอบยาที่บ้านมีข้อดีสำหรับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยยังคงได้รับยาโรคเรื้อรังในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 และการส่งมอบยาที่บ้านยังช่วยอำนวยความสะดวกมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจลืมนำข้อมูลบางส่วนทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าข้อมูลการประเมินโครงการนำส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม./ผู้ดูแล มีอย่างจำกัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการประเมินโครงการฯ ทั้งรายด้านและโดยรวมมีคะแนนความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างยังเสนอปัญหาจากการดำเนินโครงการฯ คือมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และการประชาสัมพันธ์การดำเนินโครงการฯ ยังไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้บริหารควรนำข้อมูลไปพิจารณาปรับวิธีการ



จัดการนำส่งยาที่บ้านภายใต้บุคลากรที่จำกัดในการนำส่งยาสลับพื้นที่หมู่บ้านในแต่ละเดือนให้เหมาะสมกับอัตรา กำลังคนหรือเพิ่มอาสาสมัครครอบครัวมาช่วยกระจายยา และควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์การดำเนินโครงการฯ ให้ ชัดเจนและครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2) ในภาพรวมกลุ่มผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ ในระดับมากที่สุด แต่สิ่งที่คุณรับบริการไม่พึงพอใจ ได้แก่ การไม่ได้รับการวัดความดันโลหิตหรือเจาะน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะในเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด และการไม่ได้พบแพทย์ ซึ่งผู้รับผิดชอบโครงการฯ ควรนำข้อมูลไปประชุมทบทวนระบบการทำงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับระบบการทำงานต่อไป

3) การประเมินผลโครงการฯ ของผู้ให้บริการในเขต PCU สูงกว่านอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด และทดสอบพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ทั้งรายด้าน (ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า) และโดยรวม ดังนั้น ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ควรประชุมทบทวนแนวทางการดำเนินโครงการฯ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน NCDs ในเขต และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลศีลาลาด

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งต่อไปควรประเมินโครงการฯ ไปพร้อมกับการดำเนินโครงการฯ เพื่อจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากกว่าการสอบถามข้อมูลย้อนหลัง อีกทั้งช่วยให้ทราบปัญหาและข้อเสนอแนะที่สามารถนำไป ปรับปรุงการดำเนินโครงการฯ ได้ทันเวลา

2) ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดส่งยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต. รวมทั้ง อสม./ผู้ดูแล เพื่อให้การดำเนินโครงการฯ มีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการในพื้นที่ ซึ่งเป็นหน้าที่ของ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการที่ได้รับยารวดเร็ว ถูกต้อง และก่อนนัด ลดระยะเวลา รอคอยรับยาที่โรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริธนา อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลทาง วิชาการ และชี้แนะแนวทางการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.สุคนธ์ทิพย์ นรสาร เภสัชกรหญิงสุพามา ภาพนตร และเภสัชกรหญิงทรายกะรัต เสริมแก้ว ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ คำแนะนำเป็นประโยชน์สำหรับรายงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศีลาลาด ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม./ผู้ดูแลทุกท่านที่ช่วยในการดำเนินโครงการฯ และอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of NCDs, diabetes, hypertension. and related risk factors 2019. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control 2020;1;2-11 <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf> (in Thai)
2. Division of Non-Communicable Diseases Ministry of Public Health. Number and death rate with 5 non-communicable diseases (2017 - 2021) [Internet]. 2023 [cited 2023 March 25]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
3. Health Data Center (HDC). Rate of new high blood pressure and diabetes patients. Sisaket province Silalat district [Internet]. 2018 [cited 2023 March 25]. Available from: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=418ae93a872547ebe2fbf0ff4f73e65e (in Thai)
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2021 August 18]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf> (in Thai)
5. Department of Health, Ministry of Public Health. Public health guidelines to prevent the spread of the corona virus 2019 (COVID-19). [Internet]. 2021 [cited 2021 September 7]. Available from: <https://www.cpa.go.th/cpawebwebsite/uploads/pdf/attachment-20210111-094112.pdf> (in Thai)
6. Public Relations Office, Sisaket Province. COVID-19 patients, Sisaket Province. [Internet]. 2564 [cited 2021 November 27]. Available from: <https://www.facebook.com/Pr.sisaketnews/> (in Thai)
7. Saksoong A, Sitthichoke T, Nadee V, Lapee A, Phawachitranon S, Osathan A. (2018). Evaluation of the project according to the policy “3 million 3 years to stop smoking around the world. Thai Worship Thai King”, a case study of Songkhla and Satun provinces Nonthaburi: Fund OfficeSupport Health Promotion (Thai Health Promotion Foundation), Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control.
8. Stufflebeam DL.CIPP evaluation model checklist. A tool for applying the fifth installment of the CIPP model to assess long-term enterprises. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2002.



9. Daniel W.W.(2010).Biostatics: basic concepts and methodology for the Health.
10. Chailak P, Su-Nongbua A. (2021). Results of treatment of diabetic patients in the situation of preventing the spread of COVID-19. At the Chaiyaphum Community Health Center, year 2020. Chaiyaphum Medical Journal, 41(1), 111-12
11. Mash RJ, Schouw D, Daviaud E, Besada D, Roman D. Evaluating the implementation of home delivery of medication by community health workers during the COVID-19 pandemic in Cape Town, South Africa: a convergent mixed methods study. BMC Health Services Research [Internet 2022 [cited2022 Jan 24];22(98):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07464-x>.
12. Rattanaphan P, Petcharoon P, Suriya S. (2020) Development of a postal medicine delivery system for hypertensive patients in the situation of coronavirus 2019outbreak. Chiang Rai Medical Journal, 12(2), 48-64.
13. Louw JM, Rantloane B, Ngcobo S, Brey Z, Hugo J, Basu D, et al. Home delivery of medication as part of reducing congestion in primary healthcare in Tshwane District Health Services. SOUTHERN AFRICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH [Internet 2020 [cited2020 August1]; :50-5. Available from: <https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/louw-2020-home-delivery-of-medication-as-part-of-reducing-congestion-in-phc-in-tshwane-sa-j-ph.pdf>



ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข ขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Relationships between Insomnia, Depression, Body Mass Index and Restless Leg Syndrome in End-Stage Renal Disease Patients Receiving Hemodialysis

เบญจมาศ แสงสว่าง*, ชนกพร จิตปัญญา, นรลักขณ์ เอื้อกิจ

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Benjamad Sangsawang*, Chanokporn Jitpanya, Noraluk Ua-kit

Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

*Corresponding authors, email: benjamad2877@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักและความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 101 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างร่วมกับการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักรวมเฉลี่ยเท่ากับ 13.91 ± 9.74 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 43.5 รายงานกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักรุนแรงในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.72 ± 4.36 กิโลกรัม/ตารางเมตร อาการนอนไม่หลับเฉลี่ย 10.62 ± 6.05 คะแนน ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 12.10 ± 8.46 คะแนน และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.213, 0.521 และ 0.416 ตามลำดับ โดยสรุปดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสัมพันธ์กับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรมีการประเมิน การส่งเสริม และให้ข้อมูลคำแนะนำ หรือการส่งต่อการรักษาในทีมสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย



Abstracts

The cross-sectional study purposed to investigate restless leg syndrome, and to examine the relationships among body mass index, insomnia, depression and restless legs syndrome in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis. One hundred and one end-stage renal disease patients receiving hemodialysis followed up at the nephrology clinics of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital and Saraburi Hospital were recruited. Research instruments used in this study included a set of structured questionnaires and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and Spearman rank correlation coefficient. The results revealed that the mean score of severity of restless leg syndrome of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis was 13.91 (at a moderate level). About 43.5% of the patients perceived the severity of restless leg syndrome. Most end-stage renal failure patients receiving hemodialysis had a mean body mass index of 23.72 ± 4.36 , a mean score on insomnia of 19.62 ± 6.05 , and a mean score of depression of 12.10 ± 8.46 . Body mass index, insomnia, and depression were positively, and significantly correlated with restless leg syndrome in end-stage renal disease patients receiving hemodialysis with correlation values of 0.213, 0.521, and 0.416, respectively. In conclusion, body mass index, insomnia, and depression are associated factors of restless legs syndrome in end-stage renal disease patients receiving hemodialysis. So, medical personnel should assess, promote, and provide the patients with information and advice. Finally, a referral system to a health care team to relieve the symptoms ruled out should be considered.

Keywords: Body Mass Index, Insomnia, Depression, Restless Leg Syndrome and End-Stage Renal Disease

บทนำ

สถิติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 17.6 ของประชากรคิดเป็นผู้ป่วยราว 8 ล้านราย โดยในจำนวนนี้มี 200,000 รายป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งพบผู้ป่วยมากขึ้นปีละกว่า 7,800 ราย และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจเพิ่มสูงถึง 280,000 ราย⁽¹⁾ จากรายงาน Thailand Renal Replacement Therapy พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือ จาก 72,622 รายในปี พ.ศ. 2559 เป็น 129,724 รายในปี พ.ศ. 2563⁽²⁾



โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคส่งผลให้ประสิทธิภาพในการขับของเสีย และการควบคุมสมดุลต่าง ๆ ของร่างกาย ลดลงส่งผลให้อาการปรากฏในระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจากภาวะยูรีเมีย (Uremia) ซึ่งจะแสดงอาการผิดปกติได้ หลายระบบของร่างกายรวมถึงระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะยูรีเมียทำให้การทำงานของสมองส่วนกลางผิดปกติ เริ่มต้นคือมีอาการซึมลง ขาดสมาธิ มีอาการเฉื่อยชาลง หลงลืมง่าย มีความสับสน อาการกระตุก ชัก เพ้อ และหมดสติ ในที่สุด ส่วนระบบประสาทส่วนปลายมักพบรายงาน กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก (Restless leg syndromes)⁽³⁾ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการสร้างอิริโทรพอยอิตินที่ลดลงส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง นอกจากนี้ระดับธาตุเหล็กใน สมองที่ลดลง (Cerebral iron deficiency) จะทำให้เอนไซม์ Tyrosine hydroxylase ที่มีบทบาทสำคัญในการ สังเคราะห์โดปามีนในสมองลดลง⁽⁴⁾ อีกทั้งการผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะ Oxidative stress ของหลอดเลือดและเกิดกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก⁽⁵⁾

กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักเป็นอาการที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายทำให้มีการ เคลื่อนไหวขาอย่างไม่สามารถควบคุมได้ เกิดอาการกระตุก ชา ตะคริว เจ็บปวด คัน แสบร้อนที่ขา เสียสมาธิ รู้สึกมีอะไร มาไต่ คืบคลานที่ขา ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของขาลดลง อาการมักจะมีมากขึ้นใน ช่วง ระยะเวลาเย็นหรือเวลากลางคืน โดยอาการจะบรรเทาลงเมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย⁽⁶⁾ อาการนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้⁽⁷⁾ โดยมีความชุกร้อยละ 3.9-15 ของประชากรทั่วไป โดยพบร้อยละ 7-10 ในประชากรแถบยุโรป และพบเพียงร้อยละ 0.1-12 ในชาวเอเชีย⁽⁸⁾ โดยกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักพบได้มากในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งมีรายงานความชุก อยู่ที่ร้อยละ 12-62⁽⁹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตที่มีการศึกษาและตีพิมพ์ทั้งในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการฟอกเลือด ดัชนีมวลกาย ระดับแคลเซียม ระดับฮีโมโกลบิน อาการนอนไม่หลับ ภาวะ ซึมเศร้า ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ^(4,6,10-14) เป็นต้น แต่ในประเทศไทยนั้น การ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักมีน้อยมาก มีเพียงรายงานบทความวิชาการเกี่ยวกับการวินิจฉัย และ การรักษา⁽¹⁵⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มี ความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาปัจจัยที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้ และนำมาพัฒนาบทบาท อิสระของพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการและป้องกันผลกระทบของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข ขณะพัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เพื่อศึกษาความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ค่าอัตราการกรองของไต หรือ estimated glomerular filtration rate (eGFR) น้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เข้ารับการรักษาศูนย์คลินิกอายุรกรรมโรคไต ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 101 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคำนวณ G*power ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพลของประชากรที่ระดับ 0.3 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางจากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen (1977)⁽¹⁶⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากคำนวณ จำนวน 84 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20⁽¹⁷⁾ ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 101 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละวันร้อยละ 50 ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกอายุรกรรมโรคไตเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 1 รายเว้น 1 ราย

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และ 3) หากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ขึ้นไป ต้องได้รับการประเมิน MMSE-Thai และไม่พบว่ามีภาวะสมองเสื่อม

กำหนดเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอาการแทรกซ้อน ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพผิดปกติ หายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก ใจสั่น หนาวมีด มีไข้สูง หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ 2) ผู้ป่วยที่แพทย์ให้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาในการฟอกเลือด และดัชนีมวลกาย โดยแบ่งเกณฑ์ดัชนีมวลกายดังนี้ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ตรม. แสดงว่ามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กก./ตรม. แสดงว่ามีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดัชนีมวลกาย 23.0-24.99 กก./ตรม. แสดงว่ามีน้ำหนักเกิน ดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 กก./ตรม. แสดงว่าอ้วนระดับ 1 และดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ตรม. แสดงว่าอ้วนระดับ 2 ⁽¹⁸⁾

ส่วนที่ 2 แบบประเมินตัวแปรหลักของการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก (Severity of Restless Leg Syndrome: SRLS) ของ International Restless Leg Syndrome Study Group (IRLSSG)⁽¹⁹⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการนำแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลเป็นภาษาเป้าหมาย และการแปลย้อนกลับ (Forward-Backward-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ทั้งด้านภาษาและวัฒนธรรมของทั้ง 2 ประเทศจำนวน 2 คน

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท คะแนนแต่ละข้อ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์ความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักออกได้เป็น 4 ระดับ ⁽¹⁹⁾ ดังนี้

- 0-10 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงน้อย
- 11-20 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงปานกลาง
- 21-30 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงมาก
- 31-40 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นตัวแปรต้น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประเมินอาการนอนไม่หลับของ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993)⁽²⁰⁾ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธัญญา แก้วแพง⁽²¹⁾ ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ใช้ข้อตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท คะแนนแต่ละข้อ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์ระดับอาการนอนไม่หลับเป็น 4 ระดับ⁽²¹⁾ ดังนี้

- 0-7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย
- 8-14 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ
- 15-21 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง
- 22-28 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง



ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นตัวแปรต้น ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแบค (Beck Depression Inventory -II, BDI-II Thai version) ต้นฉบับพัฒนาโดย Beck และคณะ (1996)⁽²²⁾ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ⁽²³⁾ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งคำถาม 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท คะแนนแต่ละข้อ 0 ถึง 3 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์ระดับภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ⁽²³⁾ ดังนี้

- 0-13 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- 14-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
- 20-28 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
- 29-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 027/2565 และโรงพยาบาลสระบุรี เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ SRBR64-042 และเมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลมีการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับในการวิจัย ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อการศึกษาเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบ และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยผู้วิจัยเองที่แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกอายุรกรรมโรคไต) ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ทีละข้อในระหว่างตอบแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Statistics ด้วยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) เนื่องจากข้อมูลของภาวะซึมเศร้าที่มีการแจกแจงโค้งไม่ปกติ



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=101)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	49.5
หญิง	51	50.5
อายุ (ปี)		
18-39	5	5.0
40-59	40	39.6
60 ขึ้นไป	56	55.4
(อายุเฉลี่ย = 59.94 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.18)		
ศาสนา		
พุทธ	90	89.1
อิสลาม	11	10.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.0
ประถมศึกษา	62	61.4
มัธยมศึกษา	22	21.8
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	5	5.0
ปริญญาตรี	11	10.8
สถานภาพ		
โสด	28	27.7
คู่	54	53.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	19	18.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	72	71.3
รับจ้าง	8	7.90
อื่นๆ (ค้าขาย/เกษตรกร/รับราชการ/พนักงานบริษัท)	21	20.8
ระดับรายได้		
น้อยกว่า 5,000	79	78.2
5,001-10,000	9	8.9
10,001-15,000	5	5.0
มากกว่า 15,001	8	7.9



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=101) (ต่อ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	76	75.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	10.9
ประกันสังคม	12	11.9
องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	2	2.0
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
โรคความดันโลหิตสูง	94	93.1
โรคไขมันในเลือดสูง	71	70.3
โรคเบาหวาน	61	60.4
โรคหัวใจ	36	35.6
โรคเก๊าท์	12	11.9
ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
น้อยกว่า 5 ปี	76	75.3
มากกว่า 5 ปี	25	24.7

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.5) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.1) สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.4) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 53.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 71.3) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ทำงาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 7.9) และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 78.2) สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 75.2) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 93.1) ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 75.3)

2. กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=101)

ระดับความรุนแรงกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก	ช่วงคะแนน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
รุนแรงน้อย	0-10 คะแนน	32	33.7
รุนแรงปานกลาง	11-20 คะแนน	44	43.5
รุนแรงมาก	21-30 คะแนน	17	16.9
รุนแรงมากที่สุด	31-40 คะแนน	6	5.9
(คะแนนเฉลี่ย=13.91, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =9.74)			

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักเฉลี่ยเท่ากับ 13.91 ± 9.74 คะแนน และมีความรุนแรงระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.5)



3. ดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 ดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=101)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.)			
< 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	-	9	8.9
18.5- 22.9 (ปกติ)	-	38	37.6
23.0- 24.9 (น้ำหนักเกิน)	-	25	24.8
25.0-29.9 (อ้วนระดับ 1)	-	20	19.8
> 30 (อ้วนระดับ 2)	-	9	8.9
(คะแนนเฉลี่ย=23.72, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =4.36)			
อาการนอนไม่หลับ			
ไม่มีอาการนอนไม่หลับ	0-7 คะแนน	33	32.7
เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ	8-14 คะแนน	38	37.6
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	15-21 คะแนน	26	25.7
มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	22-28 คะแนน	4	4.0
(คะแนนเฉลี่ย=10.62, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =6.05)			
ภาวะซึมเศร้า			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-13 คะแนน	66	65.3
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	14-19 คะแนน	17	16.9
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	20-28 คะแนน	12	11.9
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	29-63 คะแนน	6	5.9
(คะแนนเฉลี่ย=12.10, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =8.46)			

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 37.6 เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 37.6 ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 65.3



4. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=101)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ดัชนีมวลกาย	0.213*	0.033 ^(a)
อาการนอนไม่หลับ	0.521*	<0.001 ^(a)
ภาวะซึมเศร้า	0.416*	<0.001 ^(b)

* $p < 0.05$, ^(a) Pearson's product moment correlation, ^(b) Spearman's rank correlation

จากตารางที่ 4 พบว่า ดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.213$, $r=0.521$, และ $r=0.416$ ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 ราย สามารถอภิปรายผลการศึกษาในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในระดับความรุนแรงปานกลาง โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.91 คะแนนเมื่อแบ่งระดับของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในงานวิจัยครั้งนี้ “กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักรุนแรงปานกลาง” มากที่สุดร้อยละ 43.5 ผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Turk และคณะในประเทศตุรกี⁽¹²⁾ ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 46.5 การศึกษาของ Samavat และคณะในประเทศอิหร่าน⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 45.5 การศึกษาของ Wali และ Alkhoulี ในประเทศซาอุดีอาระเบีย⁽¹¹⁾ ที่ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงมากร้อยละ 91 และมีคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักเฉลี่ยที่ 19.4 คะแนน จากผลการวิจัยดังกล่าวเป็นที่ยืนยันให้เห็นว่ากลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยพบความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด



2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.1 ดัชนีมวลกาย ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.213 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักจะเพิ่มขึ้น ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาเมื่อดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติหรือภาวะอ้วนทำให้มีการสะสมของไขมันในช่องท้องมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานโดปามีนที่ระบบประสาททำให้ความสามารถของตัวรับโดปามีน (Dopamine D2 receptor) ลดลงจนเกิดกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักได้⁽²⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wali และ Alkbouli⁽¹¹⁾ ที่รายงานว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่ 25.18 กก./ตรม. และการศึกษาของ Saraji และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่รายงานว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่ 23.48 กก./ตรม. ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 อาการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.521 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับเท่ากับ 10.62 ± 6.05 คะแนน โดยมากเริ่มมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 37.6 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอาการนอนไม่หลับที่รุนแรงขึ้นมีแนวโน้มความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักจะเพิ่มขึ้น ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาในขณะนอนหลับช่วงเวลากลางคืนร่างกายจะมีการหลั่งเมลาโท닌 (melatonin) ส่งผลยับยั้งการหลั่งโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทส่วนปลายเกิดกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในช่วงพักหรือเวลากลางคืน⁽⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Samavat และคณะในประเทศอิหร่าน⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของ Capelli และคณะในประเทศฟินแลนด์⁽¹³⁾

2.3 ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.416 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 12.10 ± 8.46 คะแนน โดยพบมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงร้อยละ 34.7 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงแนวโน้มความรุนแรงของกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักจะเพิ่มขึ้น ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาซึ่งลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการเปลี่ยนแปลงมากมายเกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจำกัดการรับประทานอาหาร ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพ การรักษาที่ซับซ้อน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความเครียด และมีภาวะซึมเศร้า⁽²⁵⁾ โดยในเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะความผิดปกติทางอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองซึ่งเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาท



และพบว่าการทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ serotonin, norepinephrine, และ dopamine ต่ำกว่าปกติทำให้การควบคุมการทำงานของร่างกายลดลง⁽²⁶⁾ ซึ่งโดปามีนนั้นมีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพัก เนื่องจากเกิดความผิดปกติของ dopaminergic system hypofunction และ dopamine transporter (DAT) ในระบบประสาทเมื่อโดปามีนลดลงทำให้เกิดกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพักซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Samavat และคณะในประเทศอิหร่าน⁽¹⁴⁾

การประเมินดัชนีมวลกายของการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้น้ำหนักก่อนการฟอกเลือด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้น้ำหนักแห้ง (dry weight) หรือน้ำหนักที่ปราศจากอาการบวมน้ำหลังจากการฟอกเลือดเพื่อให้ได้มาซึ่งน้ำหนักจริงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความรุนแรงของกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพักระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 43.5 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 37.6 เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 37.6 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 65.3 โดยดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระในการลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงการประเมิน และจัดการกับกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการประเมินความรุนแรงกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพัก โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย อาการนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้า และควรมีการให้คำแนะนำทางการพยาบาล เพื่อช่วยบรรเทาอาการ เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขลักษณะการนอนหลับที่ดี การให้คำปรึกษา พูดคุยระบายความรู้สึกตลอดจนการส่งต่อในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป เช่น การรับประทานยานอนหลับ และยาด้านภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษากลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพักในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น รวมถึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่ออาการกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขขณะพัก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกท่าน ที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล



เอกสารอ้างอิง

1. The Nephrology Society of Thailand. Kidney Disease From Prevention to Detection 2563 [Internet]. 2563. [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=271322> (in Thai)
2. Chuasuwan A, Lumpaopong A. Thailand renal replacement therapy: year 2020. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand 2020;46-9. (in Thai)
3. Pittayanarueman S. A comparative study of symptom clusters in patients with end stage renal disease in southern Region, Thailand. [Thesis for Degree of Master of Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
4. Pavan M, Sathish J. Restless legs syndrome in patients on chronic hemodialysis. Dial Transpl 2013;35:3-6.
5. Higuchi T, Abe M, Mizuno M, Yamazaki T, Suzuki H, Moriuchi M, et al. Association of restless legs syndrome with oxidative stress and inflammation in patients undergoing hemodialysis. Medicine 2015;16:941-8.
6. Tsai LH, See LC, Chien CC, Chen CM, Chang SH. Risk factors for restless legs syndrome in hemodialysis patients in Taiwan. Medicine 2019;98:51.
7. Giannaki CD, Hadjigeorgiou GM, Karatzaferi C, Pantzaris MC, Stefanidis L, Sakkas GK. Epidemiology, impact, and treatment options of restless legs syndrome in end-stage renal disease patients: an evidence-based review. ISN 2013;85:1275-82.
8. Guo S, Huang J, Jiang H, Han C, Li J, Xu X, et al. Restless legs syndrome: pathophysiology to clinical diagnosis and management. Frontiers in Aging Neuroscience 2017;171:1-14.
9. Zhang LY, Ma XY, Lin J, Liu WH, Guo W, Yin L, et al. Prevalence and risk factors of restless legs syndrome in hemodialysis patient. Dovepress 2020;12:9-27.
10. Saraji NZ, Hami M, Boostani R, Mojahedi MJ. Restless leg syndrome in chronic hemodialysis patients in Mashhad hemodialysis centers. J Renal Inj Prev 2017;6(2):137-41.
11. Wali SO, Alkhouli AF. Restless legs syndrome among Saudi end stage renal disease patients on hemodialysis. Saudi Med J 2015;36(2):204-10.
12. Turk AC, Ozkurt S, Turgal E, Sahin F. The association between the prevalence of restless leg syndrome, fatigue, and sleep quality in patients undergoing hemodialysis. Saudi Med J, 2018;39(8):792-8.



13. Capelli I, Pizza F, Ruggeri M, Gasperoni L, Carretta E, Donati G, et al. Time evolution of restless legs syndrome in hemodialysis patients. CKJ 2021;14(1):341-7.
14. Samavat S, Fatemizadeh S, Fasihi H, Farrokhy M. Restless leg syndrome, insomnia, and depression in hemodialysis patients: three sides of a triangle?. Nephrourol Mon 2017;9(3):1-6.
15. Triprateepsilp N. Restless legs syndrome [Internet].2022. [cited 2022 Dec15]. Available from: [https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/restless-legs-syndrome/\(in Thai\)](https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/restless-legs-syndrome/(in%20Thai))
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press;1977.
17. Pitisuttithum P. Textbook of clinical research. Bangkok: Amarin; 2021. (in Thai)
18. Department of Disease Control in the Ministry of Public Health. Know your numbers and know your risks [Internet]. 2021. [cited 2023 April 28]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1064820201022081932.pdf>
19. The International Restless Legs Syndrome Study Group. Validity of the international restless legs syndrome study group rating scale for restless legs syndrome. Sleep Medicine 2002;4:121-32.
20. Morin CM. Psychological assessment and management. New York: The Guilford Press; 1993.
21. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients. [Thesis for Degree of Master of Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. (in Thai)
22. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess 1996;67(3):588-97.
23. Thavichachart N, Tangwongchai S, Worakul P, Kanchanatawan B, Suppakitiporn S, na Pattalung AS, et al. Posttraumatic mental health establishment of the Tsunami survivors in Thailand. Clin Pract Epidemiology Ment Health 2009;5:1-11.
24. Gao X, Schwarzschild MA, Wang H, Ascherio A. Obesity and restless legs syndrome in men and women. Neurology 2009;72:1255-61.
25. Sibunruang C. Health status and depression among patient with and stage renal disease receiving hemodialysis therapy. Rajanukul Institute Journal 2017;32:55-63. (in Thai)
26. Pusomsri P. Major depressive disorder, serious health issue close to us. EAU Heritage Journal 2020;14:51-8.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

The Effects of Communication for Relationship Program on Quality of life
for Family Caregivers of Older People with Dementia

ผาณิต หลีเจริญ*, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ยูวนิดา อารามรมย์

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา 90000

Phanit Leecharoen*, Siriwan Chukumnerd, Yuwanida Aramrom

Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla 90000

*Corresponding authors, e-mail: Phanit34@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เกณฑ์การคัดเข้าคือเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกน้อยกว่า 5 ปี เข้าใจภาษาไทย เกณฑ์การคัดออกคือเป็นผู้ที่มีโรคติดต่อหรือโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 52 คน กำหนดขนาดโดยการคำนวณค่าอำนาจการทำนาย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 26 คน โปรแกรมใช้เวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคือแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย แบบวัดทักษะการสื่อสาร แบบวัดสัมพันธ์ภาพ และแบบวัดการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 97.19, SD = 11.48) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ = 88.23, SD = 11.99) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 90.65, SD = 13.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < 0.05 ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ: ทักษะการสื่อสาร ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิต สัมพันธภาพ



Abstract

This quasi-experimental study was conducted with a two-group pre-post-test design and aimed to investigate the effects of communication skills for relationship programs on the quality of life for family caregivers of older people with dementia. The inclusion criteria were the family caregivers aged 18 years and over, provided care for older people with early-stage dementia, had experience in dementia caregiving for less than 5 years, and understood Thai language. The exclusion criteria were for those who had a communicable or uncontrolled noncommunicable diseases. A total number of participants was 52 family caregivers that were determined by power analysis. The participants were randomly allocated into the experiment and the control group, 26 persons in each group. A total period of the program was six weeks. The data were collected through the following questionnaires, the Thai version of WHOQOL-BREF, the Communication Skills, the Relationship, and the Coping Scale. The data were analyzed using descriptive statistics and a t-test. The results showed that after receiving the program, family caregivers' quality of life in the experiment group ($\bar{x}=97.19$, $SD=11.48$) was significantly higher than before receiving the program ($\bar{x}=88.23$, $SD=11.99$) and higher than in the control group ($\bar{x}=90.65$, $SD=13.54$) at a p-value $< .05$. The findings can be the basis for determining the activities to enhance the quality of life for family caregivers of older people with dementia.

Keywords: communication skills, family caregivers, older people with dementia, quality of life, relationship

บทนำ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องระยะยาว ในช่วงเวลาการดูแลผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาในแต่ละวันหลายด้าน อันเนื่องมาจากความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในด้านความจำ การคิด การตัดสินใจ การคำนวณ และการใช้ภาษา⁽¹⁾ โดยเฉพาะปัญหาด้านการใช้ภาษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น มักจะลืมคำพูด เลือกคำมาใช้ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถสร้างคำใหม่ หรือไม่สามารถสร้างประโยคได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ปัญหาด้านการรับรู้ วัน เวลา และ สถานที่ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้การสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้อื่นโดยเฉพาะกับผู้ดูแลมีความเข้าใจไม่ตรงกัน และจากการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถแสดงออกหรือร้องขอในสิ่งที่ตนต้องการออกมาได้ ร่วมกับการที่ผู้ดูแลไม่สามารถรับรู้ความหมายของการสื่อสารเหล่านั้นได้ จะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดบรรยากาศของความขัดแย้ง เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความคับข้องใจ มักจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะ



สมองเสื่อม⁽²⁾ ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแล การรับรู้ภาวะจากการดูแลจะเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลอาจรู้สึกหมดหวังในการดูแล ทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามการดำเนินของโรคที่แย่งลง⁽³⁾ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงตามไปด้วย พบว่าอาการทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว⁽⁴⁾

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลโดยเป็นความพอใจเกี่ยวกับตนเองซึ่งมีความสัมพันธ์กับการวางเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานของตนเอง ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งสี่ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾ ความพึงพอใจเหล่านี้มีอิทธิพลมาจากการให้คุณค่าของตนเองในวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁶⁾ และความสามารถในการเผชิญกับปัญหา⁽⁷⁾ ความสามารถในการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสมทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ จากการศึกษารูปแบบกระบวนการความเครียดในการให้การดูแลพบว่า การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพสามารถลดผลกระทบของความเครียดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้^(8,9) นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธ์ภาพที่แย่งลงของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง⁽¹⁰⁾

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม⁽¹¹⁾ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสามารถให้การดูแลได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความไว้วางใจ รู้สึกสบายใจ ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะช่วยลดพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้⁽¹²⁾ ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลและรับรู้ถึงภาวะการดูแลเพิ่มขึ้น⁽¹³⁾ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมเพื่อลดการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากพบว่าการรับรู้ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญจากการทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ให้กับผู้ดูแล (Education program) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการดูแลลดลงตั้งแต่หนึ่งเดือนขึ้นไป⁽¹⁴⁾ จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแล (Empowerment program) ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁵⁾ และพบว่าการมีเครือข่ายทางสังคม (Social network) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้เช่นกัน⁽¹⁶⁾ สำหรับในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแล การผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะการสื่อสาร และการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าการอบรมไม่ต่างกัน⁽¹⁷⁾ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดการติดตามประเมินผลการนำความรู้หลังจากการเข้ารับการอบรมไปใช้ ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตควรมีกิจกรรมการติดตามต่อเนื่องหลังจากการได้รับความรู้ไปแล้ว



การศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบยืนยันผลการวิจัยว่าการส่งเสริมทักษะการสื่อสารช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลได้แต่ยังไม่พบความชัดเจนในเรื่องของกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงและวิธีการจัดกิจกรรมว่าเป็นอย่างไร⁽¹⁸⁾ ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเนื่องจากการได้รับความรู้ความเข้าใจและวิธีการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นของการดูแล เป็นการช่วยป้องกันผลกระทบของความเครียดจากภาระการดูแล ที่มีต่อภาวะสุขภาพทั้งในผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและแนวคิดการเผชิญความเครียด ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม คาดว่าผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้จะเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมให้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบบเป็นคู่ขนานตามเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่งดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง ตุลาคม 2565 โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินโครงการจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสงขลา รหัส SKH-IRB 2022-Edu-IN3-1010 ซึ่งบทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล การรับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่ในสถานบริการจะเป็นผู้ทำการรับสมัครและได้อธิบายรายละเอียดของการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนทราบก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัวมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกที่มีคะแนน TMSE เท่ากับหรือมากกว่า 18 คะแนน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า คือเป็นผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 18 ปี สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่เกิน 5 ปี ไม่มีความพิการทางด้านสายตาและการได้ยิน สมัครใจเข้าร่วมโครงการเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นโรคติดต่อหรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์อำนาจการทํานาย G*Power 3.1.9.4 ใช้ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 โดยอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับร้อยละ 80 และระดับนัยสำคัญค่าอัลฟา (α) เท่ากับ 0.05 เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 52 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนกลับ ได้กลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการทดลอง โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบคู่ขนานโดยใช้ระดับคะแนน TMSE ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและจำนวนปีของประสบการณ์การดูแลโดยแยกผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อย 1-2 ปี และกลุ่มที่มีประสบการณ์ 3-5 ปี ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่สามารถจับคู่ (Match pair) เช่น ตัวแปรการศึกษา อายุ เพศ และรายได้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้สถิติเพื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการสรุปผลการวิจัยให้มากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และประสบการณ์การดูแล
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ดูแล (WHOQOL-BREF-THAI)⁽¹⁹⁾ มีข้อคำถาม 26 ข้อ วัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26.00-130.00 คะแนน แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alphas coefficient) ได้เท่ากับ 0.95



เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. แบบวัดทักษะการสื่อสาร⁽²⁰⁾ ใช้วัดทักษะการสื่อสารของผู้ดูแล โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ เป็นแบบประมาณค่ามีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24.00-120.00 แบบวัดทักษะการสื่อสารได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าอัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.90

2. แบบวัดสัมพันธภาพ⁽²¹⁾ เป็นแบบวัดที่ปรับใช้จากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเพื่อใช้วัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามมีจำนวนข้อทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบประมาณค่ามีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20.00-80.00 แบบวัดสัมพันธภาพนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน โดยมีค่าความตรงของเครื่องมือจากค่า S-CVI (Scale-level content validity index) เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าอัลฟาครอนบาค ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

3. แบบวัดการเผชิญความเครียด⁽⁹⁾ เป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับความเครียดใน 3 ลักษณะ คือ 1) การจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาโดยตรง 2) การจัดการกับความหมายของปัญหา 3) การจัดการกับความทุกข์ใจ ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 14 ถึง 70 คะแนน แบบวัดการเผชิญความเครียดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าอัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.71

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธภาพ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และได้ปรับเนื้อหาตามที่คุณวุฒิเสนอแนะ

กิจกรรมในโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลักคือ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ จำนวน 2 ครั้ง ในครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และ 2) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง เป็นกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จำนวน 2 ครั้ง และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ โดยให้ความรู้ตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล พร้อมทั้งให้คำปรึกษาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในความดูแล ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้ให้กับผู้ดูแลเรื่องภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความรู้เรื่องทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการให้ความรู้ให้กับผู้ดูแลเรื่องความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียด และการสร้างสัมพันธภาพและความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพ



กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการนำความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเปิดใจต่อกันโดยให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสะท้อนคิดเพื่อทบทวนความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจกันที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอันเกิดจากการสื่อสาร การแสดงออก หรืออารมณ์ และการให้ความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออกเหล่านั้น โดยให้ผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ครั้งที่ 4 การติดตามการนำทักษะการสื่อสารไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธภาพ (ทางโทรศัพท์) เป็นกิจกรรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เรื่องการใช้ภาษาพูดและภาษากายเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และซักถามปัญหาการดูแลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ปัญหา ซักถามถึงวิธีการสร้างสัมพันธภาพจากการสื่อสาร การตอบสนองเชิงบวกการเบี่ยงเบนไม่ขัดใจและเทคนิคอื่น ๆ ที่ใช้สื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ครั้งที่ 5 การติดตามการใช้วิธีการจัดการกับความเครียด (ทางโทรศัพท์) เป็นการซักถามวิธีการจัดการความเครียดที่ผู้ดูแลนำไปใช้ และแนะนำให้ผู้ดูแลใช้การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมกับตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุที่ตนดูแล

ครั้งที่ 6 การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการดูแล การนำความรู้เรื่องทักษะการสื่อสาร และการเผชิญกับความเครียดไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสรุปผลการทดลองที่จะเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูล จึงได้ทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการทดลองนำร่องในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการให้คำปรึกษาตามคู่มือในกลุ่มผู้ดูแลจำนวน 3 คน ความสอดคล้องของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองนำร่อง (Inter-rater reliability) ได้เท่ากับ 0.90 และ 0.92

หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยให้ดำเนินการวิจัยผู้วิจัยทำการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง การลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มทดลองได้เริ่มทำกิจกรรมแรกในสถานพยาบาล และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไปจำนวน 4 ครั้งห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และแจกแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 6 สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรกเพื่อให้ทำแบบสอบถามและนัดหลังจากนั้นอีก 6 สัปดาห์เพื่อทำแบบสอบถามอีกครั้ง หลังจากการทำแบบสอบถามผู้วิจัยแจกคู่มือและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ วิธีการเผชิญความเครียด และ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 23

1. ข้อมูล ทัวไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปร ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที สำหรับข้อมูลคะแนนที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)



3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมโดยใช้สถิติที สำหรับข้อมูลคะแนนที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานะแต่งงาน ในกลุ่มควบคุมผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี รองลงมาคือ 61-70 ปี และ 20-40 ปี ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี รองลงมาคือ 61-70 ปี และ 41-50 ปี ตามลำดับ ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีส่วนผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรีจำนวนเท่า ๆ กัน ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 9000 บาท และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การการดูแล 1-2 ปี จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันในทุกด้าน ดัง

ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	20	76.92	17	65.38	1.55	0.22 ^{ns}
ชาย	6	23.08	9	34.62		
สถานะ						
โสด	6	23.07	7	26.92	0.62	0.84 ^{ns}
แต่งงาน	18	69.23	17	65.38		
ม่าย/หย่าร้าง	2	7.70	2	7.70		
อายุ						
20-40	7	26.92	2	7.69	1.31	0.26 ^{ns}
41-50	9	34.62	7	26.92		
51-60	2	7.69	9	34.62		
61-70	8	30.77	8	30.77		
การศึกษา						
ประถม	3	11.54	7	26.92	3.00	0.09 ^{ns}
มัธยม	5	19.23	5	19.23		
อนุปริญญา	2	7.69	2	7.69		
ปริญญาตรี	15	57.69	7	26.93		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.85	5	19.23		



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้						
≤3,000	5	19.23	7	26.92	0.00	1 ^{ns}
3,001-6,000	3	11.54	4	15.38		
6,001-9,000	3	11.54	3	11.54		
>9,000	15	57.69	12	46.16		
ประสบการณ์การดูแล						
1-2 ปี	19	73.08	19	73.08	0.00	1 ^{ns}
3-5 ปี	7	26.92	7	26.92		

ns= not significant

จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต		t	df	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			
กลุ่มควบคุม	91.38 (13.91)	90.65 (13.54)	-2.17	25	0.27
กลุ่มทดลอง	88.23 (11.99)	97.19 (11.48)	4.05	25	0.00**

*ระดับนัยสำคัญ < 0.05, **ระดับนัยสำคัญ < 0.01

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต		t	df	p-value
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง			
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			
ก่อนทดลอง	91.38 (13.91)	88.23 (11.99)	0.88	50	0.20
หลังทดลอง	90.65 (13.54)	97.19 (11.48)	-2.27	50	0.02*

**p-value<0.01, *p-value<0.05



สรุปและอภิปรายผล

ผลของการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต รวมทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ทักษะการสื่อสาร สัมพันธ์ภาพ และการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต รวมทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการสื่อสาร สัมพันธ์ภาพ และการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบผลการวิจัยในทำนองเดียวกันว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁽¹⁸⁾ การวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ดูแลเป็นผลมาจากการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีขึ้นภายใต้การได้รับความรู้ การมีความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งจะช่วยลดความเครียดในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขขึ้น^(20,22) สำหรับความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร ผลการวิจัยของหลายการศึกษาสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะช่วยให้สัมพันธ์ภาพดีขึ้น^(11,23) และทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมง่ายขึ้น เนื่องจากความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละวันส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อต้านการดูแลของผู้ดูแล และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเมื่อถูกขัดใจ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้

นอกจากนี้ความสามารถในการปรับตัวหรือการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของผู้ดูแลจะช่วยลดความเครียดและความกดดันที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้^(9,24) และการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกอุ่นใจมีที่พึ่ง เหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พบว่าการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ให้กับผู้ดูแล และการช่วยเหลือผู้ดูแลในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลในหลายการศึกษา^(3,6) โปรแกรมการสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพในครั้งนี้ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแล การส่งเสริมการเผชิญความเครียด การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการส่งเสริมทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันกับการศึกษาในผู้ป่วยล้างไตทางหลอดเลือด ซึ่งมีการจัดกิจกรรมในลักษณะคล้ายคลึงกัน และพบว่าทำให้การรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหลอดเลือดหลังเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁵⁾ เช่นกันกับการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลพบว่า สามารถลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เช่นกัน⁽²⁶⁾ แต่สำหรับโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะการสื่อสารบางการศึกษาก็ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁽¹⁷⁾ ซึ่งผลการวิจัยที่ให้ผลต่างกัมน่าจะเกิดจากผู้ดูแลต้องการการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง หรือเมื่อมีปัญหาที่ต่างจากเดิม เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการแตกต่างกันไปในแต่ละวัน หรือเมื่อการดำเนินของโรคแย่ลง ผู้ดูแลน่าจะต้องการแหล่งให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้คำแนะนำในปัญหานั้น ๆ

จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีแนวโน้มลดลง ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองดีขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นเพราะการใช้ชีวิตอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลานานหรือเมื่อการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้ดูแลขาดความเข้าใจในการดูแลและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลได้อย่างเหมาะสม



จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความยากลำบากมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่งลง ดังนั้น ระยะเวลาของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและอาการทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมการดูแลร่วมกับการสร้างบรรยากาศความรักความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพสามารถพิจารณานำความรู้นี้ไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตามความเหมาะสมตามความแตกต่างในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพยาบาลสามารถพิจารณานำความรู้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การสรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการวัดผลการวิจัยก่อนและหลังการทดลองทันที การวัดซ้ำเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นจึงเป็นข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปเพื่อยืนยันผลการวิจัยในระยะยาวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลยังคงดีอยู่หรือไม่ และสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุมตัวแปรที่รบกวนจะช่วยยืนยันผลการวิจัยให้มีความหนักแน่นยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ทุนวิจัยคือ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ทุนววน.) สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงและมีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณท่านผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน ที่สนับสนุนให้กำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. Emmady PD, Schoo C, Tadi P. Major neurocognitive disorder (dementia) [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Dec 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444>
2. De Vries K. Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People* 2013;25(4):30-8.
3. Vun IJ, Cheah WL, Helmy H. Quality of Life and its associated factors among caregivers of patients with dementia-A cross-sectional study in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Neurology Asia* 2020;25(2):165-72.
4. Pessotti CF, Fonseca LC, Tedrus GM, Laloni DT. Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dementia & Neuropsychologia* 2018;12:408-14.
5. World Health Organization. Program on mental health, WHOQOL User Manual [Internet]. 1998 [cited 2022 Dec 22]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Pinijsuwan N, ucamvang K, Nanasil P. Factors predicting quality of life among caregivers of older persons with dementia. *Nursing Journal* 2018;45(2):1-13. (in Thai)
7. Hazzan AA, Dauenhauer J, Follansbee P, Hazzan JO, Allen K, Omobepade I. Family caregiver quality of life and the care provided to older people living with dementia: qualitative analyses of caregiver interviews. *BMC geriatrics* 2022;22(1):1-11.
8. Hidalgo-Troya A, Pantoja-Cordoba A, Sanudo-Velez P, Rocha-Buelvas A. Coping and quality of life in oncologic patients of the province of Narino, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina* 2016;64(2):181-8.
9. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist* 1990;30(5):583-94.
10. Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T, et al. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: a systematic review. *Alzheimer's & Dementia* 2017;13(5):572-81.



11. Komjakraphan P, Karuncharernpanit S, Kemsan S, Kitphaiboonchai T, Setthawatcharawaniche S. Communication-related concerns of family caregivers of older adults living with dementia: A cross-sectional descriptive study. *KJSS* 2021;42(4):795-803.
12. Kim J, Song JA. Personhood communication with persons with dementia: concept analysis. *J Korean Gerontol Nurs* 2021;23(4):406-17.
13. Putri YS, Putra IG, Falahaini A, Wardani IY. Factors associated with caregiver burden in caregivers of older patients with dementia in Indonesia. *IJERPH* 2022;19(19):12437.
14. Aydin HT, Tel H, Guler N, Kocatas S, Gundogdu N. Effect of an educational program on care burden and quality of life for caregivers of patients diagnosed with Alzheimer's disease. *J Health Med Nurs* 2020;75:43-7.
15. Yazdanmanesh M, Esmaeili R, Nasiri M, Vasli P. Relieving care burden and promoting health-related quality of life for family caregivers of elderly people with Alzheimer's disease via an empowerment program. *Aging Clinical and Experimental Research* 2023;35(1):73-83.
16. Romero-Mas M, Ramon-Aribau A, Souza DL, Cox AM, Gomez-Zuniga B. Improving the quality of life of family caregivers of people with Alzheimer's disease through virtual communities of practice: A quasi-experimental study. *International Journal of Alzheimer's Disease* 2021;17:1-10.
17. Pisalsarakij D, Siritipakorn P, Muangpaisan W. Effects of the caregivers training program on quality of life and caregiver burden of caregivers of persons with dementia. *Journal of Nursing and Care* 2020;33(2):63-72.
18. Ballesteros Perez DV, Leguizamo Galvis RP. Effectiveness of communication skills training programs in caregivers of adults with dementia: a review of systematic reviews [Internet]. 2021. [cited 2023 Feb 18]. Available from: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/8568/Ballesteros_P%C3%A9rez_Dalia_Vanessa_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Mahatnirunkul S, Tantipiwattanaskul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Pornmanarangul R. WHOQOL – BREF – THAI [Internet]. 2002 [cited 2022 Aug 18]. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf> (in Thai)
20. Leecharoen P, Pothiban L, Chintanawat R, Khampolsiri T. Factors predicting coping in older people with dementia: a cross sectional study. *Nursing & Health Sciences* 2021;23(3):733-41. (in Thai)



21. Leecharoen P, Aramrom Y, PuthYiwanit S. The pattern of effective Communication skills for older persons with dementia. [unpublished research report]. Songkhla Thailand, Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; 2022.
22. Rippon I, Quinn C, Martyr A, Morris R, Nelis SM, Jones IR, et al. The impact of relationship quality on life satisfaction and well-being in dementia caregiving dyads: findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health* 202;24(9):1411-20.
23. Kwak M, Park S, Ingersoll-Dayton B, Spencer B. Communication and relationship quality in later-life couples coping with dementia. *The Gerontologist* 2015;5(Suppl2):666.
24. Rodriguez-Perez M, Abreu-Sanchez A, Rojas-Ocana MJ, del-Pino-Casado R. Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of life Outcomes* 2017;15(1):1-8.
25. Sotoudeh R, Pahlavanzadeh S, Alavi M. The effect of a family-based training program on the care burden of family caregivers of patients undergoing hemodialysis. *IJNMR* 2019;24(2):144-50.
26. Lertkratoke S, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Nanthamongkolchai S. Effectiveness of thai integrated care program for older people with dementia in the community: a quasi-experimental study. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2021;25(4):510-24.



บทบาทของผู้นำชุมชนที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของสมาชิกในชุมชนในช่วงการ แพร่ระบาดเชื้อ COVID -19

The Role of Community Leaders in Enhancing the Well-Being of Community Members during the Spread of COVID-19

วิทวัส ช้างสร^{1*}, มีชัย ออสุวรรณ²

¹นักวิชาการอิสระ 137 หมู่บ้านเสรี พระรามเก้า ถนนพัฒนาการ 58

แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

²สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร 10900

Vittavat Changsorn^{1*}, Meechai Orsuwan²

¹Independent Scholar, 137 Seri Village Rama XI, Phatthanakan Road 58,

Suan Luang Subdistrict, Suan Luang District, Bangkok 10250

²Division of Educational Administration, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok 10900

*Corresponding authors, e-mail : vittavat.c@ku.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้นำของชุมชนที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ นนทบุรี ขอนแก่น กระบี่ กาญจนบุรี และสุพรรณบุรี ในการเสริมสร้างสุขภาวะของสมาชิกในชุมชน ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นงานเชิงคุณภาพแบบเฉพาะกรณี (Case Studies) ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์และสรุปผลได้มาจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน คือ ผู้นำชุมชน 7 คน และสมาชิกชุมชน 13 คน โดยทำการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน กรกฎาคม 2565 ทั้งนี้ข้อมูลได้ถูกนำมาจำแนก จัดหมวดหมู่และตีความ หลังจากนั้นนำมาเขียนบรรยายเชิงพรรณนา ในประเด็นบทบาทของผู้นำชุมชนที่ส่งเสริมการเสริมสร้างสุขภาวะชุมชน ผลการวิจัยพบว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญ อย่างยิ่งต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกในชุมชนตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ใน 8 บทบาทด้วยกัน คือ “นักสร้างแรงบันดาลใจ” “ผู้สร้างพื้นที่การเรียนรู้สู่สาธารณะ” “ผู้สร้างผู้นำ” “มือประสาน” “ผู้ระดมทรัพยากร” “ผู้สร้างสันติ” “ผู้สร้างทุนมนุษย์” และ “นักประชาสัมพันธ์และสื่อสาร” จากผลการศึกษา (เอาไปใช้ประโยชน์ได้ อย่างไร)

คำสำคัญ: ผู้นำชุมชน สุขภาวะชุมชน การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม



Abstract

The purpose of this qualitative research was to examine the community leaders' roles in enhancing the well-being of community members who resided in Bangkok, Samutprakarn, Nonthaburi, Khonkaen, Krabi, Kanchanaburi and Suphanburi during the COVID-19 pandemic. Using case studies as a research design, the researchers collected data through In-depth Interviews with 20 Key Informants (7 community leaders and 13 community members) to interpret the roles of the community leaders in enhancing the well-being of community members during the spread of COVID-19. The data were collected during October 2021 and October 2022. The research found that their community leaders took on eight (8) vital roles: motivator, learning space creator, leader maker, facilitator, fundraiser, peacemaker, human resource creator, and public relation and communicator.

Keywords: leadership, community well-being, participatory communication

บทนำ

สุขภาวะชุมชน คือ ความ “อยู่ดีมีสุข” ของสมาชิกในชุมชน มี 5 องค์ประกอบ คือ หนึ่ง สุขภาวะทางกาย เนื่องจากบุคคลมีสุขภาพและสมรรถภาพร่างกายที่ดี สามารถทำกิจกรรมอย่างเต็มศักยภาพ โดยปราศจากความเจ็บป่วยทางกายที่จะลดผลิตภาพของตน⁽¹⁾ สอง สุขภาวะทางใจ เกิดจากคนในชุมชนมีความพึงพอใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าของตัวเองและผู้อื่น⁽²⁾ สาม สุขภาวะทางเศรษฐกิจ เกิดจากสมาชิกในชุมชนที่สามารถสร้างรายได้จากการมีงานทำ เพื่อนำไปใช้จ่ายใช้สอย อดออมและชำระหนี้ เพื่อให้ตนเองมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ⁽³⁾ สี่ สุขภาวะทางสังคม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เพื่อความอยู่รอดอย่างมีความสุขในสังคม⁽⁴⁾ และ ห้า สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม เกิดจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน กิจกรรมพัฒนาชุมชนและสิ่งแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่โดยรวม⁽⁵⁾ เป็นต้น

การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID -19 ตลอดระยะเวลาเกือบ 3 ปีที่ผ่านมาทำให้การดำเนินชีวิตและทัศนคติของคนเปลี่ยนไป โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีกลุ่มคนพักอาศัยในลักษณะของ “ชุมชน” ที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กันอยู่เสมอ การใช้ชีวิตในแบบใหม่บนโลกใบเดิมจำเป็นที่คนในชุมชนต้องเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พฤติกรรม และการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อช่วยเฝ้าระวัง ตัดวงจรการแพร่ระบาด คัดกรอง ส่งและช่วยให้ผู้ที่หายป่วยได้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติ รวมไปถึงการช่วยเหลือซึ่งกันระหว่างสมาชิกในเรื่องเศรษฐกิจ กิจกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากสมาชิกชุมชนทุกคนในชุมชนต้องมีผลประโยชน์ร่วมกัน ร่วมมือในการสร้าง ถ่ายทอดและดำรงไว้ซึ่งความรู้อันจะทำให้สุขภาวะชุมชนเกิดขึ้น โดยผ่านการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้และความร่วมมือกันในเชิงรุก โดยใช้ความแข็งแกร่งของสังคมและความสัมพันธ์ของสถาบันทางสังคม เพื่อนำมาสู่การพัฒนาสุขภาวะชุมชน⁽⁶⁾ ซึ่งเกิดจากการศึกษาชุมชนในด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และระบบคิด⁽⁷⁾ โดยใช้กระบวนการที่มีแบบแผน มีลักษณะเฉพาะที่ตอบโจทย์



บริบทของแต่ละชุมชน ใช้ความรู้ภูมิปัญญาทั้งภายในและภายนอกชุมชน สร้างประสบการณ์ให้แก่สมาชิก เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ดำเนินการ ประเมินผล และสะท้อนผล วัตถุประสงค์ไม่ได้ถูกกำหนดไว้ตายตัว ไม่นิมนำผู้มีส่วนร่วมให้ยอมรับข้อเสนอที่กำหนดไว้ล่วงหน้า แต่ชี้ชวนให้สำรวจสถานการณ์ และนิยามการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวของเขาเอง⁽⁸⁾ บนพื้นฐานประชาธิปไตยและความยุติธรรมที่ไปถึงคนรากหญ้า ยากจน และคนชายขอบ เน้นคนเป็นศูนย์กลาง สร้างโอกาสและปฏิบัติต่อทุกข้อเสนออย่างเท่าเทียม สร้างฉันทามติร่วมกัน ผ่านการสื่อสารในพื้นที่สาธารณะ (public sphere) ในระดับพื้นที่⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นทั้งพื้นที่ทางกายภาพ และพื้นที่สื่อสารที่บุคคลมารวมกลุ่มกันเพื่อประนีประนอม แสดงออก แลกเปลี่ยน ประกอบกิจกรรม ในประเด็นที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน⁽¹⁰⁾

ทุกวันนี้ปัญหาในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเป็นปัญหาจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการสั่งจากบนลงล่าง (top-down) ที่มีคำสั่งหรือแนวทางมาจากส่วนกลาง⁽¹¹⁾ ที่กำหนดผลลัพธ์ไว้ล่วงหน้า การแก้ไขปัญหาก็มักไม่ตรงกับความต้องการของชุมชน คงเป็นเรื่องยากในการให้ส่วนกลางปรับเปลี่ยนนโยบาย วิธีการที่ชุมชนสามารถทำได้คือการสร้างชุมชนให้แข็งแรง มีอำนาจต่อรองกับเครือข่ายภายนอก⁽¹²⁾ โดยบทความนี้ได้เสนอแนวทางการพัฒนา สุขภาวะชุมชน และบทบาทผู้นำชุมชนที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านสุขภาวะชุมชนที่เกิดจากการสร้างความร่วมมือกันในชุมชน และการสนับสนุนจากภายนอกอย่างมีความสมดุลทางอำนาจ นอกจากนี้ชุมชนยังมีการวางแผนและปฏิบัติอย่างยืดหยุ่น ที่สอดคล้องกับสังคมสมัยใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงเร็ว และมีความท้าทายใหม่ ๆ เกิดขึ้นมาอยู่เสมอ

ในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชนที่มีความแตกต่างหลากหลายทั้งในเรื่องภูมิโนวัณและวัฒนธรรม แต่ละชุมชนจำเป็นต้องมี “ศูนย์รวมของชุมชน” (community focal point) ที่ผู้นำชุมชนสามารถ “สวมบทบาท” ที่หลากหลายตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และเป็นพื้นที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและขับเคลื่อนสุขภาวะของสมาชิก⁽¹³⁾ ในปัจจุบันตำแหน่งผู้นำไม่ผูกขาดแก่ผู้ใดผู้หนึ่งเป็นการถาวร แต่เป็นบทบาทชั่วคราว มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนระหว่างคนในองค์กรตามแต่สถานการณ์ความต้องการในขณะใดขณะหนึ่ง บางองค์กรมีโครงสร้างที่สลับซับซ้อน ดังนั้นบุคคลในองค์กรในลักษณะนี้สามารถสวมบทบาทผู้นำและผู้ตามไปพร้อมกัน บนพื้นฐานของผลประโยชน์และความเชี่ยวชาญ⁽¹⁴⁾ ความเป็นผู้นำไม่ใช่สิ่งที่มีโดยกำเนิดและสร้างได้ ผู้นำคือผู้ได้รับมอบหมายจากกลุ่มให้เป็นผู้ที่รับผิดชอบ กำหนดทิศทางของกลุ่ม และมีอำนาจตัดสินใจ มีอิทธิพลต่อสมาชิกเพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน⁽¹⁵⁾ แนวคิดที่สำคัญในปัจจุบันคือ “ผู้นำเหนือผู้นำ” โดย ดารุวรรณ ถวิลการ⁽¹⁶⁾ เสนอว่า ผู้นำคือผู้กระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมในการนำตนเองในองค์กร โดยการทำตนให้เป็นแบบอย่าง เพิ่มความมั่นใจ และอิสระของผู้ร่วมงาน เพื่อให้สมาชิกสามารถพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงสุดของแต่ละบุคคลได้ ฉะนั้น ผู้นำควรเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ มีความริเริ่มสร้างสรรค์ ซื่อสัตย์ สามารถวางแผนงานและกำหนดเป้าหมายได้ มีความจริงใจ อ่อนน้อมถ่อมตน และมีความมุ่งมั่น เป็นต้น การกิจที่สำคัญในการเป็นผู้นำชุมชนคือ สร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ เป็นตัวกลางในการจัดการความรู้ สร้างความร่วมมือกันและเกิดการเรียนรู้ ที่ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม หากชุมชนไม่สามารถรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงก็มักนำไปสู่การขาดการพัฒนาด้านทรัพยากรมนุษย์ ชุมชนอ่อนแอ ทุนทางสังคมมีความสำคัญน้อยลง ขาดการมีส่วนร่วม และจิตสาธารณะ เป็นต้น⁽¹⁷⁾ ดังนั้นผู้นำชุมชนจึงเป็นทั้งหัวเรือใหญ่ที่นำการเปลี่ยนแปลง เป็นคนกลางที่ประสานความร่วมมือ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในชุมชน จากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบการศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชนกับพฤติกรรมสุขภาวะของสมาชิกในชุมชน เช่น



งานวิจัยของ นฤกร ไชยสุทธักษิณและคณะ⁽¹⁸⁾ และงานวิจัยของ สมพันธ์ เตชะอธิกและวินัย องค์กรอาสา⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาสนับสนุนการสร้างสุขภาวะในพื้นที่และชุมชนโดยใช้ผู้นำเป็นพื้นที่เฝ้าระวังหลัก หรือ “ผู้นำสุขภาพ” ในการขับเคลื่อน “ชุมชนสุขภาวะ” อย่างไรก็ตามงานวิจัยเหล่านี้จัดทำขึ้นในภาวะการณ์ที่ปกติ และเป็นการพูดถึงบทบาทผู้นำชุมชนที่สร้างสุขภาวะพื้นฐานในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ไม่ได้เจาะจงบทบาทของผู้นำในสถานการณ์วิกฤต เช่น ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ “ไม่ปกติ” ที่ผู้นำชุมชนอาจต้องมีการปรับตัวและสวมบทบาทที่แตกต่างจากการเป็น “ผู้นำสุขภาพ” ในสถานการณ์ปกติ เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวชุมชนมีลักษณะของการเป็น VUCA (ผันผวน ยากจะคาดเดา ฉับพลันไม่ทันตั้งตัว) ที่ผู้นำชุมชนต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับทุกฝ่ายทั้งภายในชุมชนและหน่วยงานภายนอก เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงเกินกว่าที่คนในชุมชนจะสามารถรับมือได้โดยลำพัง ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงได้มีการกำหนดขอบเขตเวลาของการวิจัยในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 ทั้งนี้กำหนดขอบเขตพื้นที่การวิจัยให้ครอบคลุมชุมชนในหลายพื้นที่ของประเทศทั้งในกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ นนทบุรี ขอนแก่น กระบี่ กาญจนบุรี และสุพรรณบุรี บางชุมชนอยู่ในเมือง บางชุมชนอยู่นอกเมือง เพื่อวิเคราะห์บทบาทของผู้นำชุมชนในสถานการณ์วิกฤตที่สามารถสะท้อนบทบาทหน้าที่ของการเป็น “ผู้นำสุขภาพ” ได้หลากหลาย สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชนที่ส่งเสริมการเสริมสร้างสุขภาวะของสมาชิกชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานเชิงคุณภาพแบบเฉพาะกรณี (Case studies) ที่เชื่อว่าบุคคลมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามยังมีบางอย่างที่เป็นจุดร่วมกันภายใต้ภาวะการณ์ที่แตกต่างกัน โดยศึกษาข้อมูลเอกสาร ศึกษาชุมชนสุขภาวะ 7 แห่ง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคนในแต่ละชุมชน ๆ ละ 1 - 3 คน ในกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ นนทบุรี ขอนแก่น กระบี่ กาญจนบุรี และสุพรรณบุรี โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและชื่อชุมชน ใช้ประเด็นคำถามเกี่ยวกับบทบาทผู้นำชุมชน และสุขภาวะชุมชน ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้ **ประการที่ 1** การศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีจาก บทความวิจัย บทความวิชาการ วิทยานิพนธ์และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้นำ สุขภาวะชุมชน การเรียนรู้ชุมชน และการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย **ประการที่ 2** ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยคัดเลือก 7 ชุมชนเป็นพื้นที่ในการวิจัย **ประการที่ 3** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนจำนวน 7 คน (จาก 7 จังหวัด) และสมาชิกในชุมชน ๆ ละ 1 - 2 คน เป็นการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการลงสนามเพื่อเก็บข้อมูล 3-4 ครั้ง (ช่วงแรกของการแพร่ระบาดของเชื้อโรค และช่วงที่เชื้อโรคโควิดแพร่ระบาดอย่างรุนแรงแล้ว) ต่อหนึ่งชุมชน เพื่อได้ข้อมูลด้านบทบาทของผู้นำชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนของแต่ละชุมชน และนำไปผนวกกับการศึกษาเอกสาร และพัฒนาเป็นลักษณะบทบาทของผู้นำที่ส่งเสริมการสร้างสุขภาวะสมาชิกในชุมชน **ประการที่ 3** การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีเชิง



คุณภาพ แบบอุปนัย จำแนกประเภทจัดหมวดหมู่ สร้างข้อสรุป และตีความหมาย ในรูปแบบบรรยายเชิงพรรณนา ครอบคลุมในเรื่องบทบาทของผู้นำชุมชนที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของสมาชิกในชุมชนในช่วงการระบาดของเชื้อโรค COVID-19

สถานที่ศึกษา (settings) ทั้งสิ้น 7 ชุมชน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกชุมชนดังนี้ หนึ่ง เป็นชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น เช่น อาคารชุดและชุมชนแออัดที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ นนทบุรี ขอนแก่น กระบี่ กาญจนบุรี และสุพรรณบุรี สอง เป็นชุมชนที่มีประชากรไม่เกิน 20,000 คน มีกิจกรรมด้านสุขภาวะอย่างน้อยเดือนละครั้ง และสามเป็นชุมชนที่เคยได้รับรางวัลด้านสุขภาวะชุมชนในระดับท้องถิ่นถึงระดับประเทศ ทั้งนี้ชุมชนทั้ง 7 แห่ง ประกอบด้วย 1) ชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 2) ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี 3) ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ 4) ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี 5) ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ 6) ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น และ 7) ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี

การเลือกผู้ให้ข้อมูล ในงานวิจัยนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนทั้งสิ้น 20 คน จำแนกเป็นประธานชุมชน 7 คน และสมาชิกชุมชนที่เห็นแกนนำชุมชน ๆ ละ 1 - 2 คน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งแจ้งกับผู้ให้ข้อมูลทราบว่า มีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ จากนั้นทำหนังสือถึงประธานชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องงานที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดสัมภาษณ์

วิธีการเก็บข้อมูล 1) การศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีจาก บทความวิจัย บทความวิชาการ วิทยานิพนธ์และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้นำ สุขภาวะชุมชน การเรียนรู้ชุมชน และการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก 3) การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม โดยการสังเกตกิจกรรมของชุมชน สภาพแวดล้อมและความเป็นระเบียบเรียบร้อย 4) ข้อมูลจากสื่อของชุมชนคือ Facebook และเวปเพจ โดยเก็บข้อมูลจนกระทั่งอิ่มตัวหรือมีข้อทักทายหรือสงสัยอื่น ๆ อีก

เค้าโครงการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลจำเพาะของชุมชน และประวัติชุมชน 2) การดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมสุขภาวะในชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 3) หลักการ/แนวคิดที่ผู้นำชุมชนใช้ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาวะ ในสถานการณ์ COVID-19 4) ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขในการดำเนินงานด้านสุขภาวะชุมชน 5) บทบาทของผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนสุขภาวะในชุมชน

จริยธรรมในการเก็บข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเท่าที่จำเป็น และบอกตำแหน่งสถานที่ศึกษากว้าง ๆ เพื่อยกในการระบุพื้นที่/ตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีเชิงคุณภาพ แบบอุปนัย จำแนกประเภทจัดหมวดหมู่ สร้างข้อสรุป และตีความหมาย ในรูปแบบบรรยายเชิงพรรณนา ครอบคลุมในเรื่องบทบาทของผู้นำชุมชนที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของสมาชิกในชุมชนในช่วงการระบาดของเชื้อโรค COVID-19 การตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากประธานชุมชน โดยการสัมภาษณ์แกนนำคนอื่นในชุมชนนั้น ๆ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้มีการถอดบทสัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียง (ถ้าได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล) แบบคำต่อคำ บทสัมภาษณ์สังเกตการณ์สภาพแวดล้อมชุมชน เช่น ความสะอาดและความเป็นระเบียบ เป็นต้น รวมทั้งสังเกตกิจกรรมของชุมชน ติดตาม Facebook ของชุมชนเพื่อ



ทราบข่าวสารกิจกรรมของชุมชน ทั้งหมดนี้เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะผู้วิจัยสิ้นสุดการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อธีมเกิดการอิ่มตัว (Thematic saturation) ไม่มีประเด็นใหม่ที่เกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยถามความสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนเข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว คณะผู้วิจัยตกลงกับผู้ให้ข้อมูลว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ โดยข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย 3 ปี เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ลำดับ	ที่อยู่	อายุ	เพศ	ตำแหน่งในชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่หนึ่ง	ชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาษีเจริญ	78	หญิง	ประธานชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่สอง	ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี	41	ชาย	ประธานชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่สาม	ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ	36	ชาย	ประธานชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่สี่	ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี	49	หญิง	ประธานชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ห้า	ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่	51	หญิง	ประธานชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่หก	ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น	62	ชาย	ประธานชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่เจ็ด	ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี	51	ชาย	ประธานชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาษีเจริญ เป็นหญิงอายุเกือบ 80 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านการศึกษา อดีตข้าราชการครู เคยเป็นเลขาชุมชนหลายสิบปี ก่อนรับตำแหน่งประธานชุมชนเมื่อ พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน กระฉับกระเฉง อธิบายได้ดี มีความสามารถในการสื่อสาร ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เป็นชายอายุประมาณ 40 ต้น ๆ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขานิติศาสตร์ และสาขารัฐศาสตร์ และกำลังศึกษาด้านบริหารธุรกิจ เริ่มดำรงตำแหน่งประธานชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ถึงปัจจุบัน มีความเป็นทางการ อธิบายได้ดี มีความสามารถในการสื่อสาร ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ เป็นชายอายุประมาณ 30 กลาง ๆ จบการศึกษาด้านวิศวกรรม สาขาอุตสาหกรรม และกำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขารัฐประศาสนศาสตร์ ดำรงตำแหน่งประธานชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ถึงปัจจุบัน อธิบายได้ดี มีความสามารถในการสื่อสารและมีความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นพิเศษ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 ผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นหญิงอายุประมาณ 50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เคยทำงานเป็นครูโรงเรียนเทศบาลก่อนออกมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ดำรงตำแหน่งประธานชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2555 ถึงปัจจุบัน เป็นคนจริงจัง ไม่ค่อยพูด เป็นผู้ริเริ่มจัดตั้งวิสาหกิจชุมชน ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 ผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ เป็นหญิงอายุประมาณ 50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโท เป็นลูกและหลานของอดีตผู้นำชุมชน ดำรงตำแหน่งประธานชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2558



ถึงปัจจุบัน สนใจเทคโนโลยีสมัยใหม่ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นชายอายุประมาณ 60 ปี เคยเป็นทหาร ดำรงตำแหน่งประธานชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ถึงปัจจุบัน สนใจเรื่องการเมืองและสหกรณ์ การเกษตร ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 ผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี เป็นชายอายุประมาณ 50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโท ทำสวนอินทผลัม เป็นลูกชายของอดีตกำนันในพื้นที่ ดำรงตำแหน่งประธานชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2556 ถึงปัจจุบัน สนใจการลงทุนและพัฒนาอสังหาริมทรัพย์

ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์บทบาทของผู้นำชุมชนที่ส่งเสริมการเสริมสร้างสุขภาวะของชุมชนได้ดังนี้

1) ผู้สร้างแรงบันดาลใจ ขั้นตอนเริ่มต้นในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ผู้นำชุมชนมีบทบาทอย่างมากในการสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาวะชุมชนผ่านการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสื่อสารออนไลน์ สิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว การไปเยี่ยมบ้าน สภากาแพ สนทนาแลกเปลี่ยนมุมมองทัศนคติในประเด็นต่าง ๆ โดยทุกคนต้องมีส่วนร่วมหรือบทบาทในการสนทนา⁽²⁰⁾ และวิธีการอื่น ๆ เพื่อเข้าถึงสมาชิกทุกกลุ่ม ซึ่งก็คือบทบาทของการเป็นผู้จุดประกาย การเริ่มต้นคือสิ่งที่สำคัญมาก เพราะหากไม่มีการเริ่มต้นก็ไม่มีสิ่งอื่น ๆ ตามมา อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป มีส่วนสำคัญหรือกระตุ้นให้เกิดการจุดประกายในการพัฒนาสุขภาวะชุมชน เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติ การเป็นเมืองอย่างรวดเร็ว และการลดลงของชนบท การเปลี่ยนแปลงที่ชุมชนไม่ได้เลือกเอง เป็นต้น⁽²¹⁾ ในกรณีนี้ ชุมชนอาจมีความตระหนักถึงปัญหาอยู่แล้วเพราะ COVID-19 เป็นปัญหาระดับโลก บทบาทของผู้นำคือ การจุดประกายให้เกิดการเริ่มต้น นอกจากนี้ผู้นำชุมชนต้องกระตุ้นสร้างแรงจูงใจต่อชุมชนและเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสร้างกิจกรรมระหว่างชุมชนกับเครือข่ายภายนอก ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึกดังนี้

“กิจกรรมบางอย่างแรก ๆ ไม่ค่อยมีคนร่วมก็ต้องแสดงให้ลูกบ้านเห็น เช่น การเข้าค่ายเยาวชนที่จัดโดยเขต เริ่มแรกไม่มีใครสนใจ ก็เปลี่ยนมาจัดที่ชุมชนแทน พอลูกบ้านเห็น (ว่ามีกิจกรรมที่น่าสนใจ) จากนั้นมา ก็แย่งกันไป (ร่วมงาน) ที่เขต” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 2022 Jul 13)

“ในช่วงที่ต้องการแรงจูงใจให้คนในชุมชนในหน้ากากในที่สาธารณะเป็นอะไรที่ยากมาก คนเค้าไม่ชิน และไม่มีหน้ากากด้วย เราต้องเป็นตัวอย่างให้เค้าให้เห็นว่าเราใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา แรก ๆ คนดูเราเป็นตัวประหลาด ตอนหลังพอเราเล่าข่าวการเสียชีวิตของคนจีนและฝรั่งที่เป็นโควิดเรื่อย ๆ เค้าก็กลัวกัน มาใส่หน้ากากแบบเรา คนที่ไม่ใส่หน้ากากกลายเป็นคนประหลาดเสียเอง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 2022 Oct 7)

การสร้างแรงจูงใจโดยการปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่างจะเป็นสิ่งที่สำคัญสุด ดังที่ผู้นำชุมชนหลายคนเล่าให้ฟัง

“ผมนี้ทั้งชุดทั้งสิ่งเลนนะเรื่องใส่หน้ากาก เราต้องใส่เองก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, 2022 Jul 14)

“สอนวิธีการใส่หน้ากากให้ถูกต้อง ล้างมือ อยู่ห่าง ๆ กัน เค้านี้กลัวเราหลบหน้า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 2022 Oct 3)



2) ผู้สร้างพื้นที่การเรียนรู้สู่สาธารณะ ผู้นำชุมชนส่งเสริมให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนทุกฝ่าย เรียนรู้ แลกเปลี่ยน เสนอความคิดเห็นได้อย่างอิสระและเท่าเทียมกัน เพื่อสร้างความรู้ที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาวะชุมชน ในสถานการณ์ COVID - 19 โดยสร้างพื้นที่สาธารณะ (Public Space) ที่เน้นความเท่าเทียมกันของตัวแทนการพัฒนา กับผู้เป็นหุ้นส่วน เป็นการสื่อสารสองทาง ไม่มีการออกคำสั่ง ไม่มีฝ่ายหนึ่งแสดงบทบาทที่สื่อให้เห็นถึงความเหนือกว่า⁽²²⁾ ซึ่งจำแนกเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ 1) ระบุปัญหา โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหารือกัน 2) การวางแผน คือ โดยชุมชนกับเครือข่ายร่วมกันกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ วิธีการประเมิน และรายละเอียดอื่น ๆ เช่น การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลและแต่ละฝ่าย เป็นต้น บทบาทสำคัญของผู้นำคือ กระตุ้นให้ทุกฝ่ายทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ อิสระและเท่าเทียมกัน 3) การปฏิบัติการ คือ ทำตามแผนการที่วางไว้ และปรับปรุงแผนโดยนำผลจากการประเมินและสะท้อนผลมาพิจารณา สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ แต่ไม่จำเป็นต้องทำตามแผนการ “เป๊ะ ๆ” แต่ควรเน้นความยืดหยุ่นความเหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทในเวลานั้น ๆ บทบาทสำคัญของผู้นำในช่วงนี้ก็คือ ประสานงานและกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจกับทุกฝ่ายให้ปฏิบัติการอย่างกระตือรือร้น ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึกดังนี้

“...จึงคิดว่าควรใช้หลักนิติศาสตร์ร่วมกับหลักรัฐศาสตร์ ในการดูแลอาชญากรรมเราต้องรู้กฎหมายอยู่ แล้ว แต่นิติศาสตร์มันค่อนข้างตายตัวไม่ยืดหยุ่นเท่ารัฐศาสตร์ ถ้ามีปัญหาอะไรใช้การพูดคุยเจรจา กัน หรือผ่อนผันกันไป” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 2022 Jul 28)

“อย่างคนแก่หรือเด็กก็อาจจะไปบังคับเค้าไม่ได้ เราพูดเองเค้าไม่ฟัง ต้องให้คนที่บ้านเค้าพูด เค้าไม่รู้ หรือกว่าเราเป็นผู้นำชุมชนอะไรนี่ ต้องให้वानให้คนที่บ้านเค้าที่เข้าใจเราช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, 2022 Oct 7)

“ให้พระช่วยพูดผ่านวิทยุชุมชนก็ทำมาแล้ว นิมนต์ท่านมาพูดบ่อย ๆ คนฟังบ่อย ๆ ก็เรียนรู้ไปเอง อ่าง ดารา นักร้องคนโน้นคนนี่ที่ติดโควิดก็มี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, 2022 Oct 13)

3) การสะท้อนผล ควรทำระหว่างปฏิบัติการเป็นระยะ ๆ และสะท้อนผลในภาพรวมเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน การสะท้อนผลคือ การทบทวนหรือไตร่ตรองประสบการณ์ที่ได้รับว่ามีความสำคัญอย่างไร เช่น ทำไม่กิจกรรมบางอย่างถึงประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว มีบางสิ่งขัดขวางการบรรลุเป้าหมายหรือไม่ จะหลีกเลี่ยงความผิดพลาดอย่างไร⁽²³⁾ ซึ่งก็คือกระบวนการวิพากษ์ กระบวนการของความพยายามในการตีความ และให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่ประสบ⁽²⁴⁾ ตัวอย่าง เช่น กิจกรรมการณรงค์เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโรค COVID-19 ในช่วงแรก ที่คนยังไม่กล้าที่จะฉีด เมื่อกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้วต้องมีการประเมินและสะท้อนว่ากิจกรรมนี้ช่วยให้คนในชุมชนรู้และเข้าใจ ผลดีและผลข้างเคียงอันเกิดจากการฉีดวัคซีนหรือไม่และเพียงใด อะไรที่ทำแล้วสำเร็จและไม่สำเร็จ พร้อมทั้งพิจารณาว่า การดำเนินการก่อให้เกิดประสบการณ์อะไร เช่น การเรียนรู้ร่วมกัน การแบ่งงานกันทำ การบริหารจัดการ การสร้างอำนาจต่อรองกับเครือข่าย และอื่น ๆ บทบาทที่สำคัญของผู้นำคือ กระตุ้นให้ทุกฝ่ายพิจารณาอย่างใคร่ครวญต่อการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน และในภาพรวมทั้งหมด ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไข พัฒนา ปรับปรุง ปรับตัว รับมือต่อกับวิกฤต COVID - 19 และสถานการณ์อื่น ที่อาจเกิดขึ้นกับชุมชนต่อไปในอนาคต ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึกดังนี้



“ในเริ่มแรกเขา (มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง) ก็เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนทุกด้าน รวมทั้งความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ จากนั้นค่อย ๆ ปลอมให้เราทำกันเองมากขึ้นเรื่อย ๆ ดูเล่ห์ต่าง ๆ ...ปลอมให้ชุมชน ดำเนินงาน ปรัชญาหรือ แก่ปัญหา ด้วยตนเอง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 2022 Jul 13)

หรือแม้แต่กิจกรรมที่เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 โดยตรง

“เราต้องให้เค้าทำกันเอง ช่วยเค้าต่ออย่าไปเจ้ากี้เจ้าการทุกอย่าง ถ้าชาวบ้านเค้าลงมือทำกันเอง เค้า มีส่วนร่วม เค้ารู้ว่าเองว่าดีไม่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 2022 Oct 7)

3) ผู้สร้างภาวะผู้นำให้กับสมาชิกในชุมชน ผู้นำควรเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกที่ปล่อยให้สมาชิกคนอื่นได้แสดง บทบาท ความสามารถตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ส่งเสริมสนับสนุนแจกจ่ายงานและกระจายความรับผิดชอบ ให้แก่ผู้นำระดับรอง ๆ ลงมา ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งในสถานการณ์ COVID – 19 ที่ประธานชุมชนคนเดียวไม่มีทางรับมือ กับสถานการณ์ดังกล่าวได้ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่ใช่รอแต่รับคำสั่ง ซึ่งนอกจากเป็นการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมแล้วยังเป็นการเสริมสร้างความเป็นผู้นำกับสมาชิกคนอื่น ๆ รวมทั้งลดภาระของผู้นำ ฉะนั้นการ ดำเนินงานในทุกขั้นตอนนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึกดังนี้

“เริ่มแรกนั้น (ประธานชุมชน) ทำเองแทบทุกอย่าง แต่ต่อ ๆ มาก็ค่อย ๆ กระจายงานให้คนอื่น ๆ ทำ ... การใช้คนต้องดูคนให้ดี ต้องเลือกดูความเหมาะสม อย่างโครงการ... ให้เลขาฯ การชุมชนไปดูแลแทน ... (คนอื่น) ได้โอกาสแสดงความสามารถ (และ) ลดภาระของประธานชุมชน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 2022 Jul 13)

“นำคนเดียว ทำคนเดียว ไม่ไหวหรอก มันต้องเกิดจากเรา แล้วเค้าเอาไปนำ ไปพูดกับคนอื่นต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 2022 Oct 3)

4) ผู้เชื่อมโยงเครือข่าย โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกชุมชน เนื่องจาก สถานการณ์ COVID – 19 เป็นปัญหาใหญ่เกินกว่าชุมชนจะรับมือได้โดยลำพัง เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนา สุขภาวะชุมชนและรับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยติดต่อประสานงานไปยังเครือข่ายภายนอก เพื่อสร้างความร่วมมืออย่าง เป็นรูปธรรมภายในชุมชนเองและระหว่างชุมชนกับเครือข่ายภายนอก เพื่อรับผลประโยชน์ร่วมกัน และเพื่อนำ ทรัพยากรจากเครือข่ายภายนอก (ที่ชุมชนอาจขาดหรือไม่เพียงพอ) มาพัฒนาชุมชน เช่น ความรู้ ทักษะ งบประมาณ เป็นต้น ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึกดังนี้

“... ชุมชนควรทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานในระดับพื้นที่ เพื่อ เพิ่มความสะดวกและความสำเร็จ เพราะ(ทรัพยากรบางอย่าง)ลำพังเพียงแต่ในชุมชนอาจไม่มีหรือมี ไม่เพียงพอ อย่าง(ความรู้)ด้านสุขภาพ และผู้ชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 2022 Jul 28)

“ตอนสถานการณ์การระบาดรุนแรง ถ้าเราไปรู้จักใครเลย คนข้างนอกเค้าไม่รู้หรอก ประสานมันไป ทุกที่ มีอยู่ช่วงคนติดโควิดกันเกือบทั้งหมู่บ้าน ขึ้นยังไปออกทีวีเลย ขอความช่วยเหลือเค้า” (ผู้ให้ ข้อมูลรายที่ 4, 2022 Oct 13)



5) ผู้สร้างช่องทางรายได้ ในสถานการณ์ COVID -19 กระทั่งถึงรายได้ของสมาชิกในชุมชน ผู้นำชุมชนจึงต้องเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการหารายได้เข้าชุมชนโดยการสร้างอาชีพ ในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนควรใช้เงินจากเครือข่ายมากกว่าใช้เงินของชุมชนเอง ทุนทางสังคมที่ควรใช้น้อยที่สุดคือ ทุนทรัพย์ ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของผู้นำชุมชน ต้องเป็นผู้จัดหาทุนทรัพย์หรืองบประมาณจากเครือข่ายภายนอก หรือมีบทบาทเป็นผู้สร้างช่องทางรายได้ มากกว่าจะนำเงินหรือทุนทรัพย์ออกมาใช้เอง ส่วนเงินหรือรายได้ของชุมชนควรใช้ในการหล่อเลี้ยงองค์กรก่อน เช่น ค่าสาธารณูปโภค เงินเดือนพนักงาน ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ดังนี้

“รายจ่ายประจำของสำนักงาน เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ เงินเดือนพนักงาน เราใช้จากเงินของชุมชนเอง ที่มาจากค่าส่วนกลาง ส่วนงานพัฒนาเราใช้จ่ายเงินของเครือข่าย ... ผู้นำควรเขียนโครงการเพื่อขอทุนเป็น ดึงงบภายนอกมาช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 2022 Jul 28)

“คนตกงานเยอะ อยู่บ้านเฉย ๆ เด็กเดือดร้อน เราต้องประสานกับหน่วยงานกับคนข้างนอก ของงานขอความช่วยเหลือเค้า ขอบ่อย ๆ ก็เกรงใจเค้า” 25 (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 2022 Oct 7)

6) ผู้สร้างสันติ ในสถานการณ์ปกติและในสถานการณ์ COVID -19 สิ่งที่ทำเป็นอย่างขาดไม่ได้คือ การสร้างอำนาจต่อรองกับเครือข่ายภายนอก เพื่อประโยชน์สูงสุดและศักดิ์ศรีของชุมชน เพื่อรับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยชุมชนสามารถรับสิ่งที่ตนต้องการ และปฏิเสธสิ่งที่ตนไม่ต้องการได้ ไม่ใช่ชุมชนเป็นฝ่ายรับคำสั่งหรือรอรับความช่วยเหลือแต่ฝ่ายเดียว ซึ่งการสร้างสมดุลนี้มาจากการเจรจาต่อรอง ผลลัพธ์ที่ออกมาคือ ข้อตกลงร่วมกัน ที่ไม่ใช่คำสั่ง สิ่งนี้ไม่สามารถเกิดขึ้นเอง แต่เป็นสิ่งที่ชุมชนต้องกระทำร่วมกัน ตั้งแต่ผู้นำชุมชนที่มีความสามารถนำเสนอชุมชนตนเองต่อเครือข่ายอย่างน่าสนใจพร้อมข้อมูลที่พร้อมเพรียง ผู้นำระดับรองลงมาจนถึงสมาชิกชุมชนโดยรวมแสดงความพร้อมและกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง เพื่อให้เครือข่ายมั่นใจว่าการดำเนินการร่วมกับชุมชนจะไม่สูญเปล่า และได้ผลประโยชน์ร่วมกันทั้ง 2 ฝ่าย ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ดังนี้

“ชุมชนทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอก แบบ win-win คือได้ประโยชน์ด้วยกันทั้ง 2 ฝ่าย อย่างถ้ามีราชการจะมาฝึกอบรมให้ชุมชน ก็ต้องเตรียมสมาชิก (จำนวนที่เหมาะสม) เตรียมความพร้อมอื่น ๆ สถานที่ให้พร้อมอย่างเต็มที่ ร่วมมืออย่างเต็มที่ และเมื่อต่อไปเราร้องขออะไรไปเครือข่ายเขาก็เต็มที่ กลับมาเช่นกัน ต่างคนต่างได้รับประโยชน์ ไม่ใช่อีกฝ่ายหนึ่งได้ประโยชน์แต่อีกฝ่ายไม่ได้อะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 2022 Jul 28)

การบริหารความขัดแย้งในช่วงวิกฤต เช่น ในช่วงการแพร่ระบาดเชื้อ COVID-19 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ

“ทะเลาะกันเยอะ ไม่ใส่หน้ากากก็ทะเลาะกัน พอรู้ว่าคนเป็นโควิดแต่ไม่แยกไปอยู่เฉยๆ ก็จะตีกัน เราต้องเป็นคนแยก (คนป่วยกับชาวบ้านคนอื่นไม่ทะเลาะกัน) ออกมา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, 2022 Jul 14)



7) **ผู้สร้างทุนมนุษย์** ในสถานการณ์ COVID -19 ต้องระดมทรัพยากรเพื่อนำมาแก้ปัญหา โดยสร้างและนำทุนทางสังคมมาใช้ โดยพยายามนำทรัพยากรของชุมชนในทุกรูปแบบมาใช้เพื่อพัฒนาสุขภาวะชุมชน หากไม่มีก็ควรสร้างขึ้น โดยการสำรวจทุนทางสังคมในชุมชนว่ามีสิ่งใดที่สามารถนำมาใช้ขับเคลื่อนชุมชนได้ และไม่ใช่สิ่งตายตัวว่าอะไรคือทุนทางสังคม แต่ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของผู้นำชุมชนและสมาชิกจะสามารถ “หยิบจับ” อะไรในชุมชนมาใช้ในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทุนมนุษย์ โดยใช้บุคลากรของชุมชนให้มากที่สุดในการพัฒนาสุขภาวะชุมชน เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกชุมชนมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญเฉพาะด้านที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาวะชุมชน และเป็นการลดการพึ่งพิงบุคลากรจากภายนอก ซึ่งเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนกว่าการพึ่งพิงจากภายนอกอย่างเดียว และเป็นการช่วยสร้างสมดุลทางอำนาจต่อรองกับเครือข่ายภายนอกด้วย ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ดังนี้

“ในการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ) ปัจจุบันผู้ดูแล (ผู้สูงอายุ) เป็นคนในสังกัดเทศบาล แต่เราต้องการผู้ดูแลที่เป็นคนในชุมชนของเราเอง (นอกจาก) เราไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแล้ว ยังได้บุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 2022 Jul 30)

“อสม. กับผมเหนื่อยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทำกันไม่ไหว หมดไฟหมดแรง ต้องให้คนใหม่ ๆ มาช่วย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, 2022 Oct 13)

8) **ผู้ประชาสัมพันธ์** ระหว่างการดำเนินการในทุกขั้นตอนจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการ ผู้นำต้องเป็นผู้ประชาสัมพันธ์เผยแพร่การดำเนิน ความคืบหน้า และผลการดำเนินงานให้สมาชิกในชุมชนและเครือข่ายทราบอย่างสม่ำเสมอ และประชาสัมพันธ์ความสำเร็จสู่สังคมภายนอก โดยใช้สื่อที่หลากหลายรูปแบบเพื่อสามารถเข้าถึงสมาชิกให้ได้มากที่สุด ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เจาะลึกดังนี้

“เราพูดคุยกันอยู่เสมอ (ระหว่างกลุ่มผู้นำกันเอง) ชุมชนใช้งบประมาณจำนวนไม่น้อยในการสื่อสารกับสมาชิกในชุมชน... รายงานประจำปี แจกให้สมาชิกทุก ๆ คนในชุมชน (ไม่ใช่ให้เฉพาะแกนนำ) และยังมีรายงานย่อยประจำเดือน (รวมทั้ง)...รายงานการใช้จ่ายของชุมชนในทุก 15 วัน ด้วย ...เราได้รางวัล (จากการประกวดด้านสุขภาวะ) หลายรางวัล ทั้งระดับท้องถิ่นถึงระดับประเทศ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 2022 Jul 30)

ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด ผู้นำชุมชนยังทำหน้าที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารในเวลาเดียวกัน

“คนในหมู่บ้านเค้ารู้มาก รู้ยังไม่เท่ากัน บางคนรู้มากกว่าคนอื่น คนไหนที่รู้เยอะเราฟังเค้า แล้วไปเล่าให้คนอื่น ๆ ฟังต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 2022 Oct 3)



สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้พบว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาวะของชุมชนในช่วงวิกฤตโควิด-19 Ricketts A.⁽²⁵⁾ ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมผ่านพื้นที่สาธารณะของคนชายขอบในการรวมตัวกันเรียกร้องในการพัฒนาสุขภาวะ โดยการสร้างวิสัยทัศน์ การเสริมพลัง และสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งการที่สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ผู้นำมีบทบาทที่สำคัญในการนำพาให้ชุมชนก้าวข้ามสถานการณ์วิกฤตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ COVID -19 นฤกร ไชยสุทักขิณ, ทวีศักดิ์ พุฒสุขชี และวันชัย ธรรมสังการ⁽¹³⁾ ได้ระบุบทบาทที่สำคัญของผู้นำได้แก่ 1) การเป็นต้นแบบและผู้ริเริ่ม 2) การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล 3) การสร้างแรงกระตุ้น 4) การสร้างความร่วมมือและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย นอกจากนี้ การตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาวะชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญมาก แต่สิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือการตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง มีความเชื่อมั่นในการต่อกร เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และเสริมศักยภาพของชุมชนให้พร้อมรับมือต่อสถานการณ์ COVID - 19 และความท้าทายใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การดำเนินการที่ไม่ประสบความสำเร็จไม่ใช่ความสูญเสีย หากมีการสะท้อนผล ในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างที่จะทำให้บรรลุผล บางอย่างก็อยู่เหนือการควบคุม และสำคัญกว่านั้นคือ การได้บทเรียนหรือการเรียนรู้ไม่ใช่ความสูญเสียอย่างแน่นอน เพียงแต่ชุมชนต้องทบทวนข้อผิดพลาดและสะท้อนผลอย่างตรงไปตรงมา และพร้อมจะแก้ไข สอดคล้องกับบทความวิจัยของ เทพธิดา เขียวคำ และเจนสมุทรร แสงพันธ์⁽²⁶⁾ ที่กล่าวว่า การสะท้อนผลเป็นขั้นตอนสำคัญมากต่อการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ช่วยแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย และสร้างความเข้าใจร่วมกัน วิสัยทัศน์ที่ก้าวหน้าของผู้นำชุมชนอาจสร้างการสร้างความต้องการจำเป็นขึ้นมาใหม่ได้ โดยเฉพาะสถานการณ์นี้ โดยสร้างความต้องการจำเป็นด้านสาธารณสุข การตอบสนองความต้องการของสมาชิกเป็นวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาชุมชน คงไม่มีใครปฏิเสธ แต่ผู้นำอาจพบประเด็นที่ปัจจุบันสมาชิกในชุมชนยังไม่เห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้นำต้องมองก้าวข้ามไปข้างหน้า⁽²⁷⁾ ต้องกระตุ้นให้เกิดความต้องการจำเป็นใหม่ ๆ ถ้ามีความเชื่อมั่นว่าสิ่งนั้นเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนในอนาคต⁽²⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ผลการวิจัยพบว่า ผู้นำเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่ช่วยให้สมาชิกในชุมชนสามารถอยู่ร่วมกันได้ในสังคมและสถานการณ์ที่ซับซ้อนและวิกฤต เช่น ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ที่ผ่านมา ที่ผู้นำชุมชนอาจจะต้อง “สวมหมวกหลายใบ” ในต่างกรรม ต่างวาระ หรืออาจจะต้องสวมหมวกพร้อมกันหลายใบภายใต้สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งก็เป็นได้ เพื่อให้การบริหารจัดการชุมชนมีประสิทธิภาพ รองรับกับบริบทของปัญหาชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเร่งด่วน (disruption)

2) ผลการวิจัยพบว่า ทูมนมนุษย์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาในชุมชน ทูมนมนุษย์ที่ทรงคุณค่าที่สุดในองค์กรไม่ใช่เพียงแค่ผู้นำ แต่รวมไปถึงสมาชิกทุกคนในชุมชนที่มีความรู้ ทักษะ และ ความสามารถเฉพาะตัวที่สะสมอยู่ในตัว ที่แต่ละคนสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาชุมชนร่วมกัน เหมือนคำพูดที่ว่า “เดินคนเดียวไปได้ไว แต่อยากเดินให้ไกลต้องไปด้วยกัน”



3) นำผลการวิจัยที่ค้นพบไปพัฒนาบทบาทผู้นำชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ COVID -19 และสถานการณ์ฉุกเฉินอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ในงานวิจัยนี้ทำการศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชนที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของคนในชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดเชื้อ COVID-19 ผลวิจัยมาจากมุมมองของผู้นำชุมชน ซึ่งอาจเป็นมุมมองที่มีอคติ ดังนั้นงานวิจัยในอนาคตอาจตรวจสอบบทบาทของผู้นำในสถานการณ์หรือภาวะวิกฤตอื่น ๆ โดยการเก็บข้อมูลจากสมาชิกในชุมชนเพื่อสอบถามหรือต่อยอดงานวิจัยชิ้นนี้

2) ศึกษาผู้นำในฐานะที่เป็นทุนทางสังคม เพราะโดยทั่วไปเรามักมองผู้นำชุมชนว่าเป็นบุคคลที่น่าทุนทางสังคมมาใช้ การเปลี่ยนมุมมองนี้อาจพบความหมายของความเป็นผู้นำแตกต่างไปจากเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjörström M. Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal of Obesity*. 2008;32:1-11.
2. Ghaljahi M, Rahdar S, Almasi SZ, Ahmadi S, Igwegbe CA. Survey dataset on the externalizing self-esteem and gender effects on self-esteem subscales of students in Zabol University of Medical Sciences, Iran. *Data in Brief*. 2018;21:40-413.
3. Teungfung R, Choiejit R. Socio-economic Security and Happiness of Bangkok Residents. *Journal of Social Development (JSD)*. 2015;17(1):111-33.
4. Larson JS. The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*. 1993;28:285-96.
5. Maa J, Dongb G, Chenc Y, Zhang W. Does satisfactory neighbourhood environment lead to a satisfying life? An investigation of the association between neighbourhood environment and life satisfaction in Beijing. *Cities*. 2018;74:229-39.
6. Defining Learning Communities [Internet]. Centre for Research & Learning. 2003 [cited 2019 November 6]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/43527785_Defining_Learning_Communities.
7. Wisetpatsa P. Effects of Research-Based Community Learning on Concepts of Social and Culture Change and Attitudes Towards Thai Culture Conservation of Tenth Grade Students. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
8. Tufte T, Mefalopulos P. Participatory Communication A Practical Guide. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2009.



9. Holden M. Correction to: Community Well-Being in Neighbourhoods: Achieving Community and Open-Minded Space through Engagement in Neighbourhoods. *International Journal of Community Well-Being*. 2018;1:45-61.
10. Public Space, The Public Sphere, And The Urban As Public Realm [Internet]. 2017 [cited 2019 Demcember 29]. Available from: <http://currychandler.com/cool-medium/2017/2/6/public-space-the-public-sphere-and-the-urban-as-public-realm>.
11. Setkij W. Sustainable Development in the context of National Development. *Burapha Journal of Political Economy (JPE)*. 2020;8(1):81-106.
12. Srisun S. Self-reliance Concept of Country People: Demeaning the Rural to a Dichotomous of Urban. *Humanities and Social Sciences (HUSO)*. 2015;32(2):183-208.
13. Chaisuktaksin N, Putsukee T, Dhammasaccakarn W. Leadership Prototypes for Community Well-being Behaviral Change. *Journal of Education Taksin University*. 2019;19:1.
14. Klingborg DJ, Moore DA, Varea-Hammond S. What Is Leadership? *Journal of Veterinary Medical Education (JVME)*. 2006;33(2):280-3.
15. Abbas W, Asghar I. The Role of Leadership in Organizational Change: Relating the Successful Organizational Change with Visionary and Innovative Leadership. Kungsbäcksvägen: University of Gavle; 2010.
16. Thawinkarn D. "Super Leadership" in the 21stCentury. *Journal of Educational Administration, Khon Kaen University (J Ed Admin KKU)*. 2015;11(2):23-35.
17. Nujoi A, Disathapon C, Lohidwisard S. Learning Community Learder. *Journal of Research and Curriculum Development (JRCD)*. 2016;6(2):49-64.
18. Chaisuktaksin N, Putsukee T, Dhammasaccakarn W. Leadership Prototypes for Community Well-being Behaviral Change. *Journal of Education Thaksin University*. 2019;19(1):99-114.
19. Techaatik S, Wongarsa W. Community Well-Being Development for Healthy Life. *Humanities & Social Sciences (HUSO)*. 2012;29(2):1-22.
20. Thaunbula C, Malaheng M. The participation of Thai political reform in the community dimension through coffee meeting; the case study: Mueang District of Narathiwat. Bangkok: King Prajadhipok's Institute; 2018.



21. McCreaa R, Waltona A, Leonard R. A conceptual framework for investigating community wellbeing and resilience. *Rural Society*. 2015;23(3):270–82.
22. Roongkan Musakophas, Weerapong Polnigongit. Current and future studies on participatory communication in Thailand. *Kasetsart Journal of Social Sciences (Kasetsart J Soc Sci)*. 2017;38:68-73.
23. Keating C. *Evaluating Community Arts and Community Well-Being*. Victoria: Effective Change; 2002.
24. Nguyen QD, Fernandez N, Karsenti T, Charlin B. What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component mode. *Medical Education*. 2014;48(12):1176–89.
25. Ricketts A. *Participation in place-making: Enhancing the wellbeing of marginalised communities in Aotearoa/New Zealand*. Wellington: Victoria University of Wellington; 2008.
26. Kheawkham T, Saengpun J. Teachers' classroom reflection in professional learning community using lesson study and open approach. *Silpakorn University Journal (SUJ)*. 2019;39(6):187-98.
27. Padang PN, Inggis JB. Leader Vision for Effective Leadership. *Journal Polingua*. 2012;1(1).
28. Sricharumedhiyan C, Vaddhano PT. Leadership and Community Development. *Journal of MCU Peace Studies Special Issue (JMPS)*. 2018;6(sp1):527-38.



ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ
กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Relationship of Personal Factors, The Nine Principles of Nutrition Practice
and The Dietary Behavior of The Elderly in Tha Kradan Sub-district,
Khiri Rat Nikhom District, Surat Thani Province

พูนศักดิ์ บุญยัง*, ณัฐพงษ์ กลางณรงค์, วิลาวลัย อภัยพงศ์,
กตัญญูตา ศรีบุญเรือง, รุ่งทิพา คลิ่งคล้าย

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สุราษฎร์ธานี 84100

Poonsak Boonyoung*, Nattpong Klangnarong, Wilawan Aphaiphong,

Katunyuta Sriboonrueng, Roongtiwa Klingklai

Division of Community Public-Health, Faculty of Science and Tecnology, Suratthani Rajabhat University,
Suratthani 84100

*Corresponding authors, e-mail: poonsak.boon@sru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 233 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.138, p = 0.036$; $r = 0.240, p = 0.001$; ตามลำดับ) ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.242, p = 0.000$; $r = -0.185, p = 0.005$ และ $r = -0.155, p = 0.018$; ตามลำดับ) และการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.391, p = 0.000$) ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางกำหนดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องให้กับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ หลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ พฤติกรรมการบริโภค



Abstract

The purpose of this research was to study the relationship between personal factors, adherence to the 9 dietary principles and food consumption behavior of the elderly. The samples were 233 elderly individuals in Tha Kradan sub-district, Khiri Rat Nikhom District, Surat Thani Province, and participants were obtained by simple random sampling. The research instrument was the Food Consumption Behavior Questionnaire. Statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and Pearson correlation coefficient.

The results showed that there was a very low positive correlation between sex and age. There was a statistically significant correlation with food consumption behavior of the elderly ($r=0.138$, $p=0.036$; $r=0.240$, $p=0.001$; respectively). There was a significant inverse correlation between BMI and food consumption behavior of the elderly ($r=-0.242$, $p<0.001$; $r=-0.185$, $p=0.005$; and $r=-0.155$, $p=0.018$; respectively). Adherence to the nine dietary principles had a low positive correlation with the dietary behavior of the elderly, which was statistically significant ($r=0.391$, $p<0.001$). The results of the study can be used as guidelines for relevant agencies in promoting and disseminating knowledge about correct food consumption to the elderly.

Keywords: elderly, the nine principles of nutrition practice, dietary behavior

บทนำ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยผู้สูงอายุ ในปี 2564 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ แบบเต็มรูปแบบ (Aged society) โดยมีการประมาณการว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วง 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และคาดการณ์ว่า อีก 20 ปีข้างหน้า หรือปี 2583 ประเทศไทย จะมีผู้สูงอายุ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน⁽¹⁾ จากการสำรวจข้อมูลจากสำนักสถิติจังหวัดสุราษฎร์ธานีเบื้องต้น พบว่า อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7,151 คน และในพื้นที่ตำบลท่ากระดาน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 580 คน แบ่งเป็น เพศชายจำนวน 238 คน และเพศหญิงจำนวน 342 คน⁽²⁾ เมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นซึ่งส่วนหนึ่งมาจากปัญหาเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเพื่อจะส่งเสริมให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง⁽³⁾

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งก่อนสิ้นอายุขัยเพื่อการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและ สติปัญญา และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นสรีระร่างกายและระบบต่าง ๆ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งแต่ละคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงช้าหรือเร็วต่างกัน ขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ โภชนาการ วิถีชีวิต โรคภัยไข้เจ็บ และสภาพแวดล้อม แต่ผู้สูงอายุ



สามารถยืดเวลาสำหรับการมีร่างกายแข็งแรง ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นานขึ้น ด้วยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาบัญญัติอย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ การบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาบัญญัติในผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อช่วยเปลี่ยนแปลงของร่างกายซาลง ปัญหาการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ มักมีสาเหตุจากการพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุบางคนยึดมั่นอยู่กับบริโภคนิสัยที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องมาตั้งแต่อายุน้อย และยังเป็นกรยากลำบากที่จะเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกาย⁽⁴⁾

การปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ หรือข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย เป็นรูปแบบการ บริโภคอาหารที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้สูงสุดกับสุขภาพของร่างกายและถูกต้องตามหลักโภชนาการ วัยผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารต่างๆ ยังคงเดิม ซึ่งควรจัดอาหารให้เหมาะกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความอยากอาหาร และรับประทานอาหารได้ดียิ่งขึ้น ในการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุได้น้ำหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ มาใช้ เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ โดยมีหลักการที่สำคัญ ดังนี้ 1) กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และ หมั่นดื่มน้ำหนักตัว 2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ 3) กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ 4) กินปลา เนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6) กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร 7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานและเค็มจัด 8) กินอาหารที่สะอาดปราศจากสารปนเปื้อน และ 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽⁵⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องให้กับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ หรือใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังสามารถเป็นแนวทางในการณรงค์ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ดีต่อการบริโภคอาหารถูกต้องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีอายุที่ยืนยาว⁽⁶⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 580 คน ใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan⁽⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 233 คน



โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากการจับรายชื่อ ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2. ผู้สูงอายุที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ หรือมีผู้ดูแลในการช่วยให้ข้อมูล เพื่อตอบแบบสอบถาม 3. ผู้สูงอายุมีความยินยอมเข้าร่วมในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยตลอดจนเสร็จสิ้นในการเก็บแบบสอบถาม และเกณฑ์การคัดออก 4. ผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 – มีนาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ น้าหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว อาชีพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิด (Close form)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) วัดความถี่ในการปฏิบัติ โดยเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 นาน ๆ ครั้ง 2 บางครั้ง 3 บ่อยครั้ง 4 ประจำ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 18 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบ และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) วัดความถี่ในการปฏิบัติ โดยเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 นาน ๆ ครั้ง 2 บางครั้ง 3 บ่อยครั้ง 4 ประจำ การแปลผลคะแนนรายข้อใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคำตอบในแต่ละข้อคำถาม จัดลำดับโดยนำคะแนนทุกข้อมาจัดระดับ เป็น 3 ระดับ มาก (ช่วงคะแนน 3.01 -4.00) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.01 -3.00) และน้อย (ช่วงคะแนน 1.00 -2.00)

เครื่องมือทั้งหมด ได้ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ 0.72 และ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลบ้านยาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นทางสถิติ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (a-coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าเท่ากับ 0.76 และได้ดำเนินการขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ได้รับการรับรองเอกสารเลขที่ SRU-EC2022/009

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรได้ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว และภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ โดยแจกแจงจำนวนเป็นค่าร้อยละ



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว และภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ (n = 233)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	111	47.6
หญิง	122	52.4
2. อายุ		
อยู่ระหว่าง 60-69 ปี	109	46.8
อยู่ระหว่าง 70-79 ปี	96	41.2
อายุ 80 ปีขึ้นไป	28	12.0
3. สถานภาพ		
โสด	12	5.2
สมรส	162	69.5
หม้าย	45	19.3
หย่าร้าง	14	6.0
4. อาชีพ		
ว่างงาน	50	21.5
เกษตรกร	63	27.0
รับจ้างทั่วไป	35	15.0
ค้าขาย	35	15.0
ข้าราชการบำนาญ	47	20.2
อื่นๆ	3	1.3
5. โรคประจำตัว		
มี	104	44.6
ไม่มี	129	55.4
6. ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ		
กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี	136	58.4
กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	78	33.5
กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	19	8.2

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.4 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.8 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 69.5 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 27.0 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 55.4 และอยู่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี คิดเป็นร้อยละ 58.4



2. ผลวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ

การบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
รับประทานอาหารหลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสม และดื่มน้ำหนักตัวอยู่เสมอ	3.65	.57	มาก
รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ	3.50	.57	มาก
รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ	3.46	.62	มาก
รับประทานปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และถั่วเมล็ดแห้ง	3.20	.68	มาก
ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย (วันละ 2 แก้ว)	2.76	1.10	ปานกลาง
รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	2.72	.83	ปานกลาง
รับประทานอาหารรสจัด	2.72	.92	ปานกลาง
รับประทานอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ	3.36	2.84	มาก
ดื่มแอลกอฮอล์	3.33	.93	มาก
รวม	3.19	1.01	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าการปฏิบัติตัวตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ ผู้สูงอายุในตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า รับประทานอาหารหลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสม และดื่มน้ำหนักตัวอยู่เสมอ ($\bar{x} = 3.65$) รองลงมาคือ รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ($\bar{x} = 3.50$) และน้อยที่สุด คือ รับประทานอาหารรสจัด ($\bar{x} = 3.72$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
อาหารประเภทเนื้อสัตว์			
ปลา	3.48	.83	มาก
อาหารทะเล	2.83	.84	ปานกลาง
หมู ไก่	3.41	.73	มาก
อาหารประเภทแป้ง			
ข้าว	3.62	.64	มาก
ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน วุ้นเส้น	2.67	.82	ปานกลาง



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
เผือก มัน	2.67	.83	ปานกลาง
อาหารประเภทของทอด			
ไก่ทอด หมูทอด กุ้งทอด เป็นต้น	2.52	1.09	ปานกลาง
อาหารประเภทของหวาน			
ขนมหวานพื้นบ้านไทย	2.70	.94	ปานกลาง
ขนมหวานต่างชาติ เช่น เค้ก คุกกี้ เป็นต้น	3.09	.94	มาก
อาหารประเภทสำเร็จรูป			
ขนมขบเคี้ยว	3.17	1.01	มาก
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	3.16	.91	มาก
ชา/กาแฟ	2.37	1.02	ปานกลาง
น้ำผลไม้คั้นบรรจุขวด	2.43	1.04	ปานกลาง
นม	2.44	1.12	ปานกลาง
รวม	2.92	0.90	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับมาก คือ บริโภคอาหารประเภทแป้ง : ข้าว ($\bar{x} = 3.62$) รองลงมา คือ บริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ : ปลา ($\bar{x} = 3.48$) และน้อยที่สุด คือ บริโภคอาหารประเภทสำเร็จรูป : ชา/กาแฟ ($\bar{x} = 2.37$)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	
	R	P-value
เพศ	0.138 (ETA)	0.036*
อายุ	0.240 (ETA)	0.001**
ค่าดัชนีมวลกาย	-0.155	0.018*

* Correlation is P-value at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is P-value at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กัน ดังนี้



ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีค่า P-value เท่ากับ 0.036 และมีค่า r เท่ากับ 0.138 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำแนกตามอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีค่า P-value เท่ากับ 0.001 และมีค่า r เท่ากับ 0.240 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จำแนกตามน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีค่า P-value เท่ากับ 0.000 และมีค่า r เท่ากับ -0.242 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จำแนกตามส่วนสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีค่า P-value เท่ากับ 0.005 และมีค่า r เท่ากับ -0.185 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

และจำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีค่า P-value เท่ากับ 0.018 และมีค่า r เท่ากับ -0.155 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ (n = 233)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	
	R	P-value
การปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9	0.391	0.000**

** Correlation is P-value at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ มีค่า P-value เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.01 กล่าวคือ ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีค่า r เท่ากับ 0.391 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยนี้ได้จำแนกตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ ค่า BMI กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.138$, $P\text{-value}=0.036$; $r=0.240$, $P\text{-value}=0.001$;ตามลำดับ) ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.242$, $P\text{-value}=0.000$; $r=-0.185$, $P\text{-value}=0.005$ และ $r=-0.155$, $P\text{-value}=0.018$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทองใหม่ ทองสุก⁽⁶⁾ พบว่า มี



ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งไม่ระบุขนาดความสัมพันธ์ และสอดคล้องกับ Wangcharoen, Thaiphanch, Polsiri & Thongtamlueng⁽⁸⁾ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุณศึกษา ชมรม ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมและการดำเนินชีวิตในยุคปัจจุบันเปลี่ยนไปจากเดิมทั้งทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเหมาะสมกับค่าดัชนีมวลกายที่ไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาโรณี ศรีสวัสดิ์ และคณะ⁽⁹⁾ พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ โภชนาการ ($r = -0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.01$) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร แต่ยังมีการศึกษาในหลายงานวิจัย ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ รายได้ ระดับการศึกษา มีผลต่อระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร⁽¹⁰⁻¹³⁾

2. ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีรัตนคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.391$, $P\text{-value} = 0.000$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถพึ่งพาตนเอง ไม่มีโรคประจำตัว อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มีคู่สมรส และมีอาชีพเกษตรกร มีร่างกายที่แข็งแรง มีซึ่งอาจจะเกิดจากการปฏิบัติตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Doreen Gille et al.⁽¹⁴⁾ ศึกษาผู้สูงอายุในประเทศ สวิตเซอร์แลนด์ พบว่า มีความเข้าใจหลักการบริโภคอาหาร ร้อยละ 71 แต่มีการปฏิบัติตามหลักการการบริโภคอาหารเพียงร้อยละ 38 เท่านั้น รวมถึงการศึกษาของ Davood Barahmi et al.⁽¹⁵⁾ ในประเทศอิหร่าน สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ของ ManLuan et al.⁽¹⁶⁾ และของ Prukha Supannee⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาในจังหวัดเลย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญา แพนงคล⁽¹⁸⁾ ศึกษาการปฏิบัติตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านความสัมพันธ์เชิงผกผันของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ อยู่ในระดับต่ำ ($r=-0.15$) รวมถึงการศึกษาในกลุ่มของวัยรุ่นของ ศุภพล เมธีเสริมสกุลและคณะ⁽¹⁹⁾ ก็พบว่าการสั่งอาหารออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงผกผันของการปฏิบัติตัวตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ อยู่ในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามจาก ผลการศึกษาของ วิภา มะลา⁽²⁰⁾ ได้แนะนำว่า การนำหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการมาเป็นแนวทางปฏิบัติในการบริโภคอาหารที่บ้านเป็นแนวทางที่สะดวก มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเดิม ผู้สูงอายุไม่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริโภคอาหาร อาจมีการดัดแปลงรายการอาหารหรือวัตถุดิบบางอย่างโดยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณค่า ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติมากที่สุด และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ วรัญญา มณีนรัตน์ และคณะ⁽²¹⁾ เสรีนา สิริรัตน์ สุกุลมะรรคา และ สรสันท์ รังสิยานนท์⁽¹⁰⁾ สุตารัตน์ ชูพันธ์⁽²²⁾ พริยฉัตร คณานุรักษ์ คณะ⁽²³⁾ และ Serena S Sakoolnamarka กับ Sorasun Rungsiyanont⁽²⁴⁾ พบว่า ผู้สูงอายุในต่างจังหวัดมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องให้กับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ในวัยอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบ เช่น วัยเรียน วัยรุ่น วัยกลางคน ว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คล้ายคลึง หรือ แตกต่างกัน กันหรือไม่และอย่างไร
2. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ศึกษาในประเด็นการบริโภคหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น การสูบบุหรี่ สุขอนามัย ที่ส่งผลต่อสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านคือ คุณสรารัฐ วิโรจน์ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากระดาน คุณวศศิกันต์ นพมณเฑียร ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากระดาน และคุณพรเพ็ญ เพชรน้ำรอบ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากระดาน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือวิจัย สุดท้ายนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Phromphak C. Entering an aging society in Thailand. Bangkok: Bureau of Academic Affairs, Secretariat of the Senate; 2019. (in Thai)
2. Tha Kradan Subdistrict Administrative Organization. Tha Kradan Subdistrict Administrative Organization summary of the fiscal year 2021 report. (Annual Report). Surat Thani: Tha Kradan Subdistrict Administrative Organization; 2021. (in Thai)
3. Kleebbupha S. Food for the elderly. [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <http://blong.stouhealth.org/?p=319> (in Thai)
4. Sakulnamakka S. The relationship between awareness of nutrition and food consumption behavior of the elderly in Nakhon Nayok Province. SWU Dent J. 2021;14(2):64-80. (in Thai)
5. Rattanapanont N. The nine commandments of nutrition [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/1729> (in Thai)
6. Thongsuk T. Food consumption behaviors of the elderly in the 4.0 age. PRU Journal. 2019;5(3):233-44. (in Thai)



7. Krejcie, R.V. and Morgan D.W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-10.
8. Wangcharoen M, Thaiphanch W, Polsiri A, Thongtamlung J. Factors influencing the food consumption behaviors of the elderly: a case study of the elderly club at Sirindhorn Hospital, Bangkok Metropolis. *Journal of Home Economics*. 2016;59(3):61-72. (in Thai)
9. Srisawat S, Kumpolsiri T, Panuthai S. Food consumption behaviors and nutritional status in older persons with stroke. *Nursing Journal*. 2021;48(1):54-66.
10. Sakoolnamarka SS, Sorasun R. Correlation between Personal Factors of Nutritional Awareness and Food Consumption of the Elderly in Chonburi Province, Thailand. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental*. 2023; 46(2):85-97. (in Thai)
11. Sugisawa H, Nomura T, Tomonaga M. Psychosocial mediators between socioeconomic status and dietary habits among Japanese older adults. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(2):130-6.
12. Rungsiyanont S, Sakoolnamarka S. Correlation between nutrition awareness and food consumption behaviors of elderly in Samutprakarn province. *Journal of public Health Epidemiology* 2023;15(2):55-63.
13. Shahar S, Vanoh D, Mat Ludin AF, Singh DKA, Hamid TA. Factors associated with poor socioeconomic status among Malaysian older adults: an analysis according to urban and rural settings. *BMC Public Health*. 2019;19(Suppl 4):549.
14. Gille D., Bütikofer U., Chollet M., Schmid A., Altintzoglou T., Honkanen P., Stoffers H., Walther B., Piccinali P., Nutrition behavior of the middle-aged and elderly: Compliance with dietary recommendations of the food pyramid, *CLIN NUTR*. 2016;35(3):638-44.
15. Bahrami D., 2, MirzaeiM., Salehi-Abargouei A., Dietary Behaviors of Elderly People Residing in Central Iran: A Preliminary Report of Yazd Health Study. *Elderly Health Journal*. 2016; 2(1):6-13.
16. Manlaun K, Kanchanasit W & Sutthipan N. The Elderly Health Behaviour in Bannongprong District Health Promotion Hospital, Amphoe Mueang, Buriram Province. The 6th International Conference Nakhonrajchasma College. [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <http://www.journal.nmc.ac.th/th/>
17. Supanee P. Food consumption behaviours and associated personal and socio-economic factors in elderly adults, Northeastern Thailand. *Mal J Nutr*. 2020;26(2):203-13.
18. Paemongkol P. Compliance with the 9 dietary commandments and nutritional status of the elderly. Chiang Mai: Chiang Mai University, 2005. (in Thai)



19. Metheesermasakul S., Suwanrak J., & Peeraphatchara J. The relationship between the 9 nutritional principles and the decision to order food through online applications. of high school students Secondary Educational Service Area 1 under the new lifestyle base. Research and Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University. 2021; 13(1):139-55. (in Thai)
20. Wipa Mala. The Consumption of Local Food in the Northeastern Region According to the 9 Nutritional Principals as Guideline to Enhance the Immunity against COVID 19 among the Elderly. Journal of Social Science for Local Development Maha Sarakham Rajabhat University. 2022; 6(3):240-9. (in Thai)
21. Maneerat W., Laowongsa J., Kunaan K., Paisarn S., Leumteum K. Food Consumption behavior of the Elderly: Case Study of Mae Khaw Tom Sub-district, Muang District, Chiang Rai Province. Kasalongkham Research Journal. 2017; 11(3):135-43. (in Thai)
22. Chuphan S. Factors related to food consumption behavior of the elderly, a case study of Village No. 9, Ban Phue Hee, Ban Yang Subdistrict, Phutthaisong District, Buriram Province. Northern Journal of Science and Technology. 2022; 3(1):81-97. (in Thai)
23. Kananurack P., Sroysing K., Kiewthong K., Pattanasing T., Summers G., Thammasuksaree J. Nutritional Food Consumption Behavior of Elderly in Chonburi Province. Dusit Thani College Journal. (2020);14(3) :548-63. (in Thai)
24. Rungsiyanont S, Sakoolnamarka S. Correlation between nutritional awareness and food consumption behavior of the elderly in Samut Prakarn Province. Journal of Public Health and Epidemiology. 2023; 15:55-63.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน Factors Related to Mental Health Literacy among Older Adults in Community

ศตวรรษ อุตศาสตร์¹, ปลมา โสบุตร^{1*}, นวลปราง เข็มหนู¹, ธนพล บรรดาศักดิ์²

¹สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด 45120

²สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรูป สถาบันพระบรมราชชนก
สระบุรี 18120

Sattawas Udonsat¹, Palama Sobut^{1*}, Nuanprang Hemnoot¹, Thanapol Bundasak²

¹Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et
45120

²Division of Psychiatric and Mental Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Phra-
Putthabat, Praboromarajchanok Institute, Saraburi 18120

* Corresponding authors, e-mail: Palama@reru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 135 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ 4) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.67, S.D.= .52) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อายุ ($r = -.420, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .372, p < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .556, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ



Abstract

The purpose of this research was to investigate the mental health literacy level and factors related to mental health literacy among older adults in the community. The sample group consisted of 135 older people who lived in Thamuang Sub-district, Selaphum District, Roi Et Province. They were selected by a simple random sampling technique. The research instruments were 1) a personal data questionnaire 2) a social support questionnaire 3) a perception of health status questionnaire and 4) a mental health literacy questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the older adults had a moderate level of mental health literacy (Mean=3.67, S.D.= 0.52). Factors that correlated with mental health literacy among older adults in the community included age ($r=-0.420$, $p<0.001$), social support ($r=0.372$, $p<0.001$) and perception of health status ($r=0.556$, $p<0.001$). However, the levels of education and income were not correlated with mental health literacy. The results of this research could be used as basic information for nurses and health care personnel to plan mental health literacy promotion programs among older adults in the community.

Keywords: mental health literacy, social support, perception of health status

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยทั่วโลกพบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,016 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.20 ของประชากรโลก⁽¹⁾ ส่วนประเทศไทยนั้น ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุมากถึง 12,698,162 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ จึงกล่าวได้ว่าสถานการณ์ปัจจุบันของโลกและประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา⁽³⁾ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.00 และความวิตกกังวลร้อยละ 3.80⁽⁴⁾ สอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทยที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ⁽⁵⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมสมรรถภาพลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่งผลต่อสภาพร่างกายที่แย่ลง ประกอบกับการสูญเสียคู่สมรสและเพื่อนสนิท การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม จากการเกษียณ การสูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำ ทำให้มีกิจกรรมทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง วิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้าตามมา^(6,7) จากรายงานข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่ม



วัยผู้ใหญ่⁽⁸⁾ ซึ่งถือเป็นความเปราะบางทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ หดหู่ เศร้าหมอง ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากรับประทานอาหาร ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายที่แย่ลง⁽⁹⁾ ดังนั้น การเสริมสร้างและการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นสำคัญอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ตามแนวคิดของ Jorm และคณะ^(10,11) หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตซึ่งช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่ดีต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต จากความหมายและองค์ประกอบที่กล่าวมา สามารถกล่าวโดยรวมได้ว่า หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดี นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติทางจิต มีความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต มีทักษะที่ดีต่อการรับรู้สุขภาพจิต และสามารถแสวงหาความรู้ในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่ทางกลับกันหากผู้สูงอายุไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหรือมีในระดับต่ำ อาจส่งผลเสียต่อการตีความอาการทางจิตที่ผิดปกติ ส่งผลต่อการรักษาล่าช้า ทำให้โรคทวีความรุนแรงขึ้น⁽¹²⁾ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ายังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะประเทศไทยพบเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁽¹³⁾ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ เป็นคุณลักษณะประชากรที่บ่งบอกถึงกระบวนการชรา อายุที่มากขึ้นจะส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ลดลง⁽¹⁴⁾ อายุที่มากขึ้นส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ลดลง^(15,16) รายได้ โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้จากการมีทางเลือกในการสืบค้นข้อมูล ทำให้มีข้อมูลในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจได้ดี⁽¹⁴⁾ ระดับการศึกษา ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้ ทักษะและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิต^(14,16) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้างและสังคม สนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้⁽¹⁶⁾ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองดี แสดงว่าบุคคลนั้นมีความพยายามในการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ เกิดการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁶⁾ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวนั้นเป็นการศึกษาในกลุ่มประชาชนจีน⁽¹⁴⁾ และกลุ่มผู้สูงอายุในต่างประเทศ^(15,16) ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มาหาความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เนื่องจากการดูแลสุขภาพในชุมชนเป็นการดูแลระดับปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพทั้ง



ทางด้านร่างกายและจิตใจ พื้นที่ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นชุมชนที่มีความน่าสนใจเนื่องจากมีจำนวนประชากรทั้งหมด 2,947 คน มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 820 คน⁽¹⁷⁾ คิดเป็นร้อยละ 27.82 ซึ่งถือได้ว่าการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วเช่นกัน นอกจากนั้นพื้นที่ดังกล่าวยังเป็นเขตพื้นที่ใกล้เคียงสถาบันตั้งอยู่ของผู้วิจัย เป็นชุมชนที่มหาวิทยาลัยได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนการจัดบริการวิชาการแก่ชุมชน และจากผลสำรวจงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลบ้านท่าม่วงมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.60 และในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 55.60⁽¹⁸⁾ ซึ่งจัดว่าเป็นความผิดปกติทางจิตใจอย่างหนึ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งนี้ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน อันจะนำมาซึ่งการป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

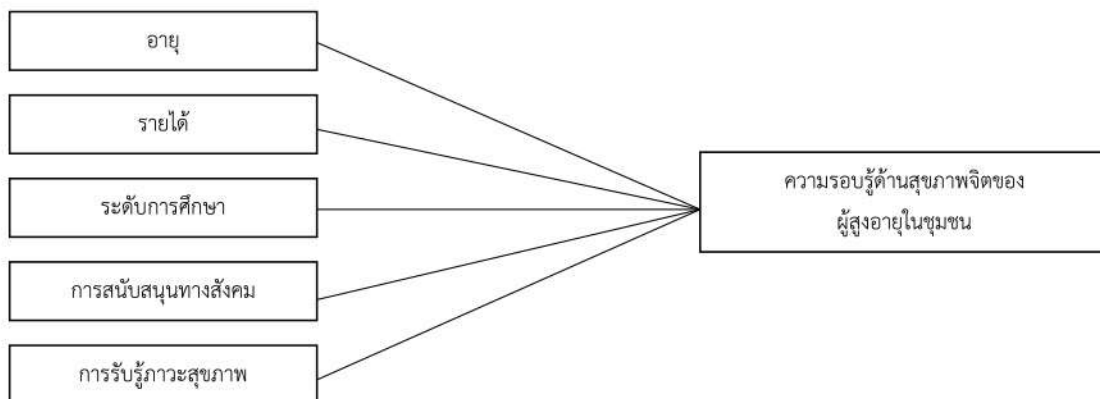
ปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของ Jorm และคณะ^(10,11) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต กล่าวคือ ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี จะทำให้สามารถจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยที่นำมาหาความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ อายุที่มากขึ้นจะส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ลดลง⁽¹⁴⁾ รายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจได้ดี⁽¹⁴⁾ ระดับการศึกษา ทำให้บุคคลเกิดความรู้ ทักษะและความเชื่อที่ถูกต้อง จัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้^(14,16) การสนับสนุนทางสังคม บ่งบอกถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้⁽¹⁶⁾ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองดี แสดงว่าบุคคลนั้นมีความพยายามในการดูแล



ตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดการรับรู้และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁶⁾ สามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 820 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.7⁽¹⁹⁾ ใช้สถิติ Correlation: Bivariate normal model อิทธิพลเท่ากับ 0.3⁽²⁰⁾ ระดับนัยสำคัญที่ .05 และอำนาจการทดสอบ 0.9 คำนวณได้ทั้งหมด 112 ราย เพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูลและการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้เท่ากับ 135 ราย และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายชนิดการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) และ 4) มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยการเซ็นยินยอม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือขอลอนตัวออกจากกรวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 4 ส่วน

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และแหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำ



2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²¹⁾ จำนวน 14 ข้อ มี 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุดให้ (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) และไม่มีเลย (1 คะแนน) คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าเฉลี่ย⁽²²⁾ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย (1.00-2.33 คะแนน) การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และการสนับสนุนทางสังคมสูง (3.68-5.00 คะแนน)

3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วันดี แยมจันทร์ฉาย⁽²³⁾ สอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองไม่ดีเลยหรือแย่ (1 คะแนน) ค่อนข้างแย่ (2 คะแนน) พอใช้ (3 คะแนน) ค่อนข้างดี (4 คะแนน) และแข็งแรงดีมาก (5 คะแนน) คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับตามค่าเฉลี่ย⁽²²⁾ ดังนี้ ไม่ดีเลยหรือแย่ (1-1.80 คะแนน) ค่อนข้างแย่ (1.81-2.61 คะแนน) พอใช้ (2.62-3.42 คะแนน) ค่อนข้างดี (3.43-4.23 คะแนน) และแข็งแรงดีมาก (4.24-5.00 คะแนน)

4) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วชิรา โพธิ์ใส และคณะ⁽²⁴⁾ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Jorm และคณะ^(10,11) จำนวน 36 ข้อ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) เห็นด้วยเล็กน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) และเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าเฉลี่ย⁽²²⁾ ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .82 .80 และ .80 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ .94 และ .81 ส่วนแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพทดสอบด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) โดยการสัมภาษณ์ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเดิมห่างกัน 1 สัปดาห์ นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนได้เท่ากับ .90



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด รับรองเลขที่ 015/2566 โดยผู้วิจัยพบลกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมการวิจัย โดยข้อมูลการวิจัยทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับอย่างดีและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากที่ได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าม่วงเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน
2. หลังจากนั้นทำการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นเมื่อผ่านเกณฑ์แล้วพบว่า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม นำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างถึงวัน เวลาและสถานที่เก็บข้อมูล
3. ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงอธิบายสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นกับกลุ่มตัวอย่าง
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 นาทีต่อราย เก็บข้อมูลจนครบตามที่กำหนดไว้และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจนครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) รายได้และระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.00 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.90 รองลงมาอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 43.70 อายุเฉลี่ย 71.02 (SD=5.33) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.40 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 85.20 มีสมาชิกอาศัยอยู่รวมภายในบ้าน 2-5 คน ร้อยละ 83 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85.90 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70.40 มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.20 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมกัน ร้อยละ 68.00 แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 78.50 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=135)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	37.00
หญิง	85	63.00
อายุ		
อายุ 60-69 ปี	59	43.70
อายุ 70-79 ปี	66	48.90
มากกว่า 80 ปี	10	7.40
(Mean=71.02, S.D.=5.33, Max=80, Min=60)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	122	90.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	3.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	4	3.00
ปริญญาตรี	4	3.00
ปริญญาโท	1	0.60
สถานภาพ		
โสด	10	7.40
สมรส	81	60.00
หม้าย/ หย่า/ แยก	44	32.60
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	12	8.88
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	115	85.20
อยู่กับญาติพี่น้อง	8	5.92
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน		
อาศัยอยู่เพียงลำพัง	12	8.90
อาศัยอยู่ 2-5 คน	112	83.00
อาศัยอยู่มากกว่า 5 คน	11	8.10
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	116	85.90
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	12	8.90
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	4	3.00
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	1	0.70
มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน	2	1.50



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=135) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	95	70.40
ไม่เพียงพอ	40	29.60
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	51	37.80
มี	84	62.20
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	7	8.30
โรคเบาหวาน	17	20.20
โรคไตเรื้อรัง	3	3.50
โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	57	68.00
แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำ		
ร้านขายยา	6	4.40
คลินิก	2	1.50
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	106	78.50
โรงพยาบาลระดับอำเภอ	20	14.80
โรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือศูนย์การแพทย์	1	.80

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี (Mean=3.65, S.D.= .83) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.62, S.D.= .48) เมื่อแยกรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.63, S.D.= .45) ด้านการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.64, S.D.= .45) ด้านข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.61, S.D.= .49) และด้านทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.60, S.D.= .52) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.67, S.D.= .52) เมื่อแยกตามองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.28, S.D.= .62) องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสาเหตุความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.40, S.D.= .46) องค์ประกอบที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean=4.10, S.D.= .43) องค์ประกอบที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.78, S.D.= .56) องค์ประกอบที่ 5ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.05, S.D.= .51) และองค์ประกอบที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.40, S.D.= .61) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของตัวแปรในการศึกษา (n=135)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3.65	.83	ค่อนข้างดี
การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	3.62	.48	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	3.63	.45	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน	3.64	.45	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล	3.61	.49	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร	3.60	.52	ปานกลาง
ความรู้ด้านสุขภาพจิต (โดยรวม)	3.67	.52	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ	3.28	.62	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสาเหตุความผิดปกติทางจิต	3.40	.46	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	4.10	.43	สูง
องค์ประกอบที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจาก	3.78	.56	สูง
บุคลากรด้านสุขภาพ			
องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม	4.05	.51	สูง
องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	3.40	.61	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อายุ ($r=-.420$, $p<.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r=.372$, $p<.001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r=.556$, $p<.001$) ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน (n=135)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
ระดับการศึกษา	.015 (r_s)	.860
อายุ	-.420 (r)	<.001
รายได้	-.117 (r_s)	.175
การสนับสนุนทางสังคม	.372 (r)	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.556 (r)	<.001

r ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

r_s ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.67, S.D.=.52) โดยองค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสาเหตุความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง องค์ประกอบที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับสูง องค์ประกอบที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหา



ความช่วยเหลือที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง และองค์ประกอบที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.02 (S.D.=5.33) ซึ่งจัดว่าอยู่ในวัยสูงอายุตอนกลาง ถือว่าเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายไปตามกระบวนการชรา เริ่มมีความบกพร่องด้านร่างกาย โดยเฉพาะการมองเห็นและการได้ยิน รวมถึงสติปัญญาและการรับรู้ มีผลต่อความคิดหรือการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ที่ลดลง⁽²⁵⁾ ทำให้มีความยากลำบากในการรับรู้และการค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่สูงมากหรือในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนกลางเช่นเดียวกัน⁽¹³⁾ แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ก็มิได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับต่ำจนเกินไป อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานร้อยละ 85.20 มีสมาชิกอาศัยอยู่รวมภายในบ้าน 2-5 คน ร้อยละ 83 ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนช่วยเหลือด้านอื่นๆ จากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการใช้แหล่งบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 78.50 จึงอาจเป็นอีกเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากการเข้ารับบริการ เพราะเนื่องจากการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นลักษณะการบริการแบบปฐมภูมิ โดยงานด้านสุขภาพจิตของหน่วยบริการปฐมภูมิเน้นการบริการแบบเชิงรุกช่วยในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทั้งในหน่วยบริการและชุมชน⁽²⁶⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถอธิบายได้ดังนี้
อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ($r=-.420$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะเริ่มมีการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายตามวัย โดยผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องการมองเห็นและได้ยิน⁽²⁵⁾ ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้หรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ความคิด ความจำและการรับรู้ที่ลดลง⁽²⁵⁾ ทำให้กระบวนการเรียนรู้ คัดวิเคราะห์ การจดจำข้อมูลไม่เต็มที่เท่าที่ควร จึงกล่าวได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในความเข้าใจความผิดปกติทางจิต ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ทักษะคิดต่อความผิดปกติทางจิต และการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดปกติทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ และอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ลดลงในผู้สูงอายุ^(15,16)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ($r=.372$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี จะเป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้⁽²⁷⁾ การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดูแลสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุทรัพยากร และการบริการ จากบุคคลรอบข้างในสังคม ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ หรือแม้แต่กลุ่มเพื่อนร่วมงานหรือคนในสังคมที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกัน



ตามแนวคิดของ House⁽²¹⁾ จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความพร้อมในด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ในการดูแลตนเอง รวมถึงมีกำลังใจการดำรงชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความตระหนักทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางทั้งด้านการสนับสนุนอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร การสนับสนุนเหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้อง กับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ($r=.556$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้สถานะด้านสุขภาพของตนเองดีหรืออยู่ในระดับสูง แสดงว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้สุขภาพของตนเองแข็งแรงและสมบูรณ์ มีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมและทักษะการช่วยเหลือตนเองที่ดี⁽²⁷⁾ ส่งผลให้บุคคลมีความพยายามในการดูแลตนเองทั้งด้าน สุขภาพกายและจิตใจ ทำให้มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ดี เกิดการรับรู้และสามารถป้องกัน รวมถึงจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยนี้จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต^(14,16)

ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต^(14,16) อธิบายได้ ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากบุคคลไม่ว่าจะมี ระดับการศึกษาใด จะสามารถแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ⁽²⁸⁾ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้เป็นลักษณะชุมชนชนบท อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีลักษณะการดูแล แบบปฐมภูมิเน้นการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ⁽²⁶⁾ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างนี้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ได้จากการได้รับบริการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่และบริบทเดียวกัน การได้รับการดูแลรวมถึงการได้รับความรู้ด้าน สุขภาพจิตจึงอยู่ในรูปแบบเดียวกัน การศึกษานี้จึงกล่าวได้ว่า ไม่ว่าจะระดับการศึกษาใด ย่อมมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รายได้สัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จากการมีทางเลือกหลายช่องทางในการสืบค้นข้อมูล ส่งผลให้มีความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ เมื่อพิจารณาข้อมูลจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แตกต่างกันหรืออยู่ในระดับเดียวกันคือต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85.90 และส่วนใหญ่ใช้บริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากถึง ร้อยละ 78.50 ทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้ได้รับการสนับสนุนการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เน้นการดูแลส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตใจใน ชุมชน⁽²⁶⁾ ดังนั้น การศึกษานี้ ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีรายได้เท่าใดก็ตาม แต่ยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลด้าน สุขภาพจิตจากช่องทางอื่นๆ ในรูปแบบเดียวกัน จึงทำให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมและการให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มเติม หรือศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และควรพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่อาศัยอยู่ในชนบท ควรขยายผลการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่บริบทอื่นๆ เช่น ชุมชนเมือง อาจทำให้ได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เป็นการขยายองค์ความรู้ให้เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนทุนโครงการวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. 2019 UNIDOP celebrates “The journey to age equality” [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/ageing/international-day-of-older-persons-homepage/2019unidop.html?>
2. Department of Older Persons. Olde statistics of Thailand [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
3. Opasanant P. Elderly nursing in the 21st century. 2nd ed. Phayao: Textbook Project Faculty of Nursing University of Phayao; 2016.
4. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
5. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W, Thasanoh Elte P. Mental health and related factors among older adults. JHNR 2020;36(3):151-63. (in Thai)
6. Chompooan W, Chompooan W, Seedaket S, Kechit T, Eungpinichpong W, Srikongphlee V. Effects of new-normal health care for the elderly with anxiety for the global COVID-19 pandemic situation. J Hlth Sci Res 2021;15(1):81-92. (in Thai)
7. Chomchan S, Paenkaew J, Aunban P. A Survey on depression among older adults with chronic disease, attending community hospital in Mea-rim District of Chiang Mai. JNATNO 2016;22(2):28-35. (in Thai)
8. National Statistical Office of Thailand. Thai mental health (happiness) survey 2014. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2014.
9. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: a significant mental health problem of elderly. JRTAN 2014;15(3):24-31. (in Thai)
10. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust 1997;166:182-6.
11. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry 2000;177:396-401.
12. Spiranovic C, Matthews A, Scanlan J, Kirkby KC. Personally controlled electronic health records in Australia: challenges in communication of mental health information. Adv Ment Health 2014;12(2):147-54.



13. Boonpichachan P, Panuthai S, Tamdee D. Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. *Nursing Journal CMU* 2022;49(1):186-99. (in Thai)
14. Yu Y, Liu ZW, Hu M, Liu XG, Liu HM, Yang JP, et al. Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. *BMJ open* 2015;5(10):1-9.
15. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2018;79:52-6.
16. Kim YS, Lee HY, Lee MH, Simms T, Park BH. Mental health literacy in Korean older adults: a cross-sectional survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 24:523-33.
17. Ministry of Public Health. Population of Thamuang Sub-district, Selaphum District, Roi Et Province 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>
18. Sonthitham K, Palapol T, Injumba C, Sayeun C, Phengphol N, Jantanam W. Factors correlated with depression among the elderly people with chronic disease in community. *J of RoiET* 2021;14(2):193-204. (in Thai)
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Method* 2007; 39(2):175-91.
20. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull* 1992;112(1):155-9.
21. House JS. The nature of social support in M.A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley; 1981.
22. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
23. Yamchanchai W. The relationships between perceived self-efficacy, perceived health status and health-promoting behaviors in elderly persons [Thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 1995. (in Thai)
24. Posai V, Boonchoo R, Watradul D, Makkabphalanon K, Thangkratok P. Mental health literacy and quality of life among patients with stroke. *Chiang Mai Med J* 2021;60(1):63-74. (in Thai)
25. Touhy TA, Jett K. Ebersole and Hess' gerontological nursing & health aging. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
26. Srivanichakorn S. Mental health and primary care / family medicine. *PCFM* 2021;4(1):4-7. (in Thai)



27. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. Chiang Mai Med J 2020;59(3):163-72. (in Thai)
28. Kaeodumkoeng K. Health literacy: access, understand and application. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2018.



ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย Mental health problems among caregivers of the elderly with chronic diseases, Chiang Rai Province

จุฑามาศ เมืองมูล, พิณภูษิณีย์ จิตคำ, อนุสราร บุญจิตร, เนตรา สมกำลิ่ง,
พัชรินทร์ วินยางค์กุล, วัชรพงษ์ เรือนคำ*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เชียงราย 57100

Jutamas Muangmool, Pinatthinee Jitkham, Anursara Boonjit, Nattr Somkamlang,

Phatcharin Winyangkul, Watcharapong Ruankham*

Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University, Chiang Rai 57100

*Corresponding authors, e-mail: Watcharapong_r@crju.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 400 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้การวิเคราะห์ไคร์สแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 45.2 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 49.0 มีการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 37.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.5 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 53.0 มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ร้อยละ 77.7 ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นพ่อหรือแม่ ร้อยละ 47.0 มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 50.2 มีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 54.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 32.5 สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตทั้งสามด้าน (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\chi^2 = 17.634$ p-value = 0.001, $\chi^2 = 9.234$ p-value = 0.029, และ $\chi^2 = 12.594$ p-value = 0.001) ส่วนความเพียงพอของรายได้และความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\chi^2 = 9.372$ p-value = 0.030, และ $\chi^2 = 8.919$ p-value = 0.038) จากศึกษาครั้งนี้พบว่าสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังเป็นปัญหาทั้งความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง



Abstract

This research aims to study the mental health problems and factors related to the mental health problems of caregivers for elderly with chronic diseases in Chiang Rai province. The sample group consists of 400 caregivers of elderly with chronic diseases. The research tools used include personal factor questionnaires, stress assessment forms, anxiety assessment forms, and depression assessment forms. Data was collected from March to October 2022 and analyzed using statistical analysis, including frequencies and percentages. Factors related to mental health issues were analyzed using Chi-square analysis at a significance level of .05.

The research results show that the majority of the sample group is female (74.5%), with an average age of 45.2 years. Most fall within the 40-49 age range (49.0%), and an education at the high school level (37.0%). About 65.5% are married, and 53.0% have sufficient income but no savings. Furthermore, 77.7% have good family relationships, and 47.0% care for an elderly relative who is either parents. Approximately 50.2% experience low levels of stress, 54.5% have low levels of anxiety, and 32.5% have low levels of depression. Regarding the analysis of relationships, it was found that gender is significantly related to all three aspects of mental health (stress, anxiety, and depression) at a significance level of 0.05 ($\chi^2 = 17.634$ p-value = 0.001, $\chi^2 = 9.234$ p-value = 0.029, and $\chi^2 = 12.594$ p-value = 0.001). Income sufficiency and family relationships are also significantly related to stress at a significance level of 0.05 ($\chi^2 = 9.372$ p-value = 0.030, and $\chi^2 = 8.919$ p-value = 0.038).

From this study, it is evident that the mental health of caregivers for elderly with chronic diseases is a significant issue, encompassing stress, anxiety, and depression. Public sector organizations, such as local health promotion hospitals and community health volunteers, must play a role in addressing the mental health of caregivers for elderly with chronic diseases.

Keywords: mental health problems, elderly caregiver, elderly with chronic diseases



บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดต่ำลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรทั้งหมด 7,875 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.1 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุจำนวน 12.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่เข้าสู่อายุการเปลี่ยนแปลง โดยการเปลี่ยนแปลงหลัก ๆ มี 3 ด้าน คือ 1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่าง ๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง 2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ชี้อารมณ์วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเองทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต 3) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมที่ลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของผู้สูงอายุทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายที่มีความเสื่อมตามอายุขัย โดยผู้สูงอายุถึง 2 ใน 3 มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและหากปรับตัวไม่ได้หรือไม่สามารถดูแลตัวเองได้ดี ก็ทำให้อาการกำเริบ การรักษาไม่ได้ผล เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง พิการหรือเสียชีวิตได้⁽³⁾ โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง โรคที่เป็นแล้วจะมีอาการหรือการรักษาติดต่อกันนาน ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่องอย่างซ้ำ ๆ⁽⁴⁾ โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตร.ม.) โรคเรื้อรังที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุ รองลงมา คือ โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในปี 2565 รายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Health Data Center มีข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ 9,527,054 คน พบผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 7,501,688 คน หรือร้อยละ 78.74 ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.06 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43⁽⁵⁾

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง) เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้านเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ การเฝ้าติดตามอาการ การจัดการอาการ การดูแลทางด้านร่างกายและดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเตรียมด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ขาดรายได้ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์ เหนื่อยล้า ท้อแท้ โดยเฉพาะการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความตายหรือการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รักที่จะเกิดขึ้นซึ่งผลกระทบที่กล่าวมาเป็นสาเหตุหลักที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problems) และความรู้สึกภาระในการดูแล (Care burden) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้⁽⁶⁾



สุขภาพจิตเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาการไปอย่างไม่หยุดยั้ง สุขภาพจิตของคนเราจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแปลงตาม การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความตึงเครียดและกดดันหลาย ๆ อย่างในชีวิต จนเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ จากการรายงานพบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีประสบการณ์ของปัญหาด้านอารมณ์ (Mood problems) เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) และเหนื่อยล้า (Fatigue)⁽⁷⁾ และพบว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุไทยในระยะประคับประคองมีภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงสูงต่อความรู้สึกภาระในการดูแล ซึ่งในการให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองและสุดท้าย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวส่วนใหญ่มักถูกละเลยในการประเมินสภาพจิตใจ เมื่อผู้ดูแลไม่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตใจอย่างถูกต้องย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง⁽⁸⁾ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งเป็นข้อมูลสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงการปรับใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย หมายถึง คนในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง หรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง



กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ไม่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา (Infinite population) ผู้วิจัยใช้สูตรในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = (Z_c \sigma / e_m)^2$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z_c คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนดหรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยการวิจัยครั้งนี้กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($Z_c = 1.96$)

e_m คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (การวิจัยครั้งนี้กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 1/10 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร) ($e_m = \sigma/10$)

σ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

แทนค่าลงในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 384 คน (เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมศึกษาได้ตามกำหนด (Attribution rate) ร้อยละ 4 จึงเก็บตัวอย่างจำนวน 400 คน)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง) โดยใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จากนั้นเชื่อมโยงไปหาผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก) โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเรียงลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มเขตพื้นที่ (Area cluster sampling) โดยแบ่งเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย ออกเป็น 4 เขต (รวม 18 อำเภอ) ตามการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ดังนี้ เขตที่ 1 มี 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอแม่ลาว อำเภอเวียงชัย อำเภอเวียงเชียงรุ้ง เขตที่ 2 มี 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเชียงของ อำเภอพญาเม็งราย อำเภอเวียงแก่น อำเภอขุนตาล เขตที่ 3 มี 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเทิง อำเภอพาน อำเภอป่าแดด อำเภอแม่สรวย อำเภอเวียงป่าเป้า และเขตที่ 4 มี 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่จัน อำเภอเชียงแสน อำเภอแม่สาย อำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอดอยหลวง จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากอำเภอ อัตราส่วน 5:1 จากทั้งหมด 18 อำเภอ ได้ดังนี้ เขตที่ 1 ได้แก่ อำเภอเมือง (16 ตำบล) เขตที่ 2 ได้แก่ อำเภอขุนตาล (3 ตำบล) เขตที่ 3 ได้แก่ อำเภอเทิง (10 ตำบล) เขตที่ 4 ได้แก่ อำเภอแม่จัน (11 ตำบล)

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจับสลากเพื่อคัดเลือกตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อัตราส่วน 5:1 พบตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ตำบล ได้แก่ อำเภอเมือง จำนวน 3 ตำบล อำเภอขุนตาล จำนวน 1 ตำบล อำเภอเทิง จำนวน 2 ตำบล และอำเภอแม่จัน จำนวน 2 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลาก (ตามรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก มีโอกาสเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ตำบลละ 50 คน (รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 400 คน)



เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว มากกว่า 1 ปี
2. อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย
3. สัมภาษณ์และยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
2. ถอนตัวออกจากการวิจัย
3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยข้อคำถามมีทั้งลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist questions) และแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended questions)

ส่วนที่ 2 เครื่องชี้วัดปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20 [SPST-20])⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดมาตรฐานที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดระดับความเครียดที่เหมาะสมกับคนไทย โดยใช้กรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจและสังคม

2) แบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) ของสปีลเบอร์เกอร์⁽¹¹⁾ เป็นแบบวัดความวิตกกังวลมาตรฐานได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต⁽¹²⁾

3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)⁽¹³⁾ เป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)⁽¹³⁾ เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า เกณฑ์การประเมินคะแนน ≤ 7 ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับน้อยมาก คะแนน 7 - 12 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย คะแนน 13 - 18 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง คะแนน ≥ 19 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง



การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ภายหลังสร้างเครื่องมือเสร็จ นำเครื่องมือไปตรวจสอบโครงสร้างของเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความหมายและการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ด้วยวิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ (Index of item - Objective Congruence: IOC) พร้อมแนบโครงร่างวิจัยฉบับย่อและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการหาความตรงเชิงเนื้อหาแก่ผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC = 0.87

2. ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน คำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์ไครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีค่า = 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยขอรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จากนั้นเชื่อมโยงไปหาผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก)
3. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
4. ทีมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
5. ผู้ช่วยนักวิจัยขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลและเก็บข้อมูลโดยสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย ด้วยสถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย หมายเลขใบรับรอง COA.P2-012/2565 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice)



ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 400 คน โดยมีผลการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (n=400)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ	ชาย	102	25.5
	หญิง	298	74.5
อายุ (ปี) เฉลี่ย 45.2 ปี	20-29	35	8.8
	30-39	126	31.5
	40-49	196	49.0
	50-59	32	8.0
	60 ปีขึ้นไป	11	2.7
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	4.7
	ประถมศึกษา	78	19.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95	23.8
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	148	37.0
	อนุปริญญา/ปวส.	22	5.5
	ปริญญาตรี	30	7.5
	ปริญญาโท	8	2.0
สถานภาพสมรส	โสด	103	25.8
	สมรส	262	65.5
	หม้าย/หย่า/แยก	35	8.7
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอและเหลือเก็บ	84	21.0
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	212	53.0
	ไม่เพียงพอ	92	23.0
	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน	12	3.0
สัมพันธภาพในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311	77.7
	มีความขัดแย้งในครอบครัวบางครั้ง	87	21.8
	มีความขัดแย้งในครอบครัวตลอดเวลา	2	0.5
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์	พ่อ-แม่	188	47.0
	สามี-ภรรยา	20	5.0
อย่างไร	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	96	24.0
	ลุง-ป้า-น้า-อา	56	14.0
	พี่น้อง	40	10.0



จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 45.2 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 49.0 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 148 คน ร้อยละ 37.0 สถานภาพสมรส 262 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ 212 คน คิดเป็นร้อยละ 53.0 สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ 77.7 ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นพ่อหรือแม่ จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 47.0

2. ผลการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิต

2.1 ผลการวิเคราะห์ความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test 20 [SPST-20]) แสดงผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test 20 [SPST-20]) (n=400)

ระดับความเครียด	ความถี่	ร้อยละ
ความเครียดระดับน้อย (คะแนน 0-23)	201	50.2
ความเครียดระดับปานกลาง (คะแนน 24-41)	165	41.3
ความเครียดระดับสูง (คะแนน 42-61)	22	5.5
ความเครียดในระดับรุนแรง (คะแนน 62 ขึ้นไป)	12	3.0

จากตารางที่ 2 พบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบประเมินความเครียดสวนปรงอยู่ในความเครียดระดับน้อย จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 50.2 รองลงมา ได้แก่ ความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3

2.2 ผลการวิเคราะห์ความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 [STAI form Y-1]) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) (n=400)

ระดับความวิตกกังวล	ความถี่	ร้อยละ
ความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-40 คะแนน)	218	54.5
ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (41-60 คะแนน)	156	39.0
ความวิตกกังวลระดับสูง (61-80 คะแนน)	26	6.5

จากตารางที่ 3 พบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) อยู่ในความวิตกกังวลระดับต่ำ จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับปานกลาง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0



2.3 ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน 2Q/9Q ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน 2Q/9Q (n=400)

ภาวะซึมเศร้า	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า (≤ 7 คะแนน)	261	65.3
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7 – 12 คะแนน)	89	22.2
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	34	8.5
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	16	4.0

จากตารางที่ 4 พบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน 2Q/9Q ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมา ได้แก่ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2

3. ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (ระดับความเครียด ระดับความวิตกกังวล ระดับภาวะซึมเศร้า) ดังแสดงในตารางที่ 5 – 7

ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ระดับความเครียด				χ^2	p-value
			น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
เพศ	ชาย	102	31	67	2	2	17.634**	0.001
		(25.5)	(7.75)	(16.75)	(0.5)	(0.5)		
	หญิง	298	170	98	20	10	7.328	0.062
		(74.5)	(42.5)	(24.5)	(5.0)	(2.5)		
อายุ (ปี)	20-29	35	18	15	1	1	7.328	0.062
		(8.75)	(4.5)	(3.75)	(0.25)	(0.25)		
	30-39	126	56	65	3	2		
		(31.5)	(14.0)	(16.25)	(0.75)	(0.50)		
	40-49	196	102	76	13	5		
		(49.0)	(25.5)	(19.0)	(3.25)	(1.25)		
	50-59	32	20	5	4	3	7.328	0.062
		(8.0)	(5.0)	(1.25)	(1.0)	(0.75)		
	60 ปีขึ้นไป	11	5	4	1	1		
		(2.75)	(1.25)	(1.0)	(0.25)	(0.25)		



ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับความเครียด					χ^2	p-value
		น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง			
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19 (4.75)	10 (2.5)	6 (1.5)	2 (0.5)	1 (0.25)	3.411	0.332
	ประถมศึกษา	78 (19.5)	40 (10.0)	30 (7.5)	5 (1.25)	3 (0.75)		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95 (23.75)	52 (13.0)	36 (9.0)	4 (1.0)	3 (0.75)		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	148 (37.0)	77 (19.25)	66 (16.5)	4 (1.0)	1 (0.25)		
	อนุปริญญา/ปวส.	22 (5.5)	8 (2.0)	10 (2.5)	2 (0.5)	2 (0.5)		
	ปริญญาตรี	30 (7.5)	13 (3.25)	13 (3.25)	2 (0.5)	2 (0.5)		
	ปริญญาโท	8 (2.0)	1 (0.5)	4 (1.0)	3 (0.75)	0 (0.0)		
สถานภาพสมรส	โสด	103 (25.75)	56 (14.0)	42 (10.5)	4 (1.0)	1 (0.25)	2.135	0.401
	สมรส	262 (65.5)	130 (32.5)	109 (37.25)	15 (3.75)	8 (2.0)		
	หม้าย/หย่า/แยก	35 (8.75)	15 (3.75)	14 (3.5)	3 (0.75)	3 (0.75)		
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอและเหลือเก็บ	84 (21.0)	52 (13.0)	28 (7.0)	3 (0.75)	1 (0.25)	9.372*	0.030
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	212 (53.0)	119 (29.75)	83 (20.75)	8 (2.0)	2 (0.5)		
	ไม่เพียงพอ	92 (23.0)	28 (7.0)	52 (13.0)	7 (1.75)	5 (1.25)		
	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน	12 (3.0)	2 (0.5)	2 (0.5)	4 (1.0)	4 (1.0)		



ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ระดับความเครียด				χ^2	p-value
			น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311 (77.75)	184 (46.0)	111 (27.75)	12 (3.0)	4 (1.0)	8.919*	0.038
	มีความขัดแย้งในครอบครัวบางครั้ง	87 (21.75)	17 (4.25)	54 (13.5)	10 (2.5)	6 (1.5)		
	มีความขัดแย้งในครอบครัวตลอดเวลา	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.5)		
	พ่อแม่	188 (47.0)	92 (23.0)	82 (20.5)	10 (2.5)	4 (1.0)		
	สามี-ภรรยา	20 (5.0)	10 (2.5)	7 (1.75)	2 (0.5)	1 (0.25)		
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับผู้ดูแล	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	96 (24.0)	45 (11.25)	38 (9.5)	8 (2.0)	5 (1.25)	1.158	0.543
	ลุง-ป้า-น้า-อา	56 (16.0)	27 (6.75)	27 (6.75)	1 (0.25)	1 (0.25)		
	พี่น้อง	40 (10.0)	27 (6.75)	11 (2.75)	1 (0.25)	1 (0.25)		

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับเพศ ความเพียงพอของรายได้และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล		ความถี่	ระดับความวิตกกังวล			χ^2	p-value
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ	ชาย	102 (25.5)	49 (12.25)	51 (12.75)	2 (0.5)	9.234*	0.029
	หญิง	298 (74.5)	169 (42.25)	105 (26.25)	24 (6.0)		
อายุ (ปี)	20-29	35 (8.75)	18 (4.5)	11 (2.75)	2 (0.5)	6.359	0.074
	30-39	126 (31.5)	59 (14.75)	65 (16.25)	8 (2.0)		
	40-49	196 (49.0)	115 (28.75)	68 (17.0)	10 (2.5)		



ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความถี่	ระดับความวิตกกังวล			χ^2	p-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ระดับการศึกษา	50-59	32 (8.0)	21 (5.25)	8 (2.0)	5.321	0.295
	60 ปีขึ้นไป	11 (2.75)	5 (1.25)	4 (1.0)		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19 (4.75)	12 (3.0)	5 (1.25)		
	ประถมศึกษา	78 (19.5)	45 (11.25)	28 (7.0)		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95 (23.75)	58 (14.5)	32 (8.0)		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	148 (37.0)	76 (19.0)	66 (16.5)		
	อนุปริญญา/ปวส.	22 (5.5)	10 (2.5)	10 (2.5)		
	ปริญญาตรี	30 (7.5)	16 (4.0)	11 (2.75)		
	ปริญญาโท	8 (2.0)	1 (0.25)	4 (1.0)		
	สถานภาพสมรส	103 (25.75)	58 (14.5)	42 (10.5)		
ความเพียงพอของรายได้	โสด	262 (65.5)	144 (36.0)	100 (25.0)	4.581	0.312
	สมรส	35 (8.75)	16 (4.0)	14 (3.5)		
	หม้าย/หย่า/แยก	84 (21.0)	45 (11.25)	32 (8.0)		
	เพียงพอและเหลือเก็บ	212 (53.0)	118 (29.5)	82 (20.5)		
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	92 (23.0)	47 (11.75)	39 (9.75)		
	ไม่เพียงพอ	12 (3.0)	8 (2.0)	3 (0.75)		
	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน			1 (0.25)		



ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ความถี่	ระดับความวิตกกังวล			χ2	p-value
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311 (77.75)	173 (43.25)	118 (29.5)	20 (5.0)	7.456	0.052
	มีความขัดแย้งในครอบครัว	87 (21.75)	45 (11.25)	37 (9.25)	5 (1.25)		
	บางครั้ง						
	มีความขัดแย้งในครอบครัว	2 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.25)	1 (0.25)		
	ตลอดเวลา						
ความสัมพันธ์ ระหว่างผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรค เรื้อรังกับผู้ดูแล	พ่อแม่	188 (47.0)	108 (27.0)	68 (17.0)	12 (3.0)	5.518	0.088
	สามี-ภรรยา	20 (5.0)	10 (2.5)	7 (1.75)	3 (0.75)		
	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	96 (24.0)	51 (12.75)	37 (9.25)	8 (2.0)		
	ลุง-ป้า-น้า-อา	56 (16.0)	29 (7.25)	25 (6.25)	2 (0.5)		
	พี่น้อง	40 (10.0)	20 (5.0)	19 (4.75)	1 (0.25)		

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับเพศที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 7 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ระดับอาการภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
			ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง		
เพศ	ชาย	102 (25.5)	61 (15.25)	32 (8.0)	6 (1.5)	3 (0.75)	12.594**	0.001
	หญิง	298 (74.5)	200 (50.0)	57 (19.25)	28 (7.0)	13 (3.25)		
อายุ (ปี)	20-29	35 (8.75)	18 (4.5)	12 (3.0)	3 (0.75)	2 (0.5)	5.398	0.089
	30-39	126 (31.5)	88 (22.0)	28 (7.0)	7 (1.75)	3 (0.75)		
	40-49	196 (49.0)	132 (33.0)	40 (10.0)	18 (4.5)	6 (1.5)		



ตารางที่ 7 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับอาการภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value	
		ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง			
ระดับการศึกษา	50-59	32	18	5	5	4	5.559	0.095
		(8.0)	(4.5)	(1.25)	(1.25)	(1.0)		
	60 ปีขึ้นไป	11	5	4	1	1		
		(2.75)	(1.25)	(1.0)	(0.25)	(0.25)		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	10	6	2	1		
		(4.75)	(2.5)	(1.5)	(0.5)	(0.25)		
	ประถมศึกษา	78	49	20	6	3		
		(19.5)	(12.25)	(5.0)	(1.5)	(0.75)		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95	64	20	8	3		
		(23.75)	(16.0)	(5.0)	(2.0)	(0.75)		
สถานภาพสมรส	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	148	104	28	11	5	3.659	0.312
		(37.0)	(26.0)	(7.0)	(2.75)	(1.25)		
	อนุปริญญา/ปวส.	22	10	7	3	2		
		(5.5)	(2.5)	(1.75)	(0.75)	(0.5)		
	ปริญญาตรี	30	20	5	3	2		
		(7.5)	(5.0)	(1.25)	(0.75)	(0.5)		
	ปริญญาโท	8	4	3	1	0		
		(2.0)	(1.0)	(0.75)	(0.25)	(0.0)		
	โสด	103	73	19	9	2		
		(25.75)	(18.25)	(4.75)	(2.25)	(0.5)		
ความเพียงพอของรายได้	สมรส	262	173	56	22	11	3.581	0.325
		(65.5)	(43.25)	(14.0)	(5.5)	(3.75)		
	หม้าย/หย่า/แยก	35	15	14	3	3		
		(8.75)	(3.75)	(3.5)	(0.75)	(0.75)		
	เพียงพอและเหลือเก็บ	84	62	17	4	1		
		(21.0)	(15.5)	(4.25)	(1.0)	(0.25)		
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	212	145	43	18	7	3.581	0.325
		(53.0)	(36.25)	(10.75)	(4.5)	(1.75)		
	ไม่เพียงพอ	92	48	25	9	5		
		(23.0)	(12.0)	(6.25)	(2.25)	(1.25)		
ความเพียงพอของรายได้	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน	12	6	4	3	3	3.581	0.325
		(3.0)	(1.5)	(1.0)	(0.75)	(0.75)		



ตารางที่ 7 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับอาการภาวะซึมเศร้า					χ^2	p-value
		ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง			
สัมพันธ์ภายในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311	202	75	22	12	6.456	0.089
	มีความขัดแย้งในครอบครัวบางครั้ง	(77.75)	(50.5)	(18.75)	(5.5)	(3.0)		
	มีความขัดแย้งในครอบครัวตลอดเวลา	87	59	14	11	3		
	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	(21.75)	(14.75)	(3.5)	(2.75)	(0.75)		
	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	2	0	0	1	1		
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์อย่างไร	พ่อแม่	188	120	42	18	8	4.652	0.355
	สามี-ภรรยา	(47.0)	(30.0)	(10.5)	(4.5)	(2.0)		
	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	20	9	7	3	1		
	ลูก-ป้า-น้า-อา	(5.0)	(2.25)	(1.75)	(0.75)	(0.25)		
	พี่น้อง	96	62	21	8	5		
		(24.0)	(15.5)	(5.25)	(2.0)	(1.25)		
		56	39	13	3	1		
		(16.0)	(9.75)	(3.25)	(0.75)	(0.25)		
		40	31	6	2	1		
		(10.0)	(7.75)	(1.5)	(0.5)	(0.25)		

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเพศ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้รับหน้าที่อันท้าทายอย่างยิ่งในชีวิต คือ การดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลอันเป็นที่รักในช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลที่ต้องทุ่มเทนอกจากแรงกายที่มากกว่าดูแลผู้สูงอายุทั่วไปแล้ว สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วย ยิ่งยากจะเข้าใจ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ การเฝ้าระวังการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักนั้นมีความสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของการดำเนินโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ ปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดในผู้ดูแลที่สามารถพบได้ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) คิดเป็นร้อยละ 95 และภาวะซึมเศร้า (Depression) คิดเป็นร้อยละ 45 อาการของภาวะทางจิตใจจากอาการที่รุนแรง (Posttraumatic Stress Disorder) ภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological Distress) ได้แก่ รู้สึกไม่มีคนช่วยเหลือ (Helplessness) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) สิ้นหวัง (Hopelessness) ความมีศักดิ์ศรีลดลง (Loss of Dignity) รู้สึกผิด (Guilt) คุณภาพชีวิตย่ำแย่ (Impaired Quality of Life) และมีความคิดอยากตาย (Suicidal Ideation)⁽¹⁵⁾



การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory) ที่กล่าวว่าความเครียด (Stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าส่งผลต่อสวัสดิภาพและเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง และมีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อยถึงระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.5) สอดคล้องกับการวิจัยความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.26$, $SD = 1.12$)⁽¹⁶⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้พลังกาย พลังใจและต้องทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบ อาจเกิดความเครียดสะสม ผลของความเครียดยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ในขณะที่การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 40.09$, $SD = 14.85$) เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 61.88) อายุเป็นเงื่อนไขภายในบุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดได้ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และยังได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ได้แก่ เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 58.12) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาศัยคนดูแลบ้างแต่ไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ที่พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับเพศ ความเพียงพอของรายได้และความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยพบว่าความเครียดมักพบในผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงมากกว่า อาจเกิดจากความวิตกกังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วยและกิจวัตรประจำวันของตัวเอง อีกทั้งความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต รู้สึกมั่นคงในชีวิต จึงส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตที่ดี ในขณะที่เดียวกันเมื่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น จะส่งผลให้ความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลลดลง ซึ่งให้เห็นว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่ญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความเห็นใจ ความผูกพันซึ่งกันและกันมาก ทำให้ญาติรู้สึกกังวลกับสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ทรมานหรืออันตรายจากโรค⁽¹⁸⁾ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลจะเผชิญกับความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกจึงเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยลดความเครียดได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจต้องการความเป็นส่วนตัวที่จะพักหรือต้องการการช่วยเหลือบางครั้งในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การเสนอแนะให้ผู้ดูแลหลักไปพักผ่อน เทียว ทำบุญหรือการกระทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่สามารถช่วยลดความเครียดจากการดูแลได้ เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ การเล่นโยคะ การฝึกการหายใจ และวิธีการผ่อนคลายอื่น⁽⁶⁾

ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกต่อสิ่งเร้าที่คาดว่าจะมีผลคุกคามหรืออันตรายต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้หรืออาจเกิดจากการคาดคะเนเหตุการณ์ ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สุขสบายใจ ยากลำบากใจ หวาดหวั่น และเกิดความ



ไม่พึงพอใจ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลมักจะประเมินสถานการณ์และเกิดความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดจนการดูแลรักษา หากอาการรุนแรงมากขึ้นความวิตกกังวลก็ยิ่งสูงตามไปด้วย การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.5) มีความวิตกกังวลในระดับน้อยถึงปานกลาง แสดงถึงความเข้าใจโรคหรือการดูแลรักษาโรค ตลอดจนความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่อาจจะไม่ได้รุนแรงมากนัก การศึกษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลทั่วไปโดยมักวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดเป็นภาระความเครียดทุกซอกและทุกด้าน⁽¹⁹⁾ ซึ่งความวิตกกังวลนั้นเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกตึงเครียดของผู้ดูแลที่เกิดจากการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเองว่าอาจได้รับอันตรายหรือถูกคุกคาม⁽²⁰⁾ การศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมักมีความวิตกกังวลในเรื่องอาการของผู้ป่วยเอง ตลอดจนการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย⁽²¹⁾ ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย และการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยที่ถูกต้อง จะช่วยลดความกังวลและความกลัวของผู้ดูแลได้⁽²²⁾ นอกจากนี้ สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ ความรู้และทักษะในการดูแลและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย⁽²³⁾ เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 4.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของอยู่ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว ร้อยละ 4⁽²⁴⁾ และการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ⁽²⁵⁾ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าในบทบาทผู้ดูแล ในขณะเดียวกันการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชิดชาย ชยวิทย์⁽²⁶⁾ โดยเหตุผลที่พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกำลังหลักในการทำงานหาเงินให้ครอบครัวเมื่อมีภาวะความพิการทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพฤติกรรมผู้ป่วย มีแนวโน้ม โกรธและโมโหง่าย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือกันไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวและในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยากดูแลผู้ป่วย พอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย ไม่คิดว่าเป็นภาระ เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารผู้ป่วยและความเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากการวิจัย พบว่า สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังเป็นปัญหาทั้งความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ถึงแม้จะอยู่ในระดับไม่สูงมาก แต่ก็ถือว่าเป็นปัญหาที่ควรจะต้องได้รับการเอาใจใส่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมจะส่งผลถึงการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการดำเนินโรคของผู้สูงอายุในทิศทางที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่สนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) ที่ช่วยให้ข้อมูลในการทำวิจัยจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2022. (in Thai)
2. The Bureau of Registration Administration (BORA). Population statistics by province, December 2022 [internet]. 2023 [cited 2023 June 10]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3> (in Thai)
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for psychological social care of the elderly to prevent mental health problems. 4th ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2015. (in Thai)
4. Kitreerawutiwong N. Chronic illness care in primary care. J Pub Health Nurse 2016;30(1):113-26.
5. Strategy and planning division, Ministry of Public Health. Standard report of Ministry of Public Health [internet]. 2023 [cited 2023 June 10]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)



6. Supaporn K. Caregiver burden and mental health problems among the caregivers of the elderly at home-based palliative stage. *KJN* 2020;27(1):150-61. (in Thai)
7. Aggar C. Issues caring burden. *Australian Nursing Journal* 2012;20(5):35.
8. Gray R., Thepsuwan S., Thongcharoenchupong N., Poomsaithong P. Elderly care: happiness and stress. 1st ed. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research. Mahidol University; 2013. (in Thai)
9. Roscoe JT. Fundamental research statistics for the behavioral sciences. New York: Holt Rinehart and Winston, Inc; 1969.
10. Mahatnirunkul S, Pumpisalchai W, Thapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. *Bulletin of Suan Prung* 1997;13(3):1-20. (in Thai)
11. Spielberger CD. Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
12. Tapinta D. Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive reconstructing and mindfulness training. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1991. (in Thai)
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidebook of depressive disorders surveillance and care : provincial level (revised edition III; 2014); 2014. (in Thai)
14. McMillan SC, Small BJ. Using the cope intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncol. Nurs. Forum* 2007;34:313-21.
15. Sanderson C, Lobb EA, Mowll J, Butow PN, McGowan N, Price MA. Signs of post-traumatic stress disorder in caregivers following an expected death: a qualitative study. *Palliat. Med.* 2013;27(7):625-31.
16. Yongpattanaajit S, MonKong S, Sutti N. Caregivers' stress and coping with stress from caring for terminally ill patients in a palliative care unit. *JTNMC* 2020;35(2):117-31. (in Thai)
17. Yoosamran K, Chanaphant S, Keankarn P. Stress and stress-coping of caregivers for dependent older adults, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. *RHPC9Journal* 2022;16(1):1-16. (in Thai)
18. Tabsee P. The factors affect to anxiety among caregivers of terminally ill patients with chronic disease. *JPCN* 2019;2(3):1-16. (in Thai)



19. Juan CAL, Elizabeth N, Teresita VC, Alison D, Miriam JM, Maria LMC. Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Guadalajara, Mexico. *J Rehabil Med* 2011;43:983-6.
20. Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. in Spielberger CD (Ed.). *Anxiety: current trends in theory and research*. New York: Academic Press; 1972.
21. Khongsaman P, Kespichayawattana J, Chimluang J. Factors related to death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients. *KJN* 2020;27(1):85-97. (in Thai)
22. Chansungnoen J, Maneechote P, Sawatdee D. Anxiety in caregiver of patients with traumatic brain injury. *J.SCT* 2017;10(1):71-8. (in Thai)
23. Jaikhamsuep R, Wanaratwichit C. Psychological well-being among caregivers of end of life cancer patients: from concept to practice. *BCNUT J Nurs*. 2019;11(1):213-23. (in Thai)
24. Chaichana K. Depression among family caregivers of long-term care patients in Khuntan district, Chiang Rai, Thailand. *CMJ* 2020;12(2):68-86. (in Thai)
25. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016;61(4):319-30. (in Thai)
26. Chayawatto C. Depression in the caregivers of Stroke patients. *Region 4-5 Medical Journal* 2016;35(1):14-27. (in Thai)



ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ที่เป็นวัณโรคปอด Effect of Brief Intervention Program on Smoking Cessation Behavior in Persons with Pulmonary Tuberculosis

วริฐา พรกิจวรกุล¹, สุนิดา ปรีชาวงษ์^{2*}

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Waritha Pornkijworakul¹, Sunida Preechawong^{2*}

¹Graduated student in Master of Nursing Science program (Adult and Gerontological Nursing),

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

*Corresponding authors, e-mail: Sunida.P@chula.ac.th.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ที่เป็นวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่ เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุและระดับการติดนิโคติน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น ใช้การวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และโทรศัพท์เพื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราค .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=18.916$, $p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.517$, $p<.05$) แสดงให้เห็นว่าควรนำโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นมาบูรณาการในคลินิกวัณโรคเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: วัณโรคปอด การให้คำแนะนำแบบกระชับ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่



Abstract

This quasi-experimental research aimed to analyze the effect of a brief intervention program on smoking cessation behavior among persons with pulmonary tuberculosis. Sixty participants were purposively recruited from a tuberculosis clinic, at a tertiary hospital in Bangkok. The participants were equally divided into a control group and an experimental group. The groups were matched in terms of age and level of nicotine dependence. The control group received conventional nursing care while the experimental group received both the usual care and the brief intervention program. Line video calls and phone calls were made to follow-up the participants. The instrument for collecting data was the smoking cessation behavior questionnaire which demonstrated acceptable internal consistency with alpha coefficients of 0.83. Data were analyzed using the t-test.

The results showed that after the intervention program, the mean score of smoking cessation behavior in the experimental group was significantly higher than before giving the intervention program ($t=18.916$, $p<0.05$). In addition, when comparing the mean scores in both groups, the mean score of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($t=9.517$, $p<0.05$). The results suggested that the brief intervention program should be integrated in the tuberculosis clinic to promote smoking cessation in these patients.

Keywords: pulmonary tuberculosis, brief advice, smoking cessation behavior

บทนำ

วัณโรคปอดและการสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุข⁽¹⁾ จากรายงานในปี ค.ศ. 2020 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า การสูบบุหรี่เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคถึง 1.6 เท่า และมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 730,000 คนทั่วโลกจากการสูบบุหรี่⁽²⁾ การศึกษาการสูบบุหรี่ต่ออุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากวัณโรคในประเทศที่มีภาวะวัณโรคสูง พ.ศ. 2552-2559 ระบุว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนโดยประมาณของวัณโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 24 และจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ร้อยละ 19.4⁽³⁾ การสูบบุหรี่ต่อหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการรักษา ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและเพิ่มการกลับเป็นซ้ำหลังการรักษา^(4, 5) นอกจากนี้การศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อถักโดย Burusie et al.⁽⁶⁾ พบว่า การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสในการรักษาวัณโรคที่ไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 51 การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของวัณโรคตื้อยา⁽⁷⁾ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคเลิกสูบบุหรี่ จึงเป็นการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดวัณโรคตื้อยา เพิ่มผลสำเร็จในการรักษา ลดอัตราการตายและการกลับเป็นซ้ำหลังการรักษา



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ แต่ผู้ป่วยโรคปอดบางส่วนยังคงสูบบุหรี่เช่นเดิม และมีแนวโน้มหันไปพึ่งพาผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ควัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ไม่เหมาะสม⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดส่วนใหญ่ มีความสนใจ⁽⁹⁾ และตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่⁽¹⁰⁾ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเป็นโอกาสสำคัญที่บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจะแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับฟังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่⁽¹¹⁾ ทว่าผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่ มักจะไม่ได้รับการถามถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือแนะนำให้เลิกบุหรี่^(11, 12) ทั้งนี้พบว่า มีอุปสรรคหลายประการเชื่อมโยงกับระบบการรักษายาสูบ เช่น การขาดการประสานงานระหว่างทีมรักษาร่วมโรคกับการเลิกบุหรี่ การขาดความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เป็นต้น⁽¹²⁾ นอกจากนี้บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพอาจไม่ตระหนักว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อการรักษาโรค⁽¹³⁾ การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความท้าทายของการบูรณาการการเลิกบุหรี่ยุบรวมกับงานประจำในคลินิกโรค⁽¹⁴⁾

ในประเทศไทยมีข้อเสนอแนะว่าการจัดบริการที่เหมาะสมในคลินิกโรค ควรให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ลดการสัมผัสผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ๆ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องการแพร่กระจายเชื้อ การส่งผู้ป่วยไปบำบัดที่คลินิกเลิกบุหรี่ จึงมักจะทำเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะไม่แพร่กระจายเชื้อ คือ อย่างน้อย 14 วัน - 2 เดือน⁽¹⁵⁾ และการให้บริการเลิกบุหรี่ในคลินิกโรค ยังทำแค่เพียงการสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่และลงบันทึกไว้ ทว่ายังไม่ได้มุ่งเน้นการบำบัดหรือช่วยให้เลิกบุหรี่ ดังนั้นผู้ป่วยโรคที่สูบบุหรี่บางส่วน จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างการรักษา⁽¹⁴⁾ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในคลินิกโรค น่าจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดพยาบาลในคลินิกโรคซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ⁽¹⁶⁾ ให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จในคลินิกโรค ให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่แบบสั้นกระชับในผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบำบัด และเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทย งานวิจัยที่ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคยังมีค่อนข้างน้อย มีการศึกษาโดย Wanauppatumkud⁽¹⁷⁾ ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 52.7 แต่งานวิจัยดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 19 คน ใช้การให้คำปรึกษาแบบเข้ม (Intensive counseling) ใช้เวลาประมาณ 10-60 นาที ซึ่งวิธีการดังกล่าวอาจจะไม่เหมาะสม ที่จะนำมาใช้ปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในคลินิกโรคได้ ส่วนในต่างประเทศ Whitehouse et al.⁽¹⁸⁾ ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า สามารถแบ่งรูปแบบการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การให้คำแนะนำแบบสั้น การให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรม การให้ยา และดูแล/สนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการระบุว่า การให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นรูปแบบบริการเลิกบุหรี่ที่มีความคุ้มค่า⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้การให้คำแนะนำแบบสั้นเพื่อเลิกบุหรี่พร้อมกับการมีที่เลี้ยงดูและการรับประทานยา (Directly Observe Treatment) มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ^(5, 20) และจากการสำรวจสถิติการใช้งานดิจิทัล (Digital) พบว่า ปี ค.ศ. 2022 ประเทศไทยมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มากเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 92.8)⁽²¹⁾ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น โดยนำ



แอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดที่สูบบุหรี่ในคลินิกวินโรค มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อย่างเหมาะสม เพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่และมีแนวทางในการเลิกบุหรี่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เป็นวินโรคปอดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย ผู้ที่เป็นวินโรคปอดที่สูบบุหรี่ภายหลังได้รับโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคตินในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564⁽²²⁾ และการทบทวนวรรณกรรม แนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าวแนะนำให้ใช้แนวทาง 5A's ในการบำบัดภาวะติดนิโคตินสำหรับผู้ป่วยวินโรค ซึ่งประกอบด้วย Ask (ถามประวัติการสูบบุหรี่) Advise (แนะนำชักชวนให้ผู้สูบบุหรี่) Assessment (ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่) Assist (ช่วยเหลือผู้สูบบวางแผนเลิกบุหรี่) และ Arrange (ติดตาม) ในงานวิจัยนี้ โปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น ประกอบด้วย กิจกรรมรู้จักผู้สูบ (Ask & Assessment) สร้างความตระหนัก (Advise) ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ (Assist) และสนับสนุนให้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Arrange)

โปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ที่เป็นวินโรคปอด

รู้จักผู้สูบ สร้างสัมพันธภาพ ชักประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) ประเมินระดับการติดนิโคติน และระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (Assessment)

สร้างความตระหนัก แจกคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยวินโรคปอด อธิบายถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อการรักษาวินโรค สัมพันธ์กับอาการของกลุ่มตัวอย่าง บอกประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ แนะนำบริการเลิกบุหรี่ แจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าต้องเลิกสูบบุหรี่ (Advise)

ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ใช้การวิดีโอคอล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ให้คำแนะนำแบบสั้น แนะนำวิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง ให้คำแนะนำวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ (Assist)

สนับสนุนให้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ติดตามกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง (Arrange) เมื่อครบสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 6 หลังการให้คำแนะนำแบบสั้นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคตินต่อเนื่อง การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และให้กำลังใจ

พฤติกรรม
การเลิกบุหรี่



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่ เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 60 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power หาขนาดอิทธิพล (Effect size) ของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของ Makmai et al.⁽²³⁾ กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of analysis) = .80 ค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง = .50 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน รวม 54 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10⁽²⁴⁾ จะได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยนอก คลินิกวัณโรค 2) อายุระหว่าง 20-60 ปี 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด 4) อยู่ในระยะเข้มข้นของการรักษา (ระยะ 8 สัปดาห์แรกของการรักษา) 5) สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 6) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก และ 7) สามารถใช้งานการโทรผ่านวิดีโอคอลในแอปพลิเคชันไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคแทรกซ้อน หรืออาการรุนแรง ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ 3) ย้ายที่อยู่หรือสิทธิการรักษาพยาบาลก่อนการวิจัยจะสิ้นสุดลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และร้อยละ ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ประกอบด้วยประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ปริมาณและความถี่ในการสูบ 2) แบบทดสอบวัดระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)⁽²⁵⁾ จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน⁽²⁶⁾ ต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง ติดยาโคตินระดับต่ำ 4-6 คะแนน หมายถึง ติดยาโคตินระดับปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึง ติดยาโคตินระดับสูง และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่⁽²³⁾ จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่จำนวน 9 ข้อ หลักเลียงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากบุหรี่ 4 ข้อ และการลดปริมาณการสูบ 1 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่เคยทำเลย (1 คะแนน) - ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมเลิกบุหรี่เหมาะสมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมเลิกบุหรี่ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่แบบสั้น ซึ่งพัฒนาจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดยาโคตินในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564⁽²²⁾ และการทบทวนวรรณกรรม กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมรู้จักผู้สูบบุหรี่ (Ask & Advise) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงของการติดยาโคติน สร้างความตระหนัก (Advise) ให้ข้อมูลผลกระทบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และวัณโรค ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ (Assist) ให้คำแนะนำแบบสั้น แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และสนับสนุนให้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Arrange) ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้กำลังใจ และส่งต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจ ไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามต่อเนื่อง โดยใช้การวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคและการทำ Directly Observe Treatment ใช้เวลาสั้น ๆ 10-15 นาที สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอน เรื่องผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อการรักษาวัณโรคปอด และการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอด และคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.8–1.00 เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่ 30 คน พบว่า แบบทดสอบวัดระดับการติดยาโคติน และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมการช่วยเหลือเลิกบุหรี่แบบสั้น ได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ อีกทั้งนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ 27 กันยายน 2565 เลขที่ 192/65 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เมื่อ 22 พฤศจิกายน 2565 เลขที่ 117 ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการวิจัย ในขณะที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 22 พฤศจิกายน 2565 - 20 มีนาคม 2566 ตั้งแต่วันจันทร์ถึงอาทิตย์ เวลา 08.00-20.00 น. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกที่มาใช้บริการ เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนอีก 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะรอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ณ ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตากสิน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธ์ภาพ สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินการติดยาโคติน และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จากนั้นมอบคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยจัดทำ และนัดหมายติดตามครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ส่งต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจไปยังคลินิกเลิกบุหรี่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามต่อเนื่อง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) กิจกรรมรู้จักผู้สูบบุหรี่ (Ask & Assessment) สร้างสัมพันธ์ภาพ สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินการติดยาโคติน และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ กิจกรรมสร้างความตระหนัก มอบคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด อธิบายถึงผลกระทบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และวัณโรค ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ แจ้งผู้ป่วยว่าต้องเลิกสูบบุหรี่ แนะนำบริการเลิกบุหรี่ (Advise) (10-15 นาที)

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2) กิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยให้คำแนะนำแบบสั้นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Advise) แนะนำวิธีเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การจัดการอาการถอนนิโคติน การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ (Assist) นัดหมายการติดตาม (10-15 นาที)



ครั้งที่ 3-5 กิจกรรมสนับสนุนให้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง (Arrange) ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 6 ใช้เวลาประมาณ 3-10 นาที ติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และให้กำลังใจ นัดหมายติดตาม ภายหลังการทดลองสองสัปดาห์

ในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ส่งต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 41.36 ปี (SD=11.45) ส่วนกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 42.50 ปี (SD=11.49) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.33 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.67 ดังแสดงตารางที่ 1

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมสูบบุหรี่เฉลี่ย 15.97 ปี กลุ่มทดลองสูบบุหรี่เฉลี่ย 14.70 ปี กลุ่มควบคุมสูบบุหรี่ 13.93 มวนต่อวัน และกลุ่มทดลองสูบบุหรี่ 14.40 มวนต่อวัน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสูบบุหรี่ซิการ์เรต ร้อยละ 96.67 ในขณะที่ร้อยละ 3.33 สูบทั้งบุหรี่ซิการ์เรตและบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ทั้งสองกลุ่มติดนิโคตินระดับสูง ร้อยละ 26.67 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	30 (100.00)	30 (100.00)
อายุ (ปี)		
20 – 44	14 (46.67)	14 (46.67)
45 – 59	16 (53.33)	14 (46.67)
≥ 60	0 (0.00)	2 (6.67)
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}=42.63$ (SD=11.73)	$\bar{X}=42.50$ (SD=11.69)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่ (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1 (3.33)	3 (10.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	13 (43.33)	11 (36.67)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7 (23.33)	9 (30.00)
ปวช./ปวส.	5 (16.67)	4 (13.33)
ปริญญาตรี	4 (13.33)	3 (10.00)
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่		
ค่าเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}=15.97$ (SD=8.83)	$\bar{X}=14.70$ (SD=7.82)
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันใน 7 วันที่ผ่านมา		
ค่าเฉลี่ย (มวน)	$\bar{X}=13.93$ (SD=6.82)	$\bar{X}=14.40$ (SD=6.57)
ประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ		
ซิการ์เรต	29 (96.67)	29 (96.67)
ซิการ์เรตและบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์	1 (3.33)	1 (3.33)
ระดับการติดยาโคติน		
ต่ำ (<4 คะแนน)	10 (33.33)	10 (33.33)
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	12 (40.00)	12 (40.00)
สูง (7-10 คะแนน)	8 (26.67)	8 (26.67)

3. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรคปอด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยังคงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทำนองเดียวกัน พบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 30)					
ก่อนทดลอง	22.60	3.60	29	6.986	<.001
หลังทดลอง	24.90	3.27			
กลุ่มทดลอง (n = 30)					
ก่อนทดลอง	23.37	3.71	29	18.916	<.001
หลังทดลอง	33.97	4.06			



เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น โดยใช้สถิติ Independent t-test ก่อนการเปรียบเทียบ ค่า Levene's test for equality of variances ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม การเลิกบุหรี่	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง (n = 30)					
กลุ่มควบคุม	22.60	3.60	58	0.813	0.210
กลุ่มทดลอง	23.37	3.71			
หลังทดลอง (n = 30)					
กลุ่มควบคุม	24.90	3.27	58	9.517	<.001
กลุ่มทดลอง	33.97	4.06			

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น มีพฤติกรรมการเลิกบุหรืสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น ประกอบด้วยกิจกรรมรู้จักผู้สูบบุหรี่ สัมภาษณ์ภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ ชักประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) ประเมินการตัดสินใจ (Assessment) ทำให้ผู้วิจัยทราบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ และระดับการตัดสินใจ จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมสร้างความตระหนัก ผู้วิจัยมอบคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด อธิบายถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อการรักษาวัณโรค ประโยชน์ของการเลิกบุหรื แจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าต้องเลิกสูบบุหรี่ ใช้คำพูดที่กระชับ ชัดเจน หนักแน่น ใช้เวลาสั้น ๆ 10 -15 นาที (Advise) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก รับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด จนเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมโดย Zvolksa et al.⁽¹²⁾ พบว่า การให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรค สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรืได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boeckmann et al.⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีความเต็มใจและพยายามเลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่แรงจูงใจหลักในการเลิกบุหรืคือ เพื่อสุขภาพของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยใช้กิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรื โดยการวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ให้คำแนะนำแบบสั้น แนะนำวิธีเลิกบุหรืด้วยตนเอง การจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ (Assist) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกบุหรืได้ด้วยตนเองและไม่กลับมาสูบบุหรี่ และเข้าสู่กิจกรรมสนับสนุนให้เลิกบุหรือย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดตามกลุ่มตัวอย่าง (Arrange) ติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรื ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้กำลังใจ จนกลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างนำคำแนะนำที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นไปปฏิบัติตาม



ย่อมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al.⁽²⁷⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรคในสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 244 คน ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ โดยบุคลากรทางสาธารณสุข พบว่าเมื่อครบ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernandes et al.⁽²⁸⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำแบบสั้นและติดตามทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นวัณโรค จำนวน 162 คน เริ่มต้นเดือนที่ 2, 3, 4, 5 และจบการรักษา 6 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 67.5

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองยังสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น ได้รับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ใช้หลักการ 5A's โดยการวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์และการติดตามทางโทรศัพท์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้วิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน ใช้การเผชิญกับอาการอยากบุหรี่ที่มีความเหมาะสมกับตนเอง มีทักษะการปฏิเสธ การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง จนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hill Rice et al.⁽²⁹⁾ พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นถึง 1.29 เท่า (RR 1.29, 95%CI = 1.21-1.38)

อนึ่ง ในการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ภายหลังทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มควบคุมยังได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับคำแนะนำจากพยาบาลให้เลิกบุหรี่ด้วย อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดให้แก่กลุ่มควบคุม แต่ไม่ได้ให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ ดังนั้นหากกลุ่มควบคุมอ่านและทำความเข้าใจเนื้อหาในคู่มือเลิกบุหรี่ น่าจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองเพิ่มขึ้น

โปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น ซึ่งพัฒนามาจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคตินในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564⁽²²⁾ ใช้หลักการ 5A's ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างการรักษา โดยใช้การวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการติดตามทางโทรศัพท์นั้น มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการเลิกบุหรี่ ดังนั้น หากพยาบาลในคลินิกวัณโรค ซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและให้ความไว้วางใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่และวัณโรค สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้คู่มือเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรคปอดประกอบการอธิบาย ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น หากยังคงสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำแบบสั้นส่งเสริมการเลิกบุหรีระหว่างการติดตามการรับประทันยารักษาวัณโรค ส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ประกอบกับการติดตามทางโทรศัพท์ ให้กำลังใจและคำแนะนำการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ทุกครั้งในการติดตาม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้น การได้รับคำแนะนำส่งเสริมการเลิกบุหรีแบบสั้นและติดตามอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการทำ Directly Observe Treatment น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลิกบุหรีอย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการ



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกสูบบุหรี่ได้ ตั้งแต่ระยะแรกของการเข้ารับการรักษา จะเป็นการลดโอกาสเกิด ความรุนแรงของโรคระหว่างการรักษา ลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดวินโรคซ้ำๆ เพิ่มผลสำเร็จในการรักษา ลดอัตราการตาย และช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำหลังได้รับการรักษาหายแล้ว เป็นต้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ดำเนินการทดลอง ประเมินผลการวิจัยด้วยตนเอง และประเมินผลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ ไม่ได้ยืนยันผลการวิจัยด้วยการประเมินทางชีวเคมี (Biochemical verification of tobacco cessation) ร่วมด้วยกลุ่มตัวอย่างอาจมีความลำเอียงหรืออคติในการให้ข้อมูล อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ นำโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น ใช้เป็นแนวทางบูรณาการการให้บริการในคลินิกวินโรค พัฒนาเป็นงานประจำส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค และงบประมาณที่สูญเสียไปจากการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในคลินิกวินโรค ด้านการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำร่วมกับการทำ Directly Observe Treatment บูรณาการการเลิกบุหรี่ร่วมกับการรักษา วินโรค ส่งต่อผู้ป่วยรับบริการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามความสมัครใจ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ฯลฯ และมีการขยายเครือข่ายบริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยวินโรคที่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลา การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วอาจจะมีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้อีก ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องหรือตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา เพื่อติดตามพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยการประเมินทางชีวเคมีร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลตากสิน คลินิกวินโรคและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. Zellweger JP, Cattamanchi A, Sotgiu G. Tobacco and tuberculosis: could we improve tuberculosis outcomes by helping patients to stop smoking?. *Eur Respir J.* 2015;45(3):583-5.
2. World Health Organization. Tuberculosis [Internet] 2021 [updated 2023 Apr 21; cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
3. Amere GA, Nayak P, Salindri AD, Narayan K MV, Magee MJ. Contribution of smoking to tuberculosis incidence and mortality in high-tuberculosis-burden countries. *Am J Epidemiol.* 2018;187(9):1846-55.
4. Magis-Escurra C, Tiberi S, Akkerman O, Duarte R. Tuberculosis patients. In: Ravara BS, Dağlı E, Katsaounou P, Lewis EK, Pisinger C, editors. *Supporting Tobacco Cessation*. Sheffield: European Respiratory Society; 2021. p. 181–92.
5. Perriot J, Underner M, Peiffer G. Tuberculosis and tobacco smoking. *Journal of Tuberculosis.* 2018;1:1-4.
6. Burusie A, Enquesilassie F, Addissie A, Dessalegn B, Lamaro T. Effect of smoking on tuberculosis treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2020;15(9):1-20.
7. Wang MG, Huang WW, Wang Yu, Zhang YX, Zhang MM, Wu SQ, et al. Association between tobacco smoking and drug-resistant tuberculosis. *Infect Drug Resist.* 2018;11:873-87.
8. Mariappan VA, Sahu SK, Sarkar S, Kattimani S, Soundappan G. Smoked and smokeless tobacco use among pulmonary tuberculosis patients under RNTCP in urban Puducherry, India. *Indian J Tuberc.* 2016;63(3):158-66.
9. Islam AT, Haque MJ, Hoque MA, Islam RT. Pattern of Smoking Among Tuberculosis Patients: An Analysis in A Tertiary Care Hospital. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal.* 2016;15(1):22-5.
10. Aryanpur M, Masjedi MR, Mortaz E, Hosseini M, Jamaati H, Tabarsi P, et al. Intention to quit smoking and associated factors in smokers newly diagnosed with pulmonary tuberculosis. *Tanaffos.* 2016;15(1):17-24.
11. Boeckmann M, Warsi S, Noor M, Dogar O, Mustagfira EH, Firoze F, et al. Health worker and patient views on implementation of smoking cessation in routine tuberculosis care. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2019;29(1):34.



12. Zvolaska K, Pankova A, Nohavova I, Huque R, Elsey H, Boeckmann M, et al. A narrative review of facilitators and barriers to smoking cessation and tobacco-dependence treatment in patients with tuberculosis in low- and middle-income countries. *Tob Induc Dis.* 2020;18:67.
13. Magee MJ, Darchia L, Kipiani M, Chakhaia T, Kempker RR, Tukvadze N, et al. Smoking behavior and beliefs about the impact of smoking on anti-tuberculosis treatment among health care workers. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;21(9):1049-55.
14. Warsi S, Elsey H, Boeckmann M, Noor M, Khan A, Barua D, et al. Using behaviour change theory to train health workers on tobacco cessation support for tuberculosis patients: a mixed methods study in Bangladesh, Nepal and Pakistan. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1-14.
15. Division of Tuberculosis. National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2021. Bangkok: Division of Tuberculosis; 2021. (in Thai)
16. Panpakdee O. Nursing practice guidelines to help quit smoking: A guide to giving advice to help. *Quitting smoking into full-time work.* 2nd ed: Uptureyou Createnew.; 2013. (in Thai)
17. Wanaupattumkud A. The effect of the stages of change and social support applied to a smoking cessation program among TB patients [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai)
18. Whitehouse E, Lai J, Golub J, Farley J. A systematic review of the effectiveness of smoking cessation interventions among patients with tuberculosis. *Public Health Action.* 2018;8(2):37-49.
19. Preechawong S, Nuchsongsin F, Pittayarangsarit S. Reviews on Effectiveness of Smoking Cessation Interventions among Patients with Chronic Diseases. *J Public Health.* 2015;45(3):324-33. (in Thai)
20. World Health Organization. A guide for tuberculosis patients to quit smoking.: World Health Organization; 2014 [cited 2023 Feb 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112834>.
21. Kemp S. DIGITAL 2022: THAILAND [Internet] 2022 [updated 2022 Feb 15; cited 2023 Feb 25]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-thailand>.
22. Rungruanghiranya S, Krobthong A, Ungchusak C, Yuniband J, Suthisang C, Janwantanakul P, et al. Thailand guidelines for treatment of nicotine dependence. Bangkok: Sintaweekij Printing Part; 2021. (in Thai)
23. Makmai W, Preechawong S, Treenai S. Effect of promoting smoking cessation program for parents to reduce secondhand smoke exposure in pediatric patients with asthma. *Nurs J.* 2019;46(2):59-69. (in Thai)



24. Thato R. Nursing research : concepts to application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2018. (in Thai)
25. Klinsophon T, Janwantanakul P, Thaveeratitham P. Reliability of the Thai Version of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). J Med Assoc Thai. 2017;100(10):1130-4. (in Thai)
26. Heatherton TF, Kozłowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-27.
27. Lin Y, Wang L, Qiu L, Huang Q, Shu Q, Lin H, et al. A smoking cessation intervention among tuberculosis patients in rural China. Public Health Action. 2015;5(3):183-7.
28. Fernandes L, Narvekar A, Lawande D. Efficacy of smoking cessation intervention delivered through mobile tele-counseling among smokers with tuberculosis in a Revised National Tuberculosis Control Program. Indian J Tuberc. 2022;69(2):207-12.
29. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12(12).



ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4
Knowledge, Attitude and Practices to Prevent and Control
Coronavirus Disease 2019 among Emergency Nurses
in hospital with in 4th Public Health Region

พิมพณดา วีระตรีชารุจน์*, เบญญพร บรรณสาร, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120
Pimnada Weeratreecharuj*, Benyaporn Bannaasan, Sirilak Kitsripisarn
Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University,
Pathum Thani 12120

*Corresponding authors, e-mail: Jirawan.seeladlao@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สังกัดโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 167 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ เท่ากับ 0.80, 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.81, 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 19.42, S.D. = 2.37) คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี (Mean = 4.04, S.D. = 0.45) และคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 2.88, S.D. = 0.17) โดยความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = .223$ และ $r = .247$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมความรู้ และทัศนคติเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล สังกัดเขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาล
ห้องฉุกเฉิน



Abstract

This correlational descriptive research aimed to study the knowledge, attitudes and practices related to the prevention and control of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) as well as the relationships between these factors, among emergency nurses in hospitals within the 4th Public Health Region. The study involved a total of 167 participants. The research tools consisted of questionnaires assessing knowledge, attitudes and practices for the prevention and control of Coronavirus disease 2019. These instruments were evaluated for content validity by five qualified experts, giving indices of 0.80, 0.95 and 0.90 respectively. The reliability of the questionnaires was also assessed, resulting in reliability coefficients of 0.81, 0.91, and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that the level of knowledge about Coronavirus disease 2019 was at a fair level (Mean = 19.42, S.D. = 2.37), the scores of attitudes towards Coronavirus disease 2019 were at a good level (Mean = 4.04, S.D. = 0.45) and scores of prevention and control of Coronavirus disease 2019 were at a very good level (Mean = 2.88, S.D. = 0.17). Knowledge and attitude were at a low level of positive correlation ($r = 0.223$, $p < 0.01$ and $r = 0.247$, $p < 0.01$, respectively) with prevention and control of Coronavirus disease 2019.

The results of the research can be used as basic information for knowledge promotion plans and attitudes for the prevention and control of Coronavirus disease 2019 among further groups of emergency nurses in hospital within the 4th Public Health Region.

Keywords: knowledge, attitude, practices to prevent and control Coronavirus Disease 2019, emergency nurses

บทนำ

ไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือ โควิด 19 (COVID-19) เป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ทำให้เกิดเป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงของโรคสูง ถือเป็นวิกฤติการณ์ทางสาธารณสุขของโลกและเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ จากรายงานข้อมูลพบผู้ติดเชื้อทั่วโลก ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 18 มีนาคม 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น มากกว่า 418 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 5 ล้านราย สำหรับประเทศไทยมีรายงานยืนยันการติดเชื้อทั้งสิ้น 2.69 ล้านราย เสียชีวิตทั้งสิ้น 22,594 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565)⁽¹⁾ และยังพบรายงานการติดเชื้อของผู้ป่วยทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก จึงกำหนดให้การระบาดของโควิด 19 เป็นการระบาดในระดับโลก (Pandemic)⁽²⁾



ผลกระทบหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย รวมถึงทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทั่วโลก ทำให้หลายประเทศต้องใช้มาตรการปิดประเทศ (Lock down) รวมถึงประเทศไทยได้ประกาศใช้สถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน (State emergency) ทำให้องค์กรภาคธุรกิจจำนวนมากมีการปิดตัวลงทั้งชั่วคราวและถาวร ส่งผลให้เกิดการเลิกจ้างงาน สูญเสียรายได้ สูญเสียทางเศรษฐกิจในด้านสาธารณสุข เช่น การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เมื่อนับรวมมูลค่าความสูญเสียต่าง ๆ ทั้งหมดคิดเป็นจำนวนเงินสูงถึงปีละ 10,000 ล้านบาท⁽³⁻⁴⁾ และปริมาณจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นบุคลากรการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ และได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นด่านแรกในการประเมินผู้ป่วย มีหน้าที่ดูแลและปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะจุดคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงติดเชื้อโควิด19 ซึ่งบางโรงพยาบาลให้พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นผู้คัดกรองความเสี่ยงโรคโควิด ซึ่งหากผู้ป่วยมาด้วยอาการฉุกเฉินที่ต้องรีบช่วยเหลือทันที การคัดกรองหรือป้องกันอาจทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยการติดเชื้อโควิด19 โดยตรงจากหัตถการ เช่น การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ เป็นต้น อีกทั้งพยาบาลห้องฉุกเฉินต้องดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย และผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้มาโรงพยาบาลด้วยอาการทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งบางครั้งพยาบาลห้องฉุกเฉินอาจไม่ตระหนักถึง ทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อโควิด 19 ได้ มีรายงานการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงานสูงถึงร้อยละ 10 หรือในบางประเทศมีรายงานการติดเชื้อถึง 1 ใน 10 สำหรับประเทศไทยพบรายงานข้อมูลบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ติดเชื้อประมาณ 1,842 ราย โดยพบการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.5 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 12 มีนาคม 2565)⁽⁵⁾ จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการและบริบทโรงพยาบาล เพราะจะช่วยให้มีความปลอดภัยจากการได้รับเชื้อหรือความเสี่ยงจากการติดเชื้อทั้งพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้รับบริการในโรงพยาบาลด้วย⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติ กล่าวคือ หากบุคคลใดมีความรู้ในระดับสูงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดี รวมถึงหากบุคคลใดมีทัศนคติที่ดี ก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งตรงกับทฤษฎีของเบนจามินบลูม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (Knowledge Attitude Practice : KAP) ของเบนจามินบลูม⁽⁷⁾ มาใช้ในการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เป็นพื้นที่เขตปริณตลที่มีอาณาบริเวณที่ใกล้กับกรุงเทพมหานคร เป็นเขตเมืองท่องเที่ยว รวมถึงเป็นแหล่งโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ ที่มีประชาชนอาศัยอยู่จำนวนมากของประเทศ มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิจำนวนทั้งสิ้น 12 แห่ง⁽⁸⁾ จากรายงานข้อมูลพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 4 มากที่สุดในประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ 677 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดในประเทศไทยวันที่ (ข้อมูล ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2563)⁽²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย มีเพียงการศึกษาในพยาบาลกลุ่มอื่นๆ ซึ่งแตกต่างจากบริบทการ



ทำงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อีกทั้งการศึกษาในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีการศึกษาเป็นส่วนน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับประชาชนทั่วไป ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงไม่สามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในเรื่องความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการบริหารทางด้านบริการการพยาบาล และเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ และทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือแพร่กระจายโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้รับบริการและบุคลากรมีความปลอดภัยจากโรคโควิด 19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive study) ดำเนินการเก็บข้อมูล 30 กรกฎาคม 2565-10 มกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 285 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 167 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ 1) สุ่มจากระดับของโรงพยาบาล (Stratified sampling) ได้เป็นสองกลุ่ม คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 10 แห่ง 2) เลือกการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple sampling without replacement) ได้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 10 แห่ง และ 3) คำนวณสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในแต่ละระดับของโรงพยาบาล (Proportionate stratified random sampling) โดยการเทียบบัญญัติโดยตรงจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 167 คน



เกณฑ์การคัดเข้า เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ทุกเพศ

เกณฑ์การคัดออก ปฏิบัติงานเป็นระดับหัวหน้าแผนก ผู้จัดการแผนก ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในห้องฉุกเฉิน ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน หน้าที่ในหน่วยงาน การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลักสูตรที่อบรม ลักษณะการคำถามเป็นปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวทางเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 30 ข้อ เป็นเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบถูกเพียง 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้ ดังนี้ 1) ตอบถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน และ 2) ตอบผิด/ไม่ตอบ เท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์จำแนกระดับแบ่งเป็น 5 ระดับ⁽⁹⁾ ดังนี้ 1) คะแนน 0-17 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ 2) คะแนน 18-20 (ร้อยละ 60-69) หมายถึง มีความรู้ระดับพอใช้ 3) คะแนน 21-23 (ร้อยละ 70-79) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง 4) คะแนน 24-26 (ร้อยละ 80-89) หมายถึง มีความรู้ระดับดี และ 5) คะแนน 27-30 (ร้อยละ 90-100) หมายถึง มีความรู้ระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อ ผลกระทบ อุปสรรค ประโยชน์ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำแนกเป็น 5 ระดับ เลือกคำตอบเดียว รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ หากข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน 2) เห็นด้วย = 4 คะแนน 3) เฉยๆ = 3 คะแนน 4) ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน และ 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน และข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน 2) เห็นด้วย = 2 คะแนน 3) เฉยๆ = 3 คะแนน 4) ไม่เห็นด้วย = 4 คะแนน และ 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 กำหนดการแปลระดับของทักษะคิด ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย⁽¹⁰⁾

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00 หมายถึง ทักษะคิดระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67 หมายถึง ทักษะคิดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึง ทักษะคิดระดับน้อย

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของตนเอง ตามแบบวัดพฤติกรรมที่ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเนื้อหาเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 คำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำแนกเป็น 3 ระดับ เลือกคำตอบเดียว รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ หากข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ 1) ทำทุกครั้ง = 3 คะแนน 2) นาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน และ 3) ไม่เคยทำ = 1 คะแนน และข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ 1) ทำทุกครั้ง = 1 คะแนน 2) นาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน และ 3) ไม่เคยทำ = 3 คะแนน เกณฑ์พิจารณาในระดับพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้⁽⁹⁾



ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ
ค่าเฉลี่ย 1.68 – 2.33	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.67	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบเนื้อหา ด้านความชัดเจนภาษาและโครงสร้างของแบบสอบถาม เพื่อให้มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)⁽¹¹⁾ เท่ากับ 0.80 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และได้ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาคุณสมบัติ เวลาในการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หาความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20⁽¹¹⁾ ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปที่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ตามระยะเวลาที่กำหนด นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ ทั้งนี้ในระหว่างเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทำให้การเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลไม่สะดวก เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคคลภายนอกจำเป็นต้องเพิ่มผู้ช่วยวิจัย โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้ 1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ช่วยวิจัย ทั้ง 7 โรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ สามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการช่วยวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ 2) อธิบายถึงแบบสอบถามทั้งหมด รายละเอียดแต่ละข้อคำถาม และสอบถามถึงข้อสงสัยทั้งหมด ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละเวรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงนามในเอกสารจริยธรรมครบทุกคน ก่อนเริ่มแจกแบบสอบถาม หลังจากได้แบบสอบถามกลับมา ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้วจึงส่งกลับให้ผู้วิจัย ในการเก็บข้อมูลในสถานที่ต่าง ๆ ภายหลังเก็บความข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำความสะอาดข้อมูล (Data cleansing) พบว่า มีหัวหน้าแผนกฉุกเฉินทำแบบสอบถามมาทั้งหมด 4 ท่าน แต่เนื่องจากเป็นเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ทำให้ต้องตัดแบบสอบถามออก 4 ฉบับ จะเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 163 คน



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่รับรอง COA No. 056/2565 รับรองวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งไม่มีการบังคับใด ๆ ในการตอบแบบสอบถาม จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำไปใช้ในวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติ กับการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ และตอบแบบถามครบถ้วน รวมทั้งสิ้น จำนวน 163 คน โดยมีรายละเอียดผลการทดลอง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 163 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 โดยมีอายุในช่วง 20-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 35.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.64 ปี (S.D.= 9.34) มีอายุน้อยที่สุดคือ 22 ปี และอายุสูงสุด คือ 59 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.5 โดยมีประสบการณ์การทำงานมากที่สุดคือช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 27.0 และมีเฉลี่ยเท่ากับ 14.14 ปี (S.D.=9.73) และระยะเวลาประสบการณ์การทำงานที่แผนก ER อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 30.1 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.80 ปี (S.D.=9.12) ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ร้อยละ 65.0 ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติงานประจำแผนกมากที่สุด ร้อยละ 97.5 เจ้าหน้าที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพียงร้อยละ 24.5 โดยระยะเวลาในการอบรมส่วนใหญ่คือการอบรมระยะสั้นคือ 3 วัน และอบรมภายในโรงพยาบาล 1 วัน คิดเป็น ร้อยละ 9.8 และ 13.5 ตามลำดับ

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 19.42, S.D. = 2.37) คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.04, S.D. = 0.45) และระดับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (M = 2.88, S.D. = 0.17) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 4 โดยรวม (n=163)

ตัวแปร	Max	Min	Mean	S.D.	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	24	3	19.42	2.37	ระดับพอใช้
ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.85	2.75	4.04	0.45	ระดับดี
การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3	2	2.88	0.17	ระดับดีมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด ต่อการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.223, p < 0.01$) และทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.247, p < 0.01$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 4 (n=163)

ตัวแปร	1	2	3
1.การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	1		
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.223**	1	
3. ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.247**	.336**	1

** $p < 0.01$

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (Mean=19.42, S.D. = 2.37) โดยด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อาจมีสาเหตุเนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดใหม่ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเพิ่มเติมในประเด็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมน้อยเพียงร้อยละ 24.5 ซึ่งการอบรมน้อยอาจเนื่องมาจากการการเปลี่ยนแปลงไปของเชื้อไวรัส ที่ติดต่อง่ายขึ้น อาการและอาการแสดงเปลี่ยนไปตามเชื้อที่กลายพันธุ์ จึงทำให้การอบรมที่จัดให้อาจไม่ทันต่อการกลายพันธุ์ รวมถึงการช่วงที่มีระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้แต่ละโรงพยาบาลไม่สามารถส่งบุคลากรเข้าอบรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสโคโรนาได้ทั้งหมด เพราะพยาบาลไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลทำให้มีความรู้ในระดับพอใช้ หากเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหากพยาบาลได้รับการอบรมเรื่องโรคโควิด 19 จะมีความรู้ที่ดี⁽¹²⁾ แต่พยาบาลวิชาชีพยังสามารถศึกษาโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้เอง โดยผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ หรือเรียนรู้จากการทำงาน รุ่นพี่พยาบาลในแผนก และเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และประสบการณ์จากการเรียนรู้จากมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งมิให้เกิดการ



แสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดการสั่งสมองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อดังเช่นงานวิจัยที่ผ่านมาได้กล่าวไว้ว่าผู้ที่มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดีจะมีแนวโน้มที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹³⁾

2. ผลการศึกษาการมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.04, S.D. = 0.45) ทั้งนี้เพราะว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.2 เห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรคไวรัสโคโรนา 2019 ช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีมาตรฐานดีขึ้น ช่วยลดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ทัศนคติเชิงบวกสามารถส่งเสริมการจัดการโรคที่มีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของภาลณี ขาวทอง⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี

3. ผลการศึกษาระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 2.88, S.D. = 0.17) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดภาวะการระบาดในวงกว้างอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ทำให้เกิดการติดเชื้อและการเสียชีวิตในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทุกกลุ่มวัย⁽¹⁵⁾ จึงทำให้มีการสื่อสารเกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่องและแพร่หลายในทุกสื่อสังคม จึงทำให้บุคลากรมีการรับรู้และตระหนักถึงอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบกับบุคลากรยังกลัวจะเกิดการติดเชื้อ หรือนำเชื้อไปติดกับบุคคลในครอบครัว จึงมีการปฏิบัติตามแนวการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะในด้านระบบบริหารจัดการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Administrative controls) (Mean = 2.93, S.D. = 0.20) ถึงแม้ว่าจะตรงข้ามกับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากการกำหนดโครงสร้างจำเป็นพื้นฐานและกิจกรรมสำหรับควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีนโยบายในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพที่ชัดเจน เช่น การตรวจคัดกรองที่เหมาะสมในผู้ที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจที่อาจเกิดจากโรคโควิด 19 การป้องกันความแออัดโดยเฉพาะในแผนกฉุกเฉิน การแยกผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลไปต่างหาก การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างเพียงพอ และการปฏิบัติตามขั้นตอนและนโยบายการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในทุกมิติการบริการสุขภาพ⁽¹⁶⁾

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ ต่อการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.223, p < 0.01$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.247, p < 0.01$) ในด้านความรู้ สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีความเข้าใจในองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำ



ให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นการกระทำออกมาตามองค์ความรู้ที่มี โดยความรู้ที่นั้นอาจมาจากกระบวนการเรียนรู้ การสังเกต การปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น⁽¹⁷⁾ จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปแบบของหลักสูตรการอบรม แต่พยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการเรียนรู้ และสอนกันเองในแผนก ทำให้พยาบาลรู้หลักการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานมานาน ทำให้สามารถศึกษาหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ทำให้พยาบาลสามารถการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย ยืนยาว และคณะ ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาพยาบาลในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽¹⁸⁾ ในด้านทัศนคติ สามารถอธิบายได้ว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติสิ่งใด อย่างต่อเนื่องเมื่อมีทัศนคติที่ดี เนื่องจากทัศนคติที่ดี ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีผลลัพธ์ทางบวกต่อตนเองและผู้อื่นจากการแสดงพฤติกรรมนั้นได้ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลแล้ว ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตามมาอีกด้วย⁽¹⁸⁾ และสอดคล้องกับแนวคิดของบลูม⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า ความรู้จะไม่ถูกนำไปใช้หรือลงมือปฏิบัติ จนกว่าจะเกิดทัศนคติที่มากพอต่อการปฏิบัติ นั้น ๆ หากพยาบาลได้รับข้อมูลที่ตี ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีในทางบวก ก็จะสามารถนำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกทั้งพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานค่าเฉลี่ย 9.49 ปี ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสม ทำให้พยาบาลเห็นความสำคัญและตระหนักต่อการป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีและต้องการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมความรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 รวมถึงออกแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของพยาบาลห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล สังกัดเขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งถัดไป ควรศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อโควิด 19

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทุกแห่ง ที่ให้ความกรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [internet]. 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Department of Disease Control. Coronavirus disease 2019 situation report [internet]. 2022 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65> (in Thai)
3. Picheansathian W. Personal Protective Equipment for COVID-19 by Health Care Workers. TJNMP 2020; 7(1):7-24. (in Thai)
4. Nasueb S. Economic and social impact from the outbreak of Covid-19 on a global scale and in Thailand. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
5. Prommongkol J, Seesong N, Dowjaeng N, Namket R, Nittayasuth N. Epidemiological characteristic of coronavirus disease 2019 [COVID-19] among healthcare workers during the pandemic, 1 January 2020–12 March 2022. Weekly Epidemiological Surveillance report, Thailand 2022;53(29):441-52. (in Thai)
6. Memish ZA, Zumla AI, Al-Hakeem RF, Al-Rabeeh AA, Stephens GM. Family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections. NEJM 2013; 368(326):2487-94.
7. Bloom BS. Taxonomy of education objectives: The classification of education goals: Handbook 1: Cognitive domain. 20th ed. New York: David McKay; 1964.
8. Ministry of Public Health. General information in 4th Public Health [internet]. 2020 [cited 2020 Oct 8]. Available from: https://rh4.moph.go.th/about_r4.php (in Thai)
9. Kaiwan Y, Phlaprom K. Basic thesis. Bangkok: Pimdee; 2010. (in Thai)
10. Aneksook S. Statistical methods for research. 3rd. Chonburi: Burapha University; 2009. (in Thai)
11. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. JRTAN 2018;19(1):9-15. (in Thai)
12. Dixiao Y, Wangsrikhun S, Yothayai C. Knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 management among emergency nurses in Chengdu, The People's Republic of China. Nursing Journal CMU 2022;49(4):1-14. (in Thai)



13. Chidvilay S. knowledge, attitudes and behaviors related to the prevention and control of infection in hospitals nursing profession Ratchaburi. [Thesis]. Nakornpathom: Silpakorn University; 2013. (in Thai)
14. Kawtong P. Factor affecting infections surveillance control by nurse in a medical department of Phramongkulkhao hospital. [Dissertation]. Bangkok: Kasetsart University; 2010. (in Thai)
15. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [internet]. 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
16. World Health Organization. Coronaviruses (COVID-19) [internet]. 2020. [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
17. Ajzen I. Attitudes, personality and behaviour. 2nd ed. Milton-Keynes: Open University Press/McGraw-Hill; 2005.
18. Yeunyow T, Promwong W, Kadsanit K. Knowledge, attitude and prevention behavior of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, The North Eastern Region Network. UDHOSMJ 2021;29(2):204-13. (in Thai)



ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

The Effects of the Supportive Educative Nursing System on
Self-care Behaviors and Risk for Infection Among
Hematological Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ฤทัย เจียรนายปรีเปรม*, เบญญพร บรรณสาร, เยาวรัตน์ มัชฌิม

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

Ruthai Jearanaipreame*, Benyaporn Bannaasan, Yaowarat Matchim

Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University,
Pathumthani 12120

*Corresponding authors, e-mail: may15.indy@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีของโอเรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของและให้กำลังใจ และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไค์สแควร์ และสถิติที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 23.3, ความเสี่ยงระดับเฝ้าระวังร้อยละ 76.7) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 53.3, ความเสี่ยงระดับเฝ้าระวังร้อยละ 46.7) แสดงให้เห็นว่า ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลอาจพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ลดความเสี่ยงและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้

คำสำคัญ: ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มะเร็งโลหิตวิทยา



Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine effects of an educative supportive nursing system on the self-care behaviors and risk of infection among hematological cancer patients receiving chemotherapy. The participants were randomized to the intervention group (n = 30) and the control group (n = 30). The intervention group received a four-week program developed from Orem's theoretical concepts, consisting of: 1) teaching, 2) guiding, 3) support and encouragement, and 4) creating a supportive environment. The control group received usual care. The instruments used for collecting data included: 1) a demographic data form, 2) a risk of infection form, and 3) a self-care behavior form. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-squared test, dependent and independent t-tests. After the completion of intervention, the mean score of self-care behavior of the experimental group was statistically higher than at baseline and the control group ($p < 0.001$). The level of risk of infection (the risk of infection = 23.3%, the risk of precaution infection = 76.7%) was lower than the control group (the risk of infection = 53.3%, the risk of precaution infection = 46.7%). This study shows that an educative supportive nursing system can improve self-care behaviors and reduce the risk of infection among hematological cancer patients receiving chemotherapy. Therefore, nurses may consider implementing this program among cancer patients receiving chemotherapy in order to enhance their self-care behaviors and reduce risk of infection.

Keywords: educative supportive nursing system, self-care behavior, risk of infection, hematological cancer patients

บทนำ

โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา (Hematological malignancy) เป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปี 2021 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยรายใหม่กว่า 186,400 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นร้อยละ 4 ต่อปี⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาจัดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย 10 อันดับแรก ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเพศชายพบเป็นอันดับ 8 ส่วนเพศหญิงพบเป็นอันดับ 9 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยทั้งหมด อีกทั้งมะเร็งโลหิตวิทยายังพบได้ในทุกเพศและทุกกลุ่มอายุ โดยพบในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 68 และในกลุ่มเด็กร้อยละ 32⁽²⁾ ปัจจุบันวิธีการรักษาหลักที่ใช้สำหรับมะเร็งโลหิตวิทยา คือ การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน หลักการให้เคมีบำบัดเพื่อทำลายเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว ในขณะที่เดียวกันการให้เคมีบำบัดก็ทำลายเซลล์ปกติเช่นเดียวกัน การให้ยาเคมีบำบัดมีความจำเป็นต้องให้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เพื่อควบคุมให้โรคสงบ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีเซลล์เม็ดเลือดขาวลดลง จนถึงระดับต่ำที่สุด (nadir) ในช่วงวันที่ 10 ถึง 14 หลังได้รับยาเคมีบำบัด การที่มีเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลลดลงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ พบได้ทั้ง



การติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา พบการศึกษาเก็บข้อมูลย้อนหลัง 2 ปีที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 260 ครั้ง พบว่ามีผู้ป่วย Acute Myeloid Leukemia (AML) ที่มีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 46.15⁽³⁾ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ควรได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพราะเมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วหากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะช็อกและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

การลดความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการจัดปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร⁽⁴⁾ การป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อ⁽⁵⁾ และการสังเกตอาการผิดปกติ⁽⁶⁾ สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้ และจากการศึกษาความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่รพ.สงขลานครินทร์ พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ยังขาดความรู้ในเรื่องของการรับประทานอาหาร น้ำแข็งซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดไม่ควรซื้อน้ำแข็งมารับประทานเองเนื่องจากอาจมีสิ่งปนเปื้อน หากต้องการรับประทานน้ำแข็งควรเตรียมเองจากน้ำดื่มสุก นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการดื่มน้ำจากขวดพลาสติกที่ใช้ซ้ำซึ่งอาจปนเปื้อนทำให้ติดเชื้อได้ การละเลยการชั่งน้ำหนักตัวเพื่อติดตามประเมินว่าได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่ และขาดความรู้ในการจัดเตรียมอาหารเพื่อให้พอรับประทานในแต่ละมื้อ และมีการรับรู้ความเสี่ยงด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม ในระดับต่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องของการเตรียมน้ำยาล้างมือไว้ใช้ระหว่างการเดินทาง การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าสู่ชุมชน เป็นต้น⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่พบเป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ โดยมีการศึกษาถึงปัจจัยในด้านต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ ฐานะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งที่ผ่านมามีผู้นำแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น⁽⁶⁾ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มเพื่อนำส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยายังมีน้อย จะพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและกลุ่มมะเร็งโรคอื่นๆ และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กน้อย

จากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม⁽⁸⁾ โดยโอเร็มได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ไว้ว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง/เหมาะสม จึงถือเป็นผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อ พยาบาลในฐานะผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือและพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้



ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ตามแนวคิดทฤษฎีของ โอเร็มเป็นระบบการพยาบาล ที่พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ 1) การชี้แนะ (Guiding another) 2) การสนับสนุน (Supporting another) 3) การสอน (Teaching) และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Providing appropriate environmental conditions) การพยาบาลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽⁶⁾

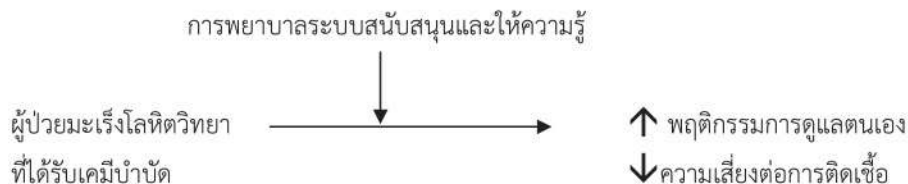
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001)⁽⁸⁾ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตมีความพร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง ในภาวะที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ ทำให้ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้น และต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังเป็นผู้ที่มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ดังนั้นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน การให้ข้อมูลเรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังได้รับยาเคมีบำบัด พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อ 2) การชี้แนะ โดยให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเอง การฝึกทักษะ การล้างมือ การใช้อุปกรณ์วัดไข้ การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ หน้ากากอนามัย และเจลล้างมือ เพื่อให้มีตัวเลือกในการดูแลตนเองและสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง 3) การสนับสนุน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผ่านการติดตามเยี่ยมขณะอยู่โรงพยาบาลการติดตามทางโทรศัพท์ และผ่าน Application line ติดตามโดยผู้วิจัย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยมอบสมุดคู่มือการดูแลตนเอง อุปกรณ์วัดไข้ เจลล้างมือ หน้ากากอนามัย และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สามารถรับข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำกัดคนเยี่ยมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น วิธีการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างเพียงพอ สำหรับใช้ประกอบการพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น (Primary outcome) เมื่อบุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จะส่งผลช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ⁽⁷⁾ (Secondary outcome) ตามแผนภาพกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือน สิงหาคม 2563 – มกราคม 2565 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) อายุ 18 – 65 ปี 2) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia โดยใช้แบบประเมิน The Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) risk index score เกณฑ์การแปลผล คือ ถ้ามีคะแนนน้อยกว่า 21 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงระดับสูงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia⁽⁹⁾ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนน ≥ 21 3) การรับรู้เกี่ยวกับ บุคคล เวลา สถานที่ (Mental status) ปกติ 4) ได้รับยาเคมีบำบัด course ที่ 1 เพื่อรักษา (cure) 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคผิวหนังเรื้อรัง และโรคติดเชื้อเรื้อรัง เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย 1) มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ผู้วิจัยใช้ขนาดอิทธิพล .80 กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (Alpha of one-tailed test) ที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 จากนั้นใช้ตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน รวมสองกลุ่มเป็น 40 คน⁽¹⁰⁾ และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากอาจมีการสูญหายระหว่างการศึกษา (Dropout) ร้อยละ 30⁽¹¹⁾ จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง นำกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มาจับคู่ (Pair matching) เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันในด้าน 1) สูตรยาเคมีบำบัดต้องอยู่ในกลุ่มเดียวกัน 2) ECOG score มีค่าคะแนน 0-2 โดยในแต่ละคู่ ให้คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม และเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันทั้ง 3 ด้านคนที่สองเข้ากลุ่มทดลอง จนครบ 30 คู่ โดยผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่อยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกันในช่วงเวลาเดียวกัน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมิน MASCC score ที่ผู้วิจัยแปลมาจากตารางของ Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines⁽⁹⁾ มีการประเมินทั้งหมด 7 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 26 คะแนน ข้อที่ 1) อาการของการเจ็บป่วย ไม่มีหรือมีอาการเล็กน้อย ให้ 5 คะแนน มีอาการปานกลาง ให้ 3 คะแนน มีอาการรุนแรงให้ 0 คะแนน ข้อที่ 2) ไม่มีภาวะ hypotension (Systolic BP > 90 mmHg) ได้ 5 คะแนน มีภาวะ Hypotension ได้ 0 คะแนน ข้อที่ 3) ไม่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ 4 คะแนน เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ 0 คะแนน ข้อที่ 4) ไม่เคยติดเชื้อรา ได้ 4 คะแนน เคยติดเชื้อรา ได้ 0 คะแนน ข้อที่ 5) ไม่มีภาวะอาการแสดงของการขาดน้ำ ได้ 3 คะแนน มีอาการแสดงของการขาดน้ำได้ 0 คะแนน ข้อที่ 6) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้ 3 คะแนน เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ได้ 0 คะแนน ข้อที่ 7) มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ 2 คะแนน มีอาการมากกว่า 60 ปี ได้ 0 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้คะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia ต่ำ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนน้อยกว่า 21 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia สูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (สำหรับผู้วิจัย)

2.2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (สำหรับผู้วิจัย) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาดัดแปลงมาจากตาราง Classification of Risk for infection with Febrile Neutropenia⁽⁹⁾ โดยพิจารณาจากคะแนน MASCC score การวัดอุณหภูมิร่างกาย และค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) แบ่งระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วยที่มีคะแนน MASCC score ≥ 21 และไม่มีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) จัดอยู่ในระดับการเฝ้าระวัง 2) ผู้ป่วยที่มีคะแนน MASCC score ≥ 21 และมีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน จัดอยู่ในระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ และ 3) ผู้ป่วยที่มีคะแนน MASCC score < 21 หรือมีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ มากกว่า 7 วัน หรือมีค่า ANC ≤ 100 จัดอยู่ในระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองโดยการทบทวนจากวรรณกรรมและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ 4 ด้านรวม 42 ข้อ คือ 1) การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร 12 ข้อ 2) การดูแลตนเองด้านการป้องกันการติดเชื้อ 15 ข้อ 3) การดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด 5 ข้อ 4) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม 10 ข้อ ข้อคำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติเป็นบางครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน เป็น 4,3,2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 42 – 168 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี คะแนนต่ำ หมายถึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับน้อย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 ได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพ



เครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test - retest reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้เท่ากับ .74

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 แผนการพยาบาลระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการประยุกต์แนวคิดระบบการพยาบาลของโอเร็ม⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การสอน (Teaching) 2) การชี้แนะ (Guiding) 3) การสนับสนุน (Supportive another) และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing appropriate environment condition) ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์มะเร็งโลหิตวิทยา 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของเนื้อหา ภาษา ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิแนะนำ ดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล ทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างสัปดาห์ 2 ครั้ง ที่หอผู้ป่วยห่างกัน 1 วัน โดยในครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 45 นาที และในครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 15 นาที สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ที่หอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ที่ 3-4 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างสัปดาห์ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ห่างกัน 3 วัน ที่หอผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ติดตามเยี่ยมตรวจทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที

3.2 คู่มือประจำตัวผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของเนื้อหา ภาษา ได้ค่า CVI เท่ากับ .97 เพื่อเป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้และคำแนะนำ มอบให้ผู้ป่วยเพื่อสามารถใช้ทบทวนด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจดจำ และเข้าใจ เป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติและกระทำอย่างต่อเนื่อง

3.3 สไลด์ภาพนิ่ง (PowerPoint) ใช้ประกอบการสอนในสัปดาห์ที่ 1 โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องโรคมะเร็งโลหิตวิทยา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนการล้างมือและการสวมหน้ากากอนามัย โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .98

3.4 การติดตามเยี่ยม ผลวัดค่าอุณหภูมิร่างกาย ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและแม่นยำของการวัดค่าอุณหภูมิร่างกาย



วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน สาขาอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย ขอความยินยอมในการทำวิจัย หากผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม ก่อนเข้าร่วมโครงการ

เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่แผนกผู้ป่วยใน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างสัปดาห์ 2 ครั้ง ที่หอผู้ป่วยห่างกัน 1 วัน โดยในครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 45 นาที และในครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 15 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) การสอน เรื่อง โรคมะเร็งโลหิตวิทยา ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม 2) การชี้แนะ โดยการแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ฝึกทักษะการล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การวัดไข้ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (ในครั้งที่ 2) 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ มอบถุงผ้าสุขภาพดี ซึ่งภายในประกอบด้วย สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย ปรอตซ์ใช้ หน้ากากอนามัย และน้ำยาล้างมือ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่เตียงของผู้ป่วยเพื่อเอื้ออำนวยในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแสดงความรู้สึก และจำกัดคนเยี่ยมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ที่หอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) การชี้แนะ โดยการให้ประเมินการดูแลตนเอง ช่วยให้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง และให้ข้อมูลเพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการผิดปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และร่วมวางแผนการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม 2) การจัดสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่เตียงของผู้ป่วยเพื่อเอื้ออำนวยในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแสดงความรู้สึก พร้อมทั้งติดตามและบันทึกระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

สัปดาห์ที่ 3-4 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างสัปดาห์ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ห่างกัน 3 วัน ที่หอผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ติดตามเยี่ยมตรงทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจ รับฟังปัญหา มองสบตา พุดจาปลอบโยนแนะนำวิธีการคลายความเครียดตามความเหมาะสม และชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านใช้การติดตามการเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา พร้อมทั้งติดตามและบันทึกระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ที่หอผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว นัดหมายวันที่ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์โลหิตวิทยา



กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยใน ผู้วิจัยไม่ได้เข้าพบกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนและขณะได้รับยาเคมีบำบัด สัปดาห์ที่ 2-4 ติดตามและเก็บข้อมูลบันทึกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากสัญญาณชีพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบว่ามีอาการแสดงของการติดเชื้อ รีบรายงานแพทย์ทันที ถ้าผู้ป่วยจำหน่ายใช้การติดตามการวัดอุณหภูมิร่างกายทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยห่างกัน 3 วัน หลังจากสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่หอผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว นัดหมายวันที่ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์โลหิตวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Skewness และ Kurtosis พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test ส่วนการแจกแจงแบบไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann Whitey U test และเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ และสถิติไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการ 020/2563 วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ความปลอดภัย ความเสี่ยง ความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร การรักษาความลับ รวมทั้งกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลของการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และยังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เช่นเดิม

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 47.15 ปี มีสถานภาพสมรส กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากันที่ ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคร่วม กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.3 และเมื่อนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ไม่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60) และเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	P - value	
	(n = 30)	(n = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	18 (60)	19 (63.3)	0.071 ^a	.791
หญิง	12 (40)	11 (36.7)		
อายุ				
Mean, SD	47.83(14.85)	46.47(16.45)	t=-0.33	.737
สถานภาพสมรส				
โสด หม้าย หย่า แยก	8 (26.7)	14 (46.7)	4.15 ^a	.103
สมรส	22 (73.3)	16 (53.3)		
โรคหลัก				
Leukemia/Myeloma	13 (43.3)	13 (43.3)	3.78 ^a	.974
Lymphoma	17 (56.7)	17 (56.7)		
โรคประจำตัว				
ปฏิเสธโรคประจำตัว	12 (40)	14 (46.7)	3.525 ^a	.172
มีโรคประจำตัว	18 (60)	16 (53.3)		

หมายเหตุ ^a=Chi-square test

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรวมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($\bar{x}$ =160.43, S.D.=3.19) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรวมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ =135.26, S.D.=12.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรวมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{x}$	(S.D.)	$\bar{x}$	(S.D.)			
คะแนนพฤติกรรมรวม	135.26	(12.47)	160.43	(3.19)	-14.06	29	<.001

** $p < .001$, t = Paired Simple t-test



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรวมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=135.26$, S.D.=12.47) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x}=137.83$, S.D.=12.41) พบว่าค่าเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=160.43$, S.D.=3.19) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x}=139.10$, S.D.=11.50) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรวมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{x}$	(S.D.)	$\bar{x}$	(S.D.)			
ก่อนการทดลอง							
คะแนนพฤติกรรมรวม	137.83	(12.41)	135.26	(12.47)	-.799	58	.428ns
หลังการทดลอง							
คะแนนพฤติกรรมรวม	139.10	(11.50)	160.43	(3.19)	9.784	58	<.001

** $p<.001$, t = Independent Simple t-test , ns = ค่าเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุม มีระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ที่ระดับเฝ้าระวัง ร้อยละ 46.7 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 53.3 ส่วนกลุ่มทดลอง มีระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ที่ระดับเฝ้าระวัง ร้อยละ 76.7 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 23.3 เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 60)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	χ^2	P - value
	(n = 30)	(n = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความเสี่ยง				
เฝ้าระวัง	14 (46.7)	23 (76.7)	8.66 ^a	.013*
มีความเสี่ยง	16 (53.3)	7 (23.3)		

หมายเหตุ ^a=Chi-square test , * $p<.05$

สรุปและอภิปรายผล

1. ก่อนได้รับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) หลังได้รับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลอง



มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งรายด้านและพฤติกรรมรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2 และ 3 จากผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าการดูแลตามระบบการพยาบาล สนับสนุนและให้ความรู้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการดูแลตามระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่

1) การสอน การสอนเกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่สนใจเรียนรู้ การได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลสำคัญอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินโรคและการรักษา ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาได้อย่างเหมาะสม⁽¹²⁾

2) การชี้แนะ โดยการทบทวนความรู้ ให้มีการตั้งเป้าหมายวางแผนการดูแลตนเอง และการสาธิตฝึกปฏิบัติการล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การวัดไข้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเลือกเอาวิธีการที่เหมาะสมไปใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเอง และป้องกันการติดเชื้อ

3) การสนับสนุน โดยการเยี่ยมตรวจ และการติดตามทุกสัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 2 มีการเยี่ยมทุกวัน เพื่อพูดคุยให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแนะนำวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งมอบถุงสุขภาพดี วิธีนี้จะช่วยให้ได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ การย้ำเตือนให้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹³⁾

4) การสร้างสิ่งแวดล้อม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เรียบง่าย ไม่มีสิ่งรบกวน เอื้อประโยชน์ต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ จดจำในสิ่งที่เรียนได้ดีขึ้น ซึ่งโอเริ่มเชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนและผู้รับบริการจะส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ที่เร็วขึ้น และให้ความร่วมมือในการนำไปปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองได้⁽⁶⁾

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งได้แก่ 1) การสอนแบบรายบุคคลและเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือยังมีความพร่อง 2) การชี้แนะโดยการให้ข้อมูลให้สามารถตัดสินใจเลือกการดูแลตนเอง ภายใต้การแนะนำของพยาบาล 3) การสนับสนุน โดยการให้คำพูดให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ และเอาใจใส่รับฟังความคิดเห็นด้วยความสนใจ การติดตามเยี่ยม ซักถามปัญหาและอุปสรรคที่พบ รวมถึงการให้คำแนะนำ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ให้พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การใช้ปรอทวัดไข้ การได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติ การได้ลงมือปฏิบัติจริง รวมทั้งได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อทบทวนความรู้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจและเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care ability) เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้



การวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจากรินทร์ พงษ์ประเทศ ที่พบว่า เมื่อบุคคลได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ผ่านการสอน การชี้แนะ การฝึกทักษะที่จำเป็น การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งช่วยให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรม และปฏิบัติตามกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมดูแลตัวเองที่ดี⁽¹⁴⁾ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านอาหารไม่ได้เป็นเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านอาหารของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁽¹⁵⁾ และการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ 9 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยพยาบาลให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ซึ่งเป็นสื่อที่เห็นภาพชัดเจน เข้าใจง่าย และมอบคู่มือการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยได้ศึกษาและทบทวนที่บ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อช่วยจัดการอาการ ทำให้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรม ($p = .000$)⁽¹²⁾

2. กลุ่มทดลองมีส่วนของระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ น้อยกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะติดเชื้อ พบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อในกลุ่มทดลองเท่ากับ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อ 4 ครั้ง ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลอง 2 เท่า และสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ผู้ป่วย การสื่อสาร การล้างมือ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันสูงขึ้น⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ให้ยาเคมีบำบัด สามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และมีความพร้อมในการดูแลตนเองซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือการรับยาเคมีบำบัดในรอบต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ด้านการทำวิจัย ควรเพิ่มเวลาการวัดผลพฤติกรรมดูแล และติดตามความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ที่นานกว่า 4 สัปดาห์ เนื่องจากเวลาที่ให้การทดลอง ครบ 4 สัปดาห์แล้วประเมิน ยังอยู่ในช่วงของการให้กิจกรรมตามระบบการดูแล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วนำไปสู่การลดการติดเชื้อที่ชัดเจนมากขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Leukemia & Lymphoma American Cancer Society. Facts & Statistics overview [Internet].; 2021 [cited 2023 April 11]. Available from: Lymphoma Survival Rate/Blood Cancer Survival Rates/LLS
2. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Public Health statistics 2016 (health information group). Nonthaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health; 2016.
3. Teparat P, Kanitsap N. Potential risk factors of febrile neutropenia in cancer patients receiving chemotherapy. Thammasat Medical Journal 2015;15(2):200-9. (in Thai).
4. Lekdamrongkul P. Nursing management and assessment of febrile neutropenia (FN) risks in cancer patients treated with chemotherapy: the role of nurses. Thai Journal of Nursing Council 2015;30(1):5-15. (in Thai).
5. Akenoot S, Lertwatthanawila W, Wonghongkul T. Effects of self-management enhancement on infection prevention practices and incidence of infection among patients with leukemia and lymphoma receiving chemotherapy. Nursing Journal 2016;-43(suppl.):207-16. (in Thai).
6. Temtap S, Hiruchunha S, Nilmanat. Development of self-care promotion among patients with acute myeloid leukemia (AML) and receiving chemotherapy. SCNJ;- 2015;-2(3):-21-40. (in Thai).
7. Boonnu D. Risk and risk management of infection among hematological cancer patients who have received chemotherapy. [Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2011. (in Thai).
8. Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. St.Louis: Mosby; 2001.
9. Klastersky J. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology 2016;27(5):111-18.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok; Chulalongkorn University book center; 2010.



12. Jindakul P, Namvongprom A, Pakdevong N. Effectiveness of the educative-supportive program on self care ability, perceived intensity of side effects of chemotherapy and anxiety among patients with early breast cancer under-going adjuvant chemotherapy. Thai Cancer Journal 2018;38(3):105-16. (in Thai).
13. Tesamut L, Vannarit T, Tantiworawit A. Factors predicting health behaviors among persons with acute myeloblastic leukemia receiving chemotherapy. Nursing Journal 2017;44(1):45-56. (in Thai).
14. Pongprathet J, Sittisombut S, Soivong P. The effect of supportive-educative nursing system on fatigue among acute leukemia persons receiving chemotherapy. Nursing Journal 2021;48(1):15-27. (in Thai).
15. Wongsawassot A, Temthup S, Ponmad S. Effects of the educative supportive nursing program on dietary self care and serum albumin of patients with hepatocellular carcinoma. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2021;8(2):72-86. (in Thai).
16. Paritsiraprapa C, Kosol S. Effectiveness of an infectious prevention program for patients with acute leukemia in hematology-oncology medicine ward at Surat Thani hospital. Journal of Health Sciences and Pedagogy 2021;1(2):83-96. (in Thai).



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

HCU. Journal

Vol.27 No.2 July - December 2023 ISSN 0859-9343 (Print) ISSN 2651-1398 (Online)

วิทยาศาสตร์สุขภาพ HCU Journal of Health Science

Research articles

- **A Factor Analysis of Long Covid Symptom Clusters in Thais People after Coronavirus 2019 Infection, Bangkok Metropolitan**
Niratchaporn Kerdasuk Chanokporn Jitpanya Noraluk Ua-kit
- **Associations between Depression, Anxiety, Insomnia, and Fatigue among Patients Post Coronavirus 2019 Infection**
Pannita Saengkham Chanokporn Jitpanya
- **Evaluation of Non-communicable Diseases' Drug Home Delivery Project during the COVID-19 Outbreak in Sila Lat District, Si Sa Ket Province**
Somjit Asipong Nittaya Pensirinapa
- **Relationships between Insomnia, Depression, Body Mass Index and Restless Leg Syndrome in End-Stage Renal Disease Patients Receiving Hemodialysis**
Benjamad Sangsawang Chanokporn Jitpanya Noraluk Ua-kit
- **The Effects of Communication for Relationship Program on Quality of life for Family Caregivers of Older People with Dementia**
Phanit Leecharoen Siriwan Chukumnerd Yuwanida Aramrom
- **The Role of Community Leaders in Enhancing the Well-Being of Community Members during the Spread of COVID-19**
Vittavat Changsorn Meechai Orsuwan
- **The Relationship of Personal Factors, The Nine Principles of Nutrition Practice and The Dietary Behavior of The Elderly in Tha Kradan Sub-district, KhiriRat Nikhom District, Surat Thani Province**
*Poonsak Boonyoung Nattpong Klangnarong Wilawan Aphaiphong
Katunyuta Sriboonrueng Roongtiwa Klingklai*
- **Factors Related to Mental Health Literacy among Older Adults in Community**
Sattawas Udonsat Palama Sobut1 Nuanprang Hemnoot Thanapol Bundasak
- **Mental health problems among caregivers of the elderly with chronic illnesses, Chiang Rai Province**
*Jutamas Muangmool Pinalthinee Jitkham Anursara Boonjit Nattra Somkamlang
Phatcharin Winyangkul Watcharapong Ruankham*
- **Effect of Brief Intervention Program on Smoking Cessation Behavior in Persons with Pulmonary Tuberculosis**
Waritha Pornkijworrakul Sunida Preechawong
- **Knowledge, Attitude and Practices to Prevent and Control Coronavirus Disease 2019 among Emergency Nurses in hospital with in 4th Public Health Region**
Pimnada Weeratreecharuj Benyaporn Bannaasan Sirilak Kilsripisarn
- **The Effects of the Supportive Educative Nursing System on Self-care Behaviors and Risk for Infection Among Hematological Cancer Patients Receiving Chemotherapy**
Ruthai Jearranaipreprame Benyaporn Bannaasan Yaowarat Matchim