



วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 Vol.23 No. 2 May-August 2022

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN> ISSN 1513-5217 (Print) และ ISSN 2651-2181 (Online)

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI,

ASEAN Citation Index (ACI) สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี



วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวน 3 ท่านต่อบทความแบบ double-blinded

วารสารพยาบาลทหารบก มีวัตถุประสงค์ (Aims) :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกสมาคมพยาบาลทหารบก
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยน กระบวนการทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ
5. เพื่อรายงานการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลทหารบก

ขอบเขต (Scope) :

สาระในวารสารพยาบาลทหารบก บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหา ดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออกวารสารพยาบาลทหารบก

ราย 4 เดือน กำหนดออกวารสารปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน 317/6 สมาคมพยาบาลทหารบก ถ.ราชวิถี ราชเทวี กรุงเทพฯ (10400), <http://www.nurseasct.or.th>

พิมพ์ที่: บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด

เลขที่ 24/6-7 หมู่ 7 ต.คลองข่อย อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-926-1261-2 สายด่วน 081-817-0901 แฟกซ์. 02-926-1263

E-mail : sale@thaipublishing.com www.thaipublishing.com

บรรณาธิการแถลง

สวัสดิ์ค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 ออนไลน์ ISSN 1513-5217 (Print) และ ISSN 2651-2181 (Online) ท่านสามารถปริญได้ทุกหน้า บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้นและหลากหลายและได้รับการพิจารณาจากกรรมการบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (doble blinded) วารสารพยาบาลทหารบกเป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และเป็นวารสาร ASEAN CITATION INDEX (ACI)

บทความวิชาการ ได้แก่ บทความพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า (กรณีศึกษา) การใช้สื่อในการสื่อสารความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัย บทความพยาบาลในการพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ (ปฐมวัยและประถมศึกษา) ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บทความของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บทความพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก แนวทางการป้องกันโรค COVID-19 ในสถานที่พักชั่วคราวคนงานก่อสร้างในพื้นที่กองทัพบก บทความพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะเปราะบาง

บทความวิจัย ได้แก่ ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้าอำเภอเมืองสมุทรสาครจังหวัดสมุทรสาคร ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเมืองปทุมธานี กรุงเทพมหานคร ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก ผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตำบลขามใหญ่จังหวัดอุบลราชธานี ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ โรงพยาบาลกระบี่ การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสมวิธี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทนจิตวิทยาเชิงบวก กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพศูนย์เนอเรนเวย์ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ผลของโปรแกรมการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้การบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุหลังได้รับการผ่าตัดยาค่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์ ผลของโปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิดต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานในโรคเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก การพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อการตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี ผลของโปรแกรมฝึกการดูแลต่อทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและผลลัพธ์การดูแล ผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คลินิกฝากครรภ์ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผลของโปรแกรมสุขภาวะต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี สุขภาพของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงานกับคุณภาพการดูแลของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผลของโปรแกรมการสอนโดยพยาบาลในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดของพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ ตามแนวแนวคิดแบบลิ้นร่วมกับแนวคิดการลดความสูญเสียในการดำเนินงาน ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร ภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี การเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นด้วยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการ ทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาพร้อมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้ดูแล ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด การพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย การพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ผลของการใช้สวดจิตแผ่ไปโอเซลลูโลสต่อการหายใจของแผลเรื้อรังหายาก การพัฒนารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤติที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจและใส่ท่อหายใจโดยประยุกต์ใช้มาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล การเปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ผลของบทเรียนออนไลน์ต่อความสามารถในการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรี

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณาถ้อยแถลงบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เถลิงกิตติ

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

Contents

บรรณาธิการแถลง

บทบาทพยาบาลในการดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า (กรณีศึกษา)

สุดาวดี เบญจรัตน์พรหม มุกข์ดา ผดุงยาม

วิโรจน์ แจ้เปลี่ยน อูระณี รัตนพิทักษ์

การใช้สื่อในการสื่อสารความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล อาชีวอนามัย

อุบลพรรณ วีระโจง คทาวัธ ดีปรีชา

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและประถมศึกษา) ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รัตนภาววรรณ อยู่นาค สุดากาญจน์ ปัทมดิลก

ฉันทนา จันทน์บรรจง วรินทร์ บุญยั้ง

ภาณุวัฒน์ ภักดิ์วงศ์ ทักษิณ อุดมรัตน์

บทบาทของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ภิญโญ อุทธิยา นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ประกายแก้ว ศิริพล

แนวทางการป้องกันโรค COVID-19 ในสถานที่พักชั่วคราวคนงานก่อสร้าง ในพื้นที่กองทัพบก

เมธา กาญจน์นรินทร์

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะเปราะบาง

นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล สิชล ทองมา

นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ วีรยุทธ ศรีทุมสุข

ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย

วุฒิชัย ไชยรินคำ พิมพ์พิสาข์ จอมศรี

มัลลิกา มาตระกุล สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ปฐวี ปวกพรหมา อลิสา นิตธรรม

ณัฐกฤตา ศิริโสภณ

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร

พิชยารัตน์ จันทน์เพ็ญ อลิสา นิตธรรม

ณัฐกฤตา ศิริโสภณ

ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี

ภัทราภรณ์ ปามูทา รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

พรนภา หอมสินธุ์

Chief Editorial

1 Nurse's Role in Diabetic Foot Care to Prevent Foot Ulcers (Case Study)

Sudawadee Benjarattanaphan Mukda Phadungyam

Wrote Jeiplian Uranee Ratanapitak

10 Media for Safety Communication in Occupational Health Nurses

Oubonpun Werajong Kathawoot Deepreecha

16 A Nurse's Role to Develop Health Media for Pre-school Children in Naresuan University Demonstration School (Kindergarten and Primary) during the COVID-19 pandemic

Ratanachadawan Yunak Sudakarn Patamadilok

Chantana Chanbanchong Varintorn Bunying

Panuwat Pakdeewong Thak Udomrat

25 Roles of Nurses in Home Health Care Unit in the COVID 2019 Pandemic Situation

Pinyo Utthiya Nitchatima Sereewichayasawad

33 The Role of Nurse in Caring for Children with Epilepsy

Prakaikaew Siripoon

42 Advices for Preventing COVID-19 in Construction Workers' Camp, in The Army Area

Metha Kannirun

50 Nurses' Role in home care's Older Adult with Frailty

Nonglak Klinpudtan Sichon Tongma

Nuntikan Klinchet Werayuth Srithumsuk

58 The Health Literacy on Cannabis for Medical Use among Adult and Elderly People, Chiang Rai Province

Wuthichai Chairinkam Pimpisa Chomsri

Mullika Matrakul Surinpon Likhitsathian

68 Factors Relating to Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Preventive Behaviors of People at Bang Krachao Mueang District in Samut Sakhon Province

Patawee Puakpromma Alisa Nititham

Nutthakritta Sirisophon

78 Health Literacy and Dengue Control and Prevention Behaviors of People in Min Buri District Bangkok

Pichayarat Chanpen Alisa Nititham

Nutthakritta Sirisophon

88 Predictive Factors of Dual Contraceptive Protection among Female Vocational Students In Chon Buri Province

Pattraporn Pamuta Rungrat Srisuriyawate

Pornnapa Homsin

สารบัญ

Contents

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก

ชนกพร ศิลธรรมกิจ รัชดา พ่วงประสงค์

ผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง สำหรับนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

เนตรดาว ชัชวาลย์ อริสรา อยู่รุ่ง

พัชรภรณ์ อุ่นเต๊ะ อุษณีย์ อังคนาวิน

ชยุตรา สุทธิลักษณ์ สุภรณ์ยา เทพนมิตร

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ อธิษฐ์ ยินดีสุข

วิชิต พุ่มจันทร์

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิ ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

กัลยาณี ตันตรานนท์ บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา

พรรณพิไล ศรีอารมย์ นิสาล รักสกุล

สุกฤตา สอนแก้ว จักรภพ ธาตุสุวรรณ

การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวทางการจัดการความรู้ โรงพยาบาลกระบี่

ฉัตรกมล บุญทอง กาญจนา ศรีสวัสดิ์

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสมวิธี

ยุภาดี สงวนพงษ์ ธนิตา ผาติเสนา

พุดพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พุนจิตวิทยาเชิงบวกกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจนเนอเรชันวายโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

ชนิดาภา มิ่งมูล อารี ชิวเกษมสุข

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

จินนา รสเข้ม พัทยา แก้วสาร บุญทิพย์ สิริธรรักษ์

99 Factors Related to Perceived Self-Efficacy in Coping with Labor Pain in Primiparous Pregnant Women

Chanokpron Sinlatamkij Rachada Phuangprasonka

109 Effects of Multi-scenario Simulation Learning Program for Developing Military Nursing Performance in the Royal Thai Army Nursing Students

Natedao Chutchawan Arisara Yuroong

Pacharaporn Untaja Usanee Ankanawin

Chayuttra Sutthilak Supharanya Thepnimit

119 Effect of Competency Development Health Volunteers for Prevention Hypertension in Tumbon Kham Yai Ubonratchathani Province

Pensri Jitchan Teranut Yindesuk

Wichid Pumchan

129 Effectiveness of Sammathithi Development Program on Stress Level among Nursing Students

Kunlayanee Tantranont Bungorn Supavititpatana

Punpilai Sriarporn Nisachon Ragsakun

Sukritta Suankaew Jakkapob Dhatsuwan

138 The Development of a Care Management Model for Femoral Fracture under Internal Fixation through Applying Knowledge Management, Krabi Hospital

Chatkamol Boonthong Kanjana Srisawad

Premruetai Noimuenwai

149 Early Childhood Rearing in Skipped-Generation Families among Caregiver in Chaiyaphum Province: Mixed Method Research

Yuphadi Sa-nguanphong Tanida Phatisena

Bhuddhipong Satayavongthip

160 Relationships between Personal Factors, Positive Psychological Capital, and Positive Practice Environment of Generation Y Professional Nurses at a Public Hospital, Ubon Ratchathani Province

Chanidapa Mingmoon Aree Cheevakasemsook

Premruetai Noinuemwai

169 The Effects of a Program to Develop Competency in Drug Administration for Registered Nurses in a Community Hospital, Phrae Province

Jinna Rodkhem Pattaya Kaewsarn

Boontip Siritarungsri

สารบัญ

Contents

ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย
อุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดตรยางค์

ทิพวัลย์ พรหมณน้อย สุพร ดนัยคุชฎีกุล

วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ฐิษสรณ์ทิพย์ ศิริเดชฐกุล ณัฐกฤตา ศิริโสภณ

อลิสรา นิติธรรม วินัส วัฒนธำรงค์

เอมอัชฌา วัฒนบุรณนัท

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองของผู้ป่วย ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

บุบผา วิริยรัตนกุล จริญญา ทรัพย์เรือง

พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์

อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถภาพ
การได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลชุมพร
เขตอุดมศักดิ์

พรรณี สุวรรณสิทธิ์ ฐิติมา วันทอง

วันเพ็ญ ทรงคำ

ผลของโปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิดต่อหน้าที่บริหารจัดการของ
สมองและความจำใช้งานในครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

จุฑามาศ แหนจอน

การพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย งานการ
พยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข

ทัศนีย์ สุนทร เนตรชนก ศรีทุมมา

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง
อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ทิตยวดี อินทรางกูร นิภา สุทธิพันธ์

ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ กิตติพงษ์ เรือนเพชร

ประภาพรพรณ สาวีรัมย์

ผลของโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ซ้ำต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์
ซ้ำในมารดาวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี

อังสินี กันสุขเจริญ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว

ทิพย์ฉมพร เกษโกมล

ผลของโปรแกรมฝึกการดูแลต่อทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและผลลัพธ์การดูแล

ภาวดี วิมลพันธุ์ พชร จิตเอื้ออังกูร

179 Factors Predicting Traumatic Patients Readiness for
Hospital Discharge after Extremity Surgery

Thippawan Pramnoi Suporn Danaidutsadeekul

Wallada Chanruangvanich

188 Recurrent Stroke Prevention Behaviors among Stroke
Patients

Thuchsarunthip Siraditthakul Nutthakritta Sirisophon

Alisa Nititham Venus Wattanathamrong

Aimutcha Wattanaburanon

199 Health Belief Model and The Risk of Stroke among
Patients with Uncontrolled Hypertension

Buppar Viriyaratnakul Jariya Supruang

Phornsawan Chuajedton Natchayaporn Tangdomrongsin

208 Prevalence Rate and Factors Associated with Noise-
induced Hearing Loss among Workers in Chumphon
Khet Udomsakdi Hospital

Panee Suwannasit Thitima wonthong

Wanpen Songkham

218 Impact of Cognitive Training Program on Executive
Functions and Working Memory in Teachers in Eastern
Economic Corridor

Juthamas Haenjohn

229 A Scale Development of Safety Outcome Instruments
for Operating Rooms in General Hospitals under the
Ministry of Public Health

Thatsanee Sunthorn Netchanok Sritoomma

Phechnoy Singchungchai

238 The Factors Affecting For Health Behavior of Elderly in
BanYang Subdistrict, Maung District, Buriram Province.

Thittayawadee Intarangkul Nipar Suttipun

Piyaorn Rungthanakiat Kitipong Ruanphet

Prapapan Saveram

248 The Effects of a Self-awareness and Behavioral Skills
Development Program on Self-awareness and Repeated
Pregnancy Prevention Behaviors in Teenage Mothers,
Phetchaburi Province

Angsinee Kansukcharearn Duangkamol Pinchaleaw

Thiphkumporn Keskomon

258 Effects of the Care Training Program on Application
Skills of Caregivers of Older Adults Stroke Survivors in
Communities and Clinical Outcomes

Pawadee Wimolphon Patcharee Jiteurangoon

สารบัญ

Contents

ผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้
การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่
10 อุบลราชธานี

สิริพินท์ ศิริโสภภาพงษ์ ประเสริฐ ประสมรักษ์

ปราณี อุสุพันธ์ อมลวรรณ หวังสุข

ผลของโปรแกรมสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิติกร พรมา รังสิมันต์ สุนทรไชยา

นุชนาถ บรรทมพร

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับ
บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู อำเภอเมือง
จังหวัดบุรีรัมย์

ชนาธิป สันติวงศ์ กัญปะนา ภาพยนตร์

เสาวนีย์ ชูจันทร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าที่มี
ประโยชน์ต่อสุขภาพ ของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

กชกร วงศ์ษา มณฑิรา หมั่นภิรมย์

ชีสาพัชร์ ชูทอง

ความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏชัยภูมิ

กมลรัตน์ ทองสว่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
ความผูกพันในงานกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัย

นุชจรี นักรั ยูพิน อังสุโรจน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดยพยาบาลในการป้องกันการ
จมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน

นลินนิภา วิถี เพลินพิศ บุญยมาลิก

สุนีย์ ละกำป็น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดของ
พยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ

ศิริรินทร์ณา ทศนัยรัตน์ วรรณิ์ เดียวอิสเรศ

นุจรี ไชยมงคล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 1-2

ณัฐพรพิมดา แสงหัวช้าง ปิยะธิดา นาคะเกษียร

กัรดา ไกรนุวัตร

ประสิทธิผลของรูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์
ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ ตามแนวคิดแบบสืบร่วมกับแนวคิดการ
ลดความสูญเสียในการดำเนินงาน

นันทนา แสนสุข ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย

268 The Development of Nutritional Promotion Model by
Using Motivation Interviewing among Pregnant Women
in ANC Clinic, Regional Health Promotion Center 10,
Ubonratchathani

Siripin Sirisophaphong Prasert Prasomruk

Pranee Usupan Amonwan Wangsuk

276 The Effective of The well-being Program on Depressive
Symptoms of Schizophrenic Patients

Kitikorn Pornma Rangsiman Soonthonchaiya

Nuchanart Bunthumporn

285 Self-care Behavior of Hypertensive Patients at Grok-
Khi-Noo Tambon Health Promotion Hospital, Mueang
District, Buri Ram Province

Chanathib suntiwong Kanpana pabpayon

Saowanee Choojan

293 The Study of Factors Related for Healthy-Breakfast
Consumption Behavior of Community Public Heath
Student in Faculty of Science, Lampang Rajabhat
University

Kotchakorn Wongsamontira Meunpirom

Chisapath Choothong

302 Happiness of Nursing Students of Faculty of Nursing,
Chaiyaphum Rajabhat University

Kamonrut Tongsawang

312 Relationships between Nurses' Work Characteristics,
Work Environment, Work Engagement and Quality of
Care, University Hospitals

Nutcharee Nakrai Yupin Aungsueroch

321 Effectiveness of a Nurse-led Educational Program Toward
Drowning Prevention Among Preschool Children

Nalinnipha Withee Plernpit Boonyamalik

Sunee Lagampan

330 Factors Affecting Nurses' Pain Management Practice in
Neonatal Intensive Care Units

Sirinna Tassaneeyarat Wannee Deoisres

Nujjaree Chaimongkol

339 Factors Predicting Delayed Progression of CKD Behavior
among Patients with Chronic Kidney Disease Stage G1-G2
Natparimada Sanghuachang Piyatida Nakagasien
Kerada Krainuwat

348 The Effectiveness of TU Health Check Up Program
Model by Lean and Eliminate Combine Rearrange
Simplify Concept

Nantana Saensuk Tippawan Hansakunachai

สารบัญ

Contents

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

ธนวัฒน์ รวมสุข สุรินทร์ กลัมพากร
ทัศนีย์ รวีรกุล ทัศนีย์ อรรถารส
อารยา ทิพย์วงศ์ นภิสสร ธิระเนตร
จิราภรณ์ อนุชา

ภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี

พริษฐ์ โพธิ์งาม นันทพร ภัทรพุทธ
ศรียรัตน์ ล้อมพงศ์

การเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นด้วยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด

กอบแก้ว บุญบุตร เพ็ญภา กลุณภาดล
ประชา อินัง

แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

ณัฐกฤษฎี ธรรมกวินวงศ์ เอกสิทธิ์ ไชยปิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้ดูแล

ภิญโญ อุทธิยา นิธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์
อารีย์ วงศ์อนุ ศิริพร ศรีสวัสดิ์ฉิม
ศุภลักษณ์ วงศ์ทอง ศิวพร คาดบัว
โชติณภา อรุณสินประเสริฐ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ณิรณัฐ วงศ์เจริญ รังสิยา นารินทร์
วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาแอมเฟตามีน

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล นริสา วงศ์พนารักษ์

การพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ

ณฐมน สีธแก้ว พิชิตพล โชติกุลนันท์
จริยา ทรัพย์เรือง

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย

อิทธินันท์ โชติช่วง สุรีย์ จันทรมณี

357 Correlation between Health Literacy and Smoking Behavior among Students in Higher Education Institute, Bangkok metropolis

Tanawat Ruamsook Surintorn Kalampakorn
Tassanee Rawiworrakul Tassanee Attharos
Araya Tipwong Napissara Dhiranathara
Chiraporn Anucha

364 Mental Health Status and Burnout during COVID-19 Pandemic among Registered Nurses in a General Hospital, Chonburi Province

Parit Phongam Nantaporn Phatrabuddha
Sirat Lormphongs

372 The Enhancement of Adolescent Student's Growth Mindset Through Integrated Group Counseling Program with Cognitive Behavioral Theory and Cognitive Group Activities

Kobkaew Boonboot Pennapha Koolnaphadol
Pracha Inang

381 Development Direction for Smoke Free University of Lampang Rajabhat University

Nathakrid Thammakawinwong Ekasit Chaipin

390 Factors Associated with Medication Administration of Home-Based Patient by Caregiver

Pinyo Utthiya Nitchatima Sereewichayasawad
Aree Wanganu Siriporn Srisawatichim
Suphaluck Wongthong Sivaporn Kadbua
Chotnapa Arunsinprasert

399 Effect of the Empowerment Program on COVID-19 Prevention Practices of Village Health Volunteers

Neeranuch Wongcharoen Rangsiya Narin
Wilawan Tuanrat

408 Self-perceptions of Violent Behaviors in Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction

Panurat Srimungkhul Narisa Wongpanarak

418 Innovation Development Vibrate for Drainage Secretion of Pediatric Patients

Nathamom Phichitphon Chotikunnan
Jariya Supruang

429 Causal Factors Affecting Disaster Response Of M-MERT, Army Hospital Under Army District In Thailand

Ittinan Chotechuang Suree Chanthamolee

สารบัญ

Contents

การพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล
ปาริชาติ รัตนราช ไพวัลย์ โคตรตะ
ภักษารภรณ์ วงศ์อาสา ชีรเสณัฐ ศิริธนานนท์

ผลของการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลสต่อการหายของแผล
เรื้อรังหายยาก

จรัสพรพร วงศ์วิเศษกาญจน์ ณัฐมา ทองธีรธรรม
นราทร โสภณประภากรณ อนัญญรัฐชน เทียงธรรม
สุธี พานิชกุล

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหา
ระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจโดยประยุกต์ใช้
มาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาลเลิดสิน

เนาวรัตน์ ชาประสิทธิ์ สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง
สงบ ผ่าหอม

รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล
ตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรม
สมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้

กุสุมา กังหลี ณัฐภรณ์ หลาวทอง
พิศสมัย อรทัย

การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย
สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

รจนาถ หอมดี

การเปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษา
พยาบาลตำรวจ

นพพรพร สีมารักษ์

ผลของบทเรียนออนไลน์ต่อการความสามารถในการคำนวณยา
และสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล

นวลลออ ทวีศรี

การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ
ในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019

โฉมณภา กิตติศัพท์ รังสิยา ไผ่เจริญ
อรสา ไพรรุณ ภักษยา สวัสดิ์วงศ์

การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสกลนคร

รัชฎา พูนปริญญ์ อรพิน อัมพล
ณัฐนันท์ วิโย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชาย
อาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์

กิตติพงษ์ เรือนเพชร พรนภา หอมสินธุ์
ยุวดี ลีลัคณาวีระ

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีของกลุ่มเยาวชน
ชายรักชาย จังหวัดชลบุรี

รัตติยากร มาลาธรรมรัตน์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์
ยุวดี ลีลัคณาวีระ

440 The Development Elderly Care Indicators in Nursing
Homes

Parichat Rattanakaj Paiwan Kotta
Patcharaporn Wongarsa Teeraset Siratananont

449 Effect of Biocellulose Wound Dressing on Healing of
Hard-to-Heal Wounds

Jaraspas Wongviseskarn Natma Thongteratham
Narathorn Soponprapakorn Ananyaran Teingtham
Suthee Panichkul

460 The Development of Nursing Model for Critically ill
Pediatric Patients Who Need Ventilatory support Using
Applied Nursing Standard in Lerdsin Hospital

Naowarat Chaprasith Saithum Wongsatitwilairoong
Sangob Phaohom

468 Clinical Competency Assessment Model for Nursing
Students Based on Miller's Pyramid Framework Using
Entrustable Professional Activities

Kusuma Kanglee Nuttaporn Lawthong
Pisamai Orathai

483 A Comparative Study of Caring Behavior for Elderly
Patients of Police Nursing Students

Rojjanart Homdee

492 Comparing police nursing students' numeric skills

Nawapat Seemarak

503 The Effect of An Online Lesson on the Calculation
Competence of Medication and Intravenous Fluids in
Nursing Students

Nuanla-or Thawitsri

513 Development of Nursing System for Patients with
Respiratory Deterioration during Emerging Coronavirus
2019 Epidemics

Chomnapa Kittisup Rangsiya Phaicharoen
Orasa Pairoon Patarachaya Swatdiwong

521 The Development of Nursing Services for Patients with
Coronary Artery Bypass Graft at Sakon Nakhon Hospital

Ratchada Poonprinya Orapin Ampol
Nuttanan Wiyo

531 Factors Related to Electric Smoking among Male
Vocational Students in Buriram Province

Kitipong Ruanphet Pornnapa Homsin
Yuwadee Leelukkanaveera

540 Predictors of HPV Vaccine Intention Among Young Men
Who Have Sex with Men in Chonburi Province

Rattiyakorn Malathummarat Rungrat Srisuriyawet
Yuwadee Leelukkanaveera

บทบาทพยาบาลในการดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า (กรณีศึกษา)

Nurse's Role in Diabetic Foot Care to Prevent Foot Ulcers (Case Study)

สุดาวดี เบลจรัตน์พรรณ*¹ มุกชดา ผดุงยาม¹ วิโรจน์ เจียเปลียน¹ อุระณี รัตนพิทักษ์²

Sudawadee Benjarattanaphan*¹ Mukda Phadungyam¹ Wrote Jeiplian¹ Uranee Ratanapitak²

¹คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

¹Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand 76000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10510

²Faculty of Nursing, Kasem Bundit University Bangkok Thailand 10510

บทคัดย่อ

แผลเบาหวานที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งเกิดจากเส้นประสาท ส่วนปลายเสื่อม และความเสื่อมของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงเท้า ร่วมกับแรงกดที่ฝ่าเท้า ทำให้เกิดแผลที่เท้าและอาจทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดเท้าหรือขา ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้ครอบครัวมีภาระการดูแลเพิ่มขึ้น เป็นภาระของสังคม และอาจเสียชีวิตได้ การจัดการตนเองถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า หากผู้เป็นเบาหวานมีการดูแลเท้าที่ดีและมีความสามารถในการจัดการตนเองกับการดูแลเท้าที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการดูแลเท้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อผู้เป็นเบาหวาน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า เช่น ประเมินการไหลเวียนหลอดเลือด สภาพหลอดเลือด การตรวจสุขภาพเท้าทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ความพอดีและเหมาะสมของรองเท้า ประเมินความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้เป็นเบาหวาน สร้างเสริมความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง และติดตามเยี่ยมผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสื่อสาร ของพยาบาลกับผู้รับบริการ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญเชิงรุก โดยต้องสะท้อนให้ผู้รับบริการเห็นในประเด็นสำคัญของการดูแลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการเองอย่างจริงจัง นอกจากนี้การสอนสาธิต และปฏิบัติไปพร้อมกันกับผู้รับบริการจะช่วยพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การดูแลเท้า, ผู้เป็นเบาหวาน, การป้องกัน, แผลที่เท้า

Abstract

Diabetic foot ulcers are a major complication in people with diabetes. Which is caused by the degeneration of peripheral nerves and the degeneration of the arteries that together with the pressure on the soles of the feet. This can cause foot ulcers and may cause the patient to have the foot or leg amputated, causing a disability to affect oneself both physically and mentally, causing the family to have an additional burden of care. A burden of society and may be die. Self-management is the key to preventing foot ulcers. If the people with diabetes have good foot care and can self-management with enhanced foot care. Therefore,

Corresponding Author: *Email: Sudawadee.ben@mail.pbru.ac.th

วันที่รับ (received) 21 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2565

foot care is very important for people with diabetes. Nurse is an important person who supports self-management in assessing the risk of foot ulcers, for example: assess blood flow, vascular condition, foot examination, the fit and proper fit of shoes. Every time people with diabetes visit the doctor, Assess the knowledge and behavior of diabetic foot care, self-management abilities regarding self-control behaviors of diabetes and follow up to visit service recipients continuously. Therefore, nurse and patient communication are an important proactive tool It must reflect to the service recipients the importance of taking care that is seriously beneficial to the service recipients themselves. In addition to teaching demonstrations and doing it together with the service recipient will help develop the ability to manage themselves more effectively.

Keywords: Nurse's role, Diabetic foot care, People with diabetes, Prevention, Foot ulcers

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มของอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation :IDF) ได้รายงานสถานการณ์ ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี พบว่า มีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ.2588 จำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และ 784 ล้านคน ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ได้ประมาณการไว้ว่า ผู้เป็นเบาหวานจะมีอัตราการตาย เท่ากับ 6.7 ล้านคนในทุก ๆ 5 วินาที¹ สำหรับในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถิติ ในปี พ.ศ.2560-2562 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด 876,970 941,226 และ 1,002,310 คน ตามลำดับ โดยพบในวัยผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20-79 ปี เกือบ 4,300,000 ราย ในผู้ที่ เป็นเบาหวานพบว่ามีเพียงร้อยละ 23.5 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ตามเกณฑ์² จำนวนผู้เป็นเบาหวานที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานเพิ่มขึ้น ด้วยเช่นกัน หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของเบาหวานคือความผิดปกติที่เท้า³ แผลที่เท้าเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุให้ผู้เป็นเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รายงานการศึกษาค่าใช้จ่ายทางตรงในการตัดขาหรือเท้าผู้เป็นเบาหวานในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2547 พบว่าผู้เป็นเบาหวานมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,000 บาท ต่อการเข้า

รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง และมีค่าใช้จ่ายสูงสุดถึง 843,888 บาท ต่อการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง⁴ หากผู้เป็นเบาหวานเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาทันเวลาที่และได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ถูกตัดนิ้วเท้า เท้าและขาในที่สุด จากสถิติพบว่า การเกิดแผลของผู้เป็นเบาหวานร้อยละ 15 พบเป็นแผลที่เท้า และในแต่ละปีจะมีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 4 ล้านคนที่มีแผลที่เท้า ทุก ๆ 30 วินาทีจะมีผู้เป็นเบาหวานถูกตัดขาหรือเท้าที่ใดที่หนึ่งในโลก ผู้เป็นเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีโอกาสถูกตัดขาสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน 25 เท่า¹ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว เป็นภาระของสังคมบางรายอาจถึงแก่ชีวิตได้ อย่างไรก็ตามการเกิดแผลที่เท้าสามารถป้องกันได้ด้วย การดูแลเท้า ที่ถูกต้องเหมาะสม⁵ ซึ่งการให้ความรู้ การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีประสิทธิภาพสามารถป้องกันเกิดแผล และการถูกตัดขาได้มากกว่าร้อยละ 50 จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการดูแลเท้าและการจัดการที่เหมาะสมเมื่อพบความผิดปกติรวมทั้งมีการติดตามพฤติกรรมดูแลเท้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างเสริมพัฒนาทักษะ ความสามารถการดูแลเท้าที่ถูกต้องและต่อเนื่องของผู้เป็น เบาหวานช่วยชะลอความเสี่ยงของระบบประสาทส่วนปลายเท้า ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดส่วนปลายเท้า การสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันร่วมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะสามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและลดการถูกตัดเท้าได้ถึงร้อยละ 50-85⁶ จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าในผู้เป็นเบาหวานสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลเท้าในผู้เป็นเบาหวานในทางที่ดีได้^{7,8}

ดังนั้น การดูแลเท้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้เป็นเบาหวาน ทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับเท้าของผู้เป็นเบาหวาน ผู้เขียนจึงเขียนบทความนี้โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดกับเท้าของผู้เป็นเบาหวาน สามารถประเมิน/ค้นหาสาเหตุ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ช่วยลดการถูกตัดนิ้วเท้า เท้าหรือขา ลดอัตรา การทูลงภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานมีทักษะในการดูแลและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพเท้าเบื้องต้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายและการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า/เท้าเบาหวาน

แผลเบาหวานที่เท้า/เท้าเบาหวาน (Diabetic foot ulcers: DFUs) เป็นกลุ่มอาการของเท้าที่เกิดจาก 1) ปลายประสาทเสื่อม (Neuropathic ulcer) การเสื่อมของเส้นประสาทรับความรู้สึก ส่วนใหญ่ทำให้เท้าชา เกิดแผลโดยไม่รู้ตัวและละเลยการดูแล การเสื่อมของเส้นประสาทสั่งการ ทำให้กล้ามเนื้อเท้าอ่อนแรง สูญเสียสมดุล เป็นผลให้เท้าผิดรูปและมีการกระจายการรับน้ำหนักที่เท้าผิดปกติลักษณะการผิดรูปที่พบบ่อย คือ นิ้วเท้าจิกงอ และเท้าชาร์โคท์ การเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้การหลั่งเหงื่อลดลง เป็นผลให้ผิวหนังที่เท้าแห้งและเกิดการแตกเป็นแผลง่าย 2) แผลขาดเลือด (Ischemic ulcer) เป็นแผลที่เกิดจากการมีหลอดเลือดแดงของขาตีบตัน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงส่วนปลายขนาดเล็ก การขาดเลือด มักเกิดที่บริเวณน่อง ข้อเท้า เท้า และนิ้วเท้า ผู้เป็นเบาหวานที่มีหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบอาจเกิดแผลขาดเลือดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของขาหรือเท้า แผลที่เกิดขึ้นนี้จะหายยาก เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยง ไม่เพียงพอ ลักษณะของแผลขาดเลือดในระยะแรกมักจะเกิดบริเวณนิ้วเท้า ต่อมามีการลุกลามขึ้นมาถึงเท้า ขอบแผลเรียบ ก้นแผลซีด ไม่มีเลือดออก และอาจมีการตายของนิ้วเท้าข้างเคียงด้วย การตรวจร่างกายบริเวณเท้าจะพบว่าผิวหนังแห้ง เย็นและซีด ขนร่วง กล้ามเนื้อลีบและคล้ำชีพจร Dorsalis pedis artery และ Posterior tibial artery เบาลงหรือคลำไม่ได้ การตรวจประเมินสภาพหลอดเลือดแดงส่วนปลายของขาเป็นการตรวจที่สำคัญมากเพื่อการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรง วิธีการตรวจที่นิยม ได้แก่ การตรวจ Doppler ultrasonography และการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดแดง (Arteriography) 3) แผลติดเชื้อ (Infective ulcer)

เกิดจากการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรืออาจเกิดจากแผลชนิดใดชนิดหนึ่งทีกล่าว่ามาข้างต้นแล้วมีการอักเสบเกิดขึ้น การติดเชื้อที่เกิดในระยะแรกจะพบเฉพาะบริเวณผิวหนังและชั้นไขมันที่อยู่ข้างใต้ ในส่วนที่มีบาดแผลเกิดเป็นหนอง และอาจมีการอักเสบลุกลามไปถึงทางเดินน้ำเหลืองทำให้มีการบวมแดงโดยรอบบาดแผล อวัยวะข้างเคียงและทางเดินน้ำเหลือง ถ้าการอักเสบลุกลามไปถึงชั้นพังผืดอย่างรวดเร็ว เป็นผลทำให้พังผืดตึงกล่าวถูกทำลาย (Necrotizing fasciitis) และ หนองที่อยู่ลึกกว่าชั้นพังผืดจะแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อแต่ละมัด โพรงหนองที่อยู่ในกล้ามเนื้อแต่ละมัดเรียกว่า Deep abscess ตามลำดับ ผู้เป็นเบาหวานที่มีหลอดเลือดแดงที่ขาตีบตันถ้ามีแผลติดเชื้อที่เท้าเกิดขึ้น การติดเชื้อจะลุกลามอย่างรวดเร็ว เป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขา หรือสูญเสียชีวิตได้ หากไม่นับรวมการสูญเสียจากอุบัติเหตุ

อุบัติการณ์ของการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า/เท้าเบาหวาน

ในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า ความชุกของการเกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน มีประมาณ ร้อยละ 1-20 โดยความชุกของการตัดเท้าพบประมาณร้อยละ 1.6 กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า พบว่า มีถึงร้อยละ 22.5 และมีแนวโน้มว่าจะเกิดแผลในอนาคตสูงถึงร้อยละ 6.9 และยังพบว่า แผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานยังหายช้ากว่าคนปกติโดยใช้เวลาเฉลี่ย 11-14 สัปดาห์ มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11 วัน/ราย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 23,740 บาท/ราย มีแผลที่เท้ากลับเป็นซ้ำใน 28 วัน (Re-admit) 3 ราย และถูกตัดอวัยวะส่วนปลาย 56 ราย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และครอบครัว เป็นภาระของสังคม อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้จากแผลติดเชื้อที่เท้า^{9,10}

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน

จากแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษา ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน คือ โรคปลายประสาทเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายร่วมกับ ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่เท้าลดลง มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าเพิ่มขึ้น^{11,12} นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ (Modifiable risk factor) เป็นปัจจัยของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องให้ความสำคัญ หากมีการป้องกันและการจัดการที่ดี จะสามารถป้องกัน การเกิดแผลที่เท้าหรือป้องกันไม่ให้แผลลุกลามรุนแรงมากขึ้น ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สารพิษในบุหรี่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว เพิ่มความเสี่ยง ในการเกิดปัญหาหลอดเลือดอุดตันจึงทำให้เกิดแผลได้ง่ายจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุหรี่ทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน 1.88 เท่า^{13,14} ในกลุ่มที่เคยเกิดแผลมีประวัติการสูบบุหรี่ และในปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเกิดแผล และในเพศชายที่สูบบุหรี่พบว่า เกิด Neuro-ischemic ulcer (NIC) มากกว่าร้อยละ 67.0¹²

1.2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีปัญหาสุขภาพเท้า คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมจากการที่กลูโคสเข้าไป ในเซลล์และเกิดปฏิกิริยาทางชีวเคมีขึ้นจนเกิดสารพิษ ทำให้เกิดอาการชาที่ปลายขา เมื่อเกิดแผลขึ้นมาอาจลุกลามมากขึ้น¹³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่จะควบคุมได้ยากเพราะผู้ป่วย ไม่รับรู้ถึงความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลและการไม่มาพบแพทย์ตามนัด ค่าปกติ FPG มากกว่า 126 มก./ดล. หรือมีระดับ HbA1C มากกว่าร้อยละ 6.5 เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเวลานานจะมีการเปลี่ยนแปลงในผนังหลอดเลือดเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งทำให้เซลล์ประสาทเสื่อม สูญเสียความรู้สึกที่เท้าได้¹⁵

1.3 ประวัติเคยมีแผลที่เท้ามาก่อน ปัจจัยจากการมีแผลที่เท้ามาก่อน เมื่อแผลหายดีแล้ว จะส่งผลทำให้เนื้อเยื่อหรือผิวหนังบริเวณนั้นบางลง เมื่อมีแรงกดทับจากการลงน้ำหนักในตำแหน่ง ที่เคยเป็นแผลเป็นประจำ จะทำให้เกิดแผลที่เท้าบริเวณเดิม¹⁰

1.4 ประวัติเคยถูกตัดขา เท้า หรือนิ้วเท้ามาก่อน ปัจจัยด้านการถูกตัดเท้าหรือนิ้วเท้าหรือบางส่วน ของเท้าจะส่งผลต่อการกระจายน้ำหนักบนฝ่าเท้าเปลี่ยนแปลงไป เกิดแรงกดซ้ำ ๆ ในตำแหน่ง ที่มีการรับน้ำหนักตลอดเวลาทำให้เกิดมีหนังหนา (Callus) ขึ้น ทำให้เพิ่มแรงกดทับบริเวณผิวหนังใต้ฝ่าเท้า และก่อให้เกิดแผลที่เท้าขึ้น¹⁰

1.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า (Foot care behavior) ผู้เป็นเบาหวานขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเท้า มีการดูแลสุขภาพเท้าของตนเองไม่ถูกต้อง

เช่น การตัดเล็บ ขูดตัดหนังเท้า และเมื่อมีตุ่มหนองพุพองเกิดขึ้นที่เท้า ผู้ป่วยจะตัดทิ้งหรือแกะออกเอง การล้างทำความสะอาดแผล ด้วยแอลกอฮอล์ ทิงเจอร์บริเวณแผลที่เท้าจะทำให้ผิวแห้งเสี่ยงต่อการเกิดแผล/หรือเมื่อเป็นแผล ๆ หายช้า การประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อน แช่เท้าด้วยน้ำอุ่น หากร้อนเกินไปอาจเกิดอันตรายต่อผิวหนังได้ เนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกไม่ดี ส่งผลให้เกิดแผลลุกลาม กลายเป็นแผลเรื้อรังในที่สุด เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทสำคัญดังเช่น การประเมิน ความเสี่ยงในการเกิดแผล ประเมินสภาพเท้า ประเมินสภาพปลายประสาท สภาพหลอดเลือด และลักษณะการกระจายน้ำหนักที่ฝ่าเท้า ประเมินระดับความรุนแรงต่อการเกิดแผลที่เท้า มีระบบการนัดตรวจติดตามผลตามความเหมาะสม เพื่อประเมินความเสี่ยงใหม่ที่มีโอกาสเกิด และประเมินความเสี่ยงในการควบคุมเบาหวาน สร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าที่ถูกต้อง เช่น การดูแลความสะอาดเท้า การตัดเล็บเท้า การเลือกซื้อรองเท้า การสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม แนะนำสวมใส่รองเท้าหุ้มส้น ทั้งใน-นอกบ้านเป็นประจำ ไม่เดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน ลานโบลต์ พื้นทราย/ชายหาด หรือถนนที่ร้อน เป็นต้น^{15,16}

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันและแก้ไข (non-modifiable risk factor) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ แม้ว่าจะไม่สามารถแก้ไขหรือทำกลับคืนสู่สภาพเดิม แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้ามากขึ้นเพียงไร ได้แก่

2.1 อายุที่เพิ่มขึ้น ผู้เป็นเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้มากกว่า คนอายุน้อย เนื่องจากความเสื่อมของระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย เกิดการหนาตัว ของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น ช่องที่เลือดไหลผ่านจะแคบลง ทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน^{13,14}

2.2 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ผู้ที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานนาน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดง ส่วนปลายตีบตันมากกว่าผู้ที่ระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อย โดยเฉพาะเมื่อเป็นนานกว่า 10 ปี ซึ่งระยะเวลาที่ป่วยนานขึ้นมีโอกาสเกิดหลอดเลือดฝอยอุดตันได้ง่ายขึ้น จะทำให้มีการสูญเสียของเซลล์เบต้า ในตับอ่อนมากขึ้นเรื่อย ๆ การควบคุมระดับน้ำตาลเป็นไปได้อย่างขึ้นส่งผลให้เลือดมาเลี้ยงที่ขาและเท้าลดลง ทำให้เท้าเย็นชืด ผิวหนังคล้ำ

และเน่าตายได้^{13,17}

ดังนั้นหากผู้เป็นเบาหวานได้รับการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าแล้วจะสามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ หรือเมื่อเกิดแผลที่เท้าแล้วก็จะสามารถจัดการแผลที่เท้าไม่ให้ลุกลามจนถูกตัดขาได้

บทบาทพยาบาลในการดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ได้แก่ เป็นผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพ (Diabetic health educator) เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ประสานงานในทีม (Collaborator) เป็นผู้นำ (Leadership) เป็นนักวิจัย (Researcher) รวมถึงเป็นผู้คอยสนับสนุนและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เป็นเบาหวาน (Advocacy)¹⁸ โดยพยาบาลควรมีบทบาทที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานได้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลเท้าด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และการติดตามเยี่ยมและการดูแลต่อเนื่องจากบทบาทที่กล่าวมา ผู้เขียนในฐานะเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ (เบาหวาน) ได้ดูแลผู้เป็นเบาหวานที่มีปัญหาแผลที่เท้า ดังตัวอย่างกรณีศึกษาผู้เป็นเบาหวานที่มีปัญหาแผลที่เท้าและการดูแล ดังนี้

กรณีศึกษา พยาบาลเยี่ยมประเมินสภาพร่างกายที่บ้าน (20 ธันวาคม 2562)

สภาพโดยทั่วไปของผู้รับบริการ ประวัติทั่วไป ผู้รับบริการ ชายไทย อายุ 63 ปี สถานภาพ คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ระดับการศึกษา ป.6 อาชีพ เกษตรกร มีบ่อเลี้ยงปลากระพง และบ่อเลี้ยงกุ้ง ทุกวันที่ลงทำงาน ให้อาหาร เลี้ยงปลา-กุ้ง มีพฤติกรรมเดินเท้าเปล่า ไม่สวมรองเท้า บอกว่าเป็นความเคยชินไม่ถนัดถ้าต้องสวมรองเท้า เพราะบางวันอาจต้องเดินลุย บ่อปลา บ่อกุ้ง หลังเสร็จงานก็อาบน้ำเพื่อทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ไม่ได้เช็ดเท้าให้แห้งหรือให้การดูแลเท้าเป็นพิเศษ การดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากผู้รับบริการรับประทานอาหารที่ภรรยาประกอบเอง เป็นอาหารรสชาติที่ชอบหวาน เค็มและมัน ดื่มน้ำสุราบางครั้งที่มีงานเลี้ยง และสูบบุหรี่ (ใบจากนำมวนเอง) ประวัติการเจ็บป่วยเป็น Known case diabetes มา 15 ปี รับประทานที่ รพ.สต. แห่งหนึ่ง ไม่มีประวัติแพ้อาหารหรือยาใด ๆ รับประทานควบคุมเบาหวาน-ความดัน

(Metformin 500 mg bid. ac และ Losartan 50 mg bid. pc) ผู้รับบริการได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนถึงปัจจุบัน ผู้รับบริการบอกจำผลตรวจน้ำตาลแต่ละครั้งที่ตรวจไม่ได้ แต่ทราบว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ค่อยดี 4 ปีที่แล้ว (ปี พ.ศ. 2558) ผู้รับบริการประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ มีบาดแผลเล็กน้อย บริเวณแขนและเท้า แผลหายไวตามปกติ

5 เดือนก่อน ก่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีไข้ จึงมาตรวจขอรับยา ณ รพ.สต. แห่งเดิม ผลตรวจร่างกาย T = 38.9°C, P = 73/min RR = 20/min, BP = 127/76 mmHg. น้ำหนัก 75 kg. ส่วนสูง 160 cm. BMI = 29.29 kg/m² FBS = 285mg% มีแผลบวมแดง บริเวณจมูกเล็บเท้านิ้วโป้งข้างซ้าย ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ณ โรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยใน เพื่อให้การรักษาการอักเสบ ติดเชื้อ 35 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้รับบริการได้รับยา Humulin 10 ยูนิต ฉีดก่อนนอน, Metformin 500 mg bid.ac และ Losartan 50mg bid. pc, wound dressing OD ที่รพ.สต. และนัดให้มาติดตามผล 2 เดือน

พยาบาลเยี่ยมประเมินสภาพร่างกายที่บ้าน (ครั้งที่ 1, 20 ธันวาคม 2562)

สภาพโดยทั่วไปของผู้รับบริการ จากการซักประวัติการตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า (DM foot screening) พบว่า บริเวณนิ้วโป้ง big toe เท้าทั้งสองข้างมีหนังดำน (callus) และแผลบริเวณนิ้วโป้งเท้าข้างซ้าย แผลสะอาดใกล้เคียง ไม่บวม ผลการประเมินการรับรู้ความรู้สึก ในการป้องกันตนเองที่เท้าปกติ ชีพจรที่เท้าทั้งสองข้างปกติ มีปัญหาเท้าแบน มีอาการปวดเฉพาะเดินไกล ๆ ผลการประเมิน ผู้รับบริการรายนี้มี เกณฑ์ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าซ้ำอีก (high risk)²⁰ สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย = 37.4°C P = 80/min PR = 20/min BP = 143/87mmHg การประเมินสภาพด้านสังคม สภาพจิตใจ ไม่มีประวัติเข้ารับการบำบัดทางจิตในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพจิตดี การดูแลตนเอง มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ยอมรับการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ แบบแผนการเผชิญปัญหา ใช้การแก้ไขอย่างมีเหตุผล โดยเมื่อทราบว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วยได้ ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าเป็นเบาหวานที่ต้องมีผู้ดูแลและมีปัญหาแผลที่เท้า จากการพูดคุยพบว่า ขาดความรู้เรื่อง การตรวจดูแลเท้าด้วยตนเอง และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับ

ไขมันในเลือด หรืออาจรู้แต่ยังไม่เห็นถึงความสำคัญในการเชื่อมโยงกับสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้า

การวินิจฉัยโรค Diabetes Mellitus with high-risk recurrence foot ulcer ผลจากการประเมินผู้รับบริการได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้รับบริการเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน - ไม่เคยตรวจดูเท้าอย่างละเอียดทุกวัน - ผู้รับบริการสูบบุหรี่ (ใบจากมวนเอง)

- ตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลเท้าได้ไม่ครบถ้วน (โดยการสอบถาม)

เป้าหมาย แผลที่เท้าหายโดยเร็วและไม่เกิดแผลที่เท้าซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล - สามารถตรวจเท้า ดูแลสุขภาพเท้าได้อย่างสม่ำเสมอด้วยตนเอง

- มีความรู้เรื่องวิธีการดูแลสุขภาพเท้าสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและให้ความรู้เรื่องการล้างเท้าที่ถูกต้องทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อน เน้นย้ำเรื่องเช็ดเท้าให้แห้งทันทีด้วยผ้าเช็ดหรือผ้านุ่มที่สะอาด โดยเฉพาะตามซอกระหว่างนิ้วเท้า ควรเช็ดให้แห้งสนิท ห้ามปล่อยให้แห้งเอง ห้ามใช้แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดเท้าเนื่องจากทำให้เท้าแห้ง¹¹

2. สอนการตรวจและสำรวจเท้าให้ทั่วทั้งฝ่าเท้าและหลังเท้า โดยเฉพาะตามซอกระหว่างนิ้วเท้า กำหนดให้การตรวจเท้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน¹³

3. แนะนำไม่ใส่รองเท้าแตะประเภทคิบบ์ เพราะทำให้เกิดแผลตรงซอกนิ้วเท้าได้ง่าย รองเท้าควรเป็นแบบ ที่ปรับขนาดได้ เช่น รองเท้าผูกเชือก หรือมีสายคล้องส้นเท้า เลือกใส่รองเท้าที่พอดี ขนาดเหมาะกับรูปเท้า ไม่ใส่รองเท้าที่คับและหน้าแคบจนบีบหน้าเท้า หรือส้นจนนิ้วเท้างอ รองเท้าที่เหมาะสม ควรกว้างและยาวพอสำหรับนิ้วเท้าทุกนิ้ว⁵

4. ประเมินความรู้และประเมินพฤติกรรมในการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด^{7,15}

5. ดูแลตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด⁵

6. ห้ามสูบบุหรี่ เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนไปที่เท้าลดลง มีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย และเมื่อมีแผลเกิดขึ้น จะทำให้แผลหายช้าลง¹³

7. ห้ามนั่งไขว่ห้าง เป็นระยะเวลานาน เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และอาจกดเส้นประสาทบริเวณด้านข้างข้อเท้า¹³

8. สอบถาม สังเกต ประเมินเรื่องพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าทุกครั้งที่ได้รับบริการมารับการบริการ¹⁵

9. ทั้งนี้ในครั้งแรกที่พยาบาลเยี่ยมตรวจและดูแลแผลที่เท้าทุกขั้นตอน พยาบาลควรทำให้ผู้รับบริการ ดูหรือทำไปพร้อมกัน และชี้ให้เห็น/เน้นย้ำถึงความจำเป็นสำคัญในขณะทำการดูแลเท้า ข้อสำคัญพยาบาลต้องชมเชยผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอไปด้วยเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจ/เชื่อมั่นในตนเองถึงการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ติดตามประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (21 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้รับบริการเข้าใจถึงเรื่องวิธีการดูแลสุขภาพเท้าและเหตุผลที่ต้องดูแลเท้าอย่างสม่ำเสมอเป็นอย่างดีสามารถตรวจเท้าและดูแลเท้าได้ด้วยตนเอง ตรวจไม่พบการบาดเจ็บหรือแผลที่เท้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ผู้เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน - ผู้รับบริการเล่าว่า รับประทานอาหารที่ภรรยาทำ รสชาติอาหารตามที่ชอบ คือ หวาน เค็ม และมัน มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะเวลาหิว (จึงรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา)

- จากการซักถามและการประเมินผู้รับบริการยังดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่อง การควบคุมอาหาร ชอบรับประทานรสชาติตามที่ชอบ โดยเฉพาะหลังอาหารต้องทานขนมหวาน บอกถ้าไม่ทานเหมือนไม่อิ่ม และชอบทานอาหารมันจำพวกของทอด ไม่ออกกำลังกาย เพราะคิดว่าทุกวันเดินรอบบ่อปลา-บ่อกุ้ง น่าจะเพียงพอ น้ำหนัก 70 kg. ส่วนสูง 160 cm. BMI = 27.34 kg/m²

- ผลตรวจเลือด พบว่า มีระดับFBS สูง ๆ ต่ำ ๆ และระดับ HbA1C ยังสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด ผลตรวจเลือดวันที่ 5 เมษายน 2561 (FBS = 117 mg% HbA1C= 8.1%) วันที่ 18 มีนาคม 2562 (FBS = 124 mg% HbA1C= 7.4%) วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563 (FBS = 189 mg% HbA1C= 9.3%) เป้าหมาย ผู้รับบริการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานถูกต้องและเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล - ผู้รับบริการสามารถเลือกรับประทานอาหารได้สอดคล้องกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่

- ผู้รับบริการสามารถปรับวิถีชีวิต เรื่องเวลาในการรับประทานอาหารได้ตรงเวลาดีขึ้น

- ผู้รับบริการมีการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที¹⁹

- ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ $90 \leq 130 \text{ mg\%}$ และ/หรือ $\text{HbA1C} < 7\%$

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคดังนี้ 1) เน้นเรื่องการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ถือเป็นวิธีการรักษาควบคุมเบาหวานที่สำคัญที่สุด ดังเช่น งดรับประทานขนมหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม อาหารมัน แอวกะทิ แนะนำให้รับประทาน ผักใบเขียว ทุกชนิด ผลไม้ที่มีรสไม่หวาน และหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป เช่น ผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม ผลไม้บรรจุกระป๋อง 2) ให้ความรู้ และแนะนำผู้เป็นเบาหวานรับประทานอาหารเช้าให้ตรงเวลา อยู่เสมอ เหมาะสมกับโรคและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย^{10,11}

2. ให้ความรู้และแนะนำการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด สอน-สาธิต การกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยกและกางแขนขาออก วันละประมาณ 20 นาที การใช้กระบอกปั๊มลม การเดินเร็ว เป็นต้น การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรเป็นครั้งละประมาณ 30 นาที¹⁹

3. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด พูดคุยถึงสิ่ง ที่ผู้รับบริการทำได้ดีและเป็นจุดแข็งพร้อมกล่าวชื่นชมหรือ ใช้เทคนิคการจูงใจตามหลักการเสริมแรงทางบวก และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอในกรณีที่ยังไม่บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ การพยาบาล¹¹

4. นัดครั้งต่อไปใน วันที่ 20 เมษายน 2563 เพื่อติดตามประเมินผล ว่าผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องหรือไม่ หัวข้อการติดตามผู้รับบริการสามารถวางแผนจัดการอาหารได้เหมาะสมกับโรคหรือไม่ จากบันทึกรายการอาหารของผู้เป็นเบาหวานรายนี้ รับประทานข้าวเป็นหลัก รับประทานลดลงเหลือมื้อละ 2 ทัพพี (ปริมาณที่เท่ากัน) และจะรับประทาน ผักใบเพิ่มเพื่อให้อิ่ม งดน้ำอัดลม รูปแบบการประกอบอาหารเป็นต้มจืด แกงส้ม ไม่ทานของทอดทอดหรือแอวกะทิ เลือกรับประทานผลไม้จำพวกฝรั่ง (5 ชิ้น) หรือกล้วยน้ำว้า 1 (ผล)

หลังอาหาร และรับประทานอาหารตรงเวลา มีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ ประมาณ 30 นาที¹⁹

สรุป ผู้รับบริการรายนี้ก่อนพ้นความดูแล ผู้รับบริการชายไทย สูงวัย น้ำหนักลดลงเล็กน้อย (75 กก. เหลือ 70 กก.) แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์รูปร่างอ้วนระดับ 2 เป็นเบาหวานมาประมาณ 15 ปี ติดตามรับการรักษาต่อเนื่อง ณ รพ.สต. ใกล้บ้าน (เป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจเนื่องจาก เมื่อ 5 เดือนก่อน เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากมีแผลอักเสบที่ง่ามข้อเท้าซ้ายโป่งข้างซ้าย) หลังจากได้รับการติดตามและให้คำแนะนำ ผู้รับบริการเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ (1) ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมเบาหวานในประเด็น การวางแผนจัดการอาหาร เช่น รับประทานอาหารเช้า เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค รับประทานข้าวในปริมาณ มื้อละ 2 ทัพพี หรือบางมื้อเปลี่ยนมารับประทานกล้วยเตี้ยวัน 1 ชาม โดยไม่เติมน้ำปลาเพิ่ม ทุกมื้อจะรับประทานผักใบเพิ่ม เพื่อให้อิ่ม งดผลไม้ที่มีรสหวาน งดดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม และออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ ประมาณ 30 นาที¹⁹ (2) ผู้รับบริการมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ (Diabetes Mellitus with high-risk recurrence foot ulcer)²⁰ จากการซักประวัติการตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า (DM foot screening) พบว่า บริเวณนิ้วโป่ง big toe เท้าทั้งสองข้างมีหนังด้าน (callus) และแผล บริเวณนิ้วโป่งเท้าข้างซ้ายแผลสะอาดใกล้หาย ไม่บวม ผลการประเมินการรับรู้ความรู้สึกในเท้าปกติ ซิพอร์ที่เท้าทั้งสองข้างปกติ มีปัญหาเท้าแบน มีอาการปวดเฉพาะเดินไกล ๆ ผลการประเมินผู้รับบริการรายนี้มี เกณฑ์ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าซ้ำอีก (high risk)²⁰ (3) ควรมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้เป็นเบาหวานที่มีผลการประเมินสุขภาพเท้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ เนื่องจากการติดตามเยี่ยมที่บ้านจะมีโอกาสพบญาติหรือผู้ดูแล พยาบาลจะได้มีโอกาสทบทวนความรู้ การปฏิบัติตน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลและสนับสนุนการมีส่วนร่วมตั้งเป้าหมายในการดูแล ประเมินความเสี่ยงและ หาแนวทางแก้ไขป้องกันการเกิดแผลที่เท้าซ้ำแก่ผู้เป็นเบาหวาน ส่วนการกำหนดระยะเวลาการเยี่ยมผู้รับบริการแต่ละรายขึ้นอยู่กับ พยาธิสภาพหรือ ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการจัดการตนเองและความพร้อมของผู้รับบริการเป็นสำคัญ²¹ สำหรับผู้รับบริการรายนี้ผู้เขียน ประเมินว่า ผู้รับบริการและครอบครัวมีศักยภาพ

ทั้งด้านความรู้ ความสนใจ และความเอื้ออาทรที่ดีในครอบครัว ผู้เขียนจึงนัดติดตามทุก 2 เดือน

บทสรุป

ผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าตามปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ถ้าเกิดการติดเชื้อของแผลที่เท้าแล้วลุกลามเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือด อาจนำไปสู่การสูญเสียขา โดนตัดขา มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวานและครอบครัว กระทั่งต่อเศรษฐกิจของประเทศ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าด้วยตนเอง พัฒนาทักษะการจัดการภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า วางระบบการติดตามกรณีเกิดแผลที่เท้า เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลลุกลามหรือติดเชื้อเพิ่มขึ้นและหายโดยเร็ว วางแผนให้การพยาบาลที่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลแผลที่เท้า รวมทั้งประสานงานกับทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพแผลที่เท้าให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเท้า โดยให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อสร้างเสริมการดูแลเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลและลดความรุนแรงของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งจะส่งผลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องสูญเสียนิ้วเท้า เท้าหรือขาในอนาคต

References

1. Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Salpea P [Editorial]. IDF diabetes atlas. 9th ed. International Diabetes Federation; 2019: 34-155.
2. Aekplakorn W [Editor]. Thai National Health Examination Survey V (NHES V). Health System Research Institute. Nonthaburi 2015. (In Thai).
3. Ogurtsova K, Fernandes R, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. Diabetes Research and Clinical Practice, 28: 2017 40-50.
4. Thirapatarapong W, Srisawasdi G. Epidemiology, and direct cost of diabetes-related lower extremity amputations at Siriraj hospital. J Thai Rehabil Med. 2008; 18(2): 65-9.
5. Ren M, Yang C, Lin DZ, Xiao HS, Mai LF, Guo YC, YanL Effect of intensive nursing education on the prevention of diabetic foot ulceration among patients with high-risk diabetic foot: a follow-up analysis. Diabetes Technology & Therapeutics, 2014 16(9): 576-81.
6. Diabetes Association of Thailand. (2012). Diabetes clinical practice guideline 2011. Bangkok: Srimuang. (In Thai).
7. Roning N, Naka K, Chinnawong T. The Effects of Self - Care Promoting Program on Foot Care Behaviors, Foot Conditions and Blood Sugar Levels among Muslim Elderly with Uncontrolled Diabetes Mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing. 2021; 41(1): 74-87. (In Thai).
8. Harutathaworn R, Nuysri M, Iemsawasdikul W. Effects of a foot care program for risk foot ulcer of type 2 Diabetes Mellitus patients at Samrong Thap District, Surin Province. Thai Journal of Nursing. 2020; 69(4): 21-30. (In Thai).
9. Pomthong K, Masingboon M, Kunsongkeit W, Factors Influencing Foot Care Behaviors among Type II Diabetes Mellitus at Risk for Diabetic Foot Ulcer. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 31(4): 109-118. (In Thai).
10. Medical Technology Research and Evaluation Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Medical practice guidelines for the prevention and care of diabetic patients with foot complications. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2013. (In Thai).

11. Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, National Health Security office. Clinical practice guideline for diabetes 2017. 3rd Pathum Thani: Romyen Media; 2017. (In Thai).
12. Tiwaskar, M. The Double Trouble: PVD and Peripheral Neuropathy in Diabetes. Journal of The Association of Physicians of India. 2017; 65(5): 11-13.
13. Moungekum S. Nurses' Role in Diabetic Foot Care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(Supplement): 1-10. (In Thai).
14. Palitnonkert A. Factors Related to Diabetic Foot Ulcer of Diabetic Patients in the Hospitals of Primary Health Care Service Network Prapradaeng District, Samutprakarn Province. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Under The Patronage of Her Royal Highness Princess Mahachakri Sirindhorn. 2017;6(1): 56-67. (In Thai).
15. Kaewdougto S, Kusuma Na Ayuthya S, Charoenkitkarn, V, Rodphrasert W. Influencing Factors on Foot Care Behavior in Type-2 Diabetes Patients without History of Foot Ulcer. Journal of Nursing, Siam University. 2016;17(33): 31-46. (In Thai).
16. Nonpanya U, Terathongkum S, Lininger J. Effects of Self-Efficacy Enhancement of Foot Care Program on Foot Care Behavior and Insensate Foot among Persons with Type 2 Diabetes. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2020; 7(2): 76-91. (In Thai).
17. Moungekum S, Duongpaeng S, Kunsongkeit W. Factors influencing macrovascular complications among persons with type 2 diabetes. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017; 25(2) Inpress. (In Thai).
18. Mangklakeeree N, Senachai N, Panput A. Diabetes Management in Working Age Group: The Challenging for Nurse Practitioners. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2021; 22(3): 19-27. (In Thai).
19. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. Adults and Older Adults with Chronic Conditions (aged 18 years and older). 25 November 2020: 17-34.
20. Medical Technology Research and Evaluation Institute, Ministry of Public Health. Guidelines for the prevention and care of diabetic patients with foot complications. Bangkok: Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2013:30

การใช้สื่อในการสื่อสารความปลอดภัยในการทำงาน ของพยาบาลอาชีวอนามัย

Media for Safety Communication in Occupational Health Nurses

อุบลพรรณ วีระใจ*¹ คทาฐ ดิปรีชา²

Oubonpun Werajong*¹ Kathawoot Deepreecha²

¹กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย 11000

¹Department of Disease Control, Ministry of public health, Nonthaburi, Thailand 11000

²กรมแพทย์ทหารบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

²Royal Thai Army Medical Department Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การเข้าถึงสื่อในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีการใช้สื่อหลายรูปแบบเพื่อเสริมสร้างความความรู้ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และด้านสุขภาพ เป็นบทบาทที่พยาบาลด้านอาชีวอนามัยและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทำร่วมกันเพื่อสื่อสารเรื่องราว ทำให้เกิดความรอบรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพนักงานให้ดีขึ้นทั้งในด้านความปลอดภัยในการทำงาน และการป้องกันโรค การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมการใช้สื่อในด้านรูปแบบ ประเภท และการประเมินคุณภาพสื่อที่ใช้ ตามบริบทของการทำงานและความสะดวกในการสื่อสารในการสื่อสารด้านความปลอดภัยในการทำงานมีตั้งแต่ระดับนโยบาย มาจนถึงระดับปฏิบัติงาน เมื่อปรับเนื้อหาให้กระชับเข้ามารวมกับรูปแบบที่เข้าถึงง่ายสามารถทำให้ประสิทธิภาพในการสื่อสารดีขึ้น

คำสำคัญ: สื่อ, การสื่อสารความปลอดภัย, การพยาบาล

Abstract

Accession to media is rapid. Various forms of media are used as communication tools to enhance knowledge on occupational, safety and health by Occupational Health Nurse and Safety Officer work together for communicating the knowledge base storytelling and changing the behavior of employees for the better both safety at work and disease prevention. The purpose of this study was to collected media using and assessment of the quality of media by context of work. The safety communication ranges from policy level to operational level. Concise content combined with a more accessible format can improve communication efficiency.

Keywords: Media, Safety Communication, Nursing

Corresponding Author: *E-mail: oubonpunmd@gmail.com

วันที่รับ (received) 3 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2565

บทนำ

ในปัจจุบันการเข้าถึงการใช้สื่อเป็นไปได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีสามด้านผนวกเข้าด้วยกัน เรียกว่า การหลอมรวมสื่อ (Media Convergence) กล่าวคือเป็นการรวม เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีสื่อสารมวลชน และเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถใช้อินเทอร์เน็ต หรือ ดูรายการจากช่องทีวี หรือช่องทางออนไลน์ บนโทรศัพท์ได้ อย่างรวดเร็วทุกที่ ทุกเวลา ภายใต้อินเทอร์เน็ต ของสัญญาณ อินเทอร์เน็ต และรุ่นของเครื่องโทรศัพท์¹

ในด้านรูปแบบของสื่อที่ใช้เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานนั้นมีการพัฒนามากขึ้นเช่นกัน มีการใช้สื่อหลายรูปแบบแต่ยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารผ่านเครื่องมือสื่อสารในสถานที่ทำงาน ซึ่งบางแห่งไม่สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารในขณะที่ทำงานได้ จากการศึกษาศึกษา² ในเรื่องการเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพในชุมชน ระบุว่า มีการใช้สื่อ ได้แก่ การใช้สื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อมวลชน สื่อกิจกรรม สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อพื้นบ้าน ในสถานประกอบการนั้นเริ่มมีการพัฒนา สื่อออนไลน์ เข้ามาใช้ในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานมากขึ้นจากการสื่อสารที่หลากหลายรูปแบบ การเริ่มมีบทเรียนออนไลน์ การใช้คลิปวิดีโอในการสื่อสารโดยเฉพาะมาตรการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 เป็นตัวอย่างที่ทำให้เห็นว่า มีการสื่อสารและทำงานประสานร่วมกันระหว่างการใช้ข้อมูลทางสาธารณสุข ผ่านพยาบาลอาชีวอนามัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย เพื่อสร้างสรรค์เนื้อหา และหาวิธีการเล่าเรื่องที่ทำได้ ทำให้สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการทำงานเชิงประยุกต์บูรณาการความรู้ และการสื่อสาร ให้ถึงพนักงาน

ในด้านเนื้อหาของการสื่อสารด้านความปลอดภัย ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก จากการศึกษาแนวทางการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน จากแนวทางการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม เครื่องทำความเย็นไทย ให้ความสำคัญกับ ประเด็นการสื่อสารนโยบายและการให้ความรู้กับพนักงานในองค์กร เพื่อให้มีความรู้ มีความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัย ส่วนแนวทางการจัดการ ด้านความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต การทำงาน เห็นว่าการดำเนินการด้านการฝึกอบรม ทำให้เกิด ระดับการรับรู้ และเข้าถึงปลอดภัยกับพฤติกรรมความปลอดภัย ในการทำงาน

ของแรงงานก่อสร้าง ที่ระบุว่า การฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงานให้กับผู้ที่ปฏิบัติงาน เดิมและผู้ใหม่ที่เพิ่งเข้ามาปฏิบัติงานใหม่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้แรงงานทุกคนมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ที่ถูกต้องและปลอดภัยสูงสุด⁴ เห็นได้ว่า การสื่อสารมี ตั้งแต่ระดับนโยบายจากผู้บริหาร จนถึงระดับการปฏิบัติการ แต่ในเนื้อหาเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข การพยาบาล ความรู้เรื่องโรค จำเป็นต้องมีการกลั่นกรอง และเลือกข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือในการนำมาใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพนักงาน

วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อ รวบรวมการใช้สื่อในการเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานในปัจจุบันในรูปแบบต่างๆ ว่ามีการศึกษารูปแบบอย่างไร เพื่อหาวิธีการปรับตัวในการสื่อสาร ให้น่าสนใจและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น รวมทั้ง สามารถสื่อสารได้อย่างฉับไว สะดวก ทำได้ทุกที่ ทุกเวลา และกล่าวถึงการประเมินคุณภาพสื่อที่ใช้ในการสื่อสารด้านความปลอดภัยว่ามีคุณภาพ และสื่อสารได้ตรงกับประเด็นที่ต้องการสื่อสารหรือไม่

การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ของงานอาชีวอนามัย และความปลอดภัย (Safety Communication) เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ซึ่งหมายถึงการดำเนินงานเพื่อการสื่อสารระหว่างสองฝ่ายเกี่ยวกับประเด็นทางสาธารณสุข เปิดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และรับฟังข้อเสนอแนะระหว่างกัน อาจใช้การโน้มน้าวใจนี้ ผ่านเนื้อหา รูปภาพ หรือข้อมูลที่ให้อีกฝ่ายรู้สึกว่าเป็นเรื่องใกล้ตัว มีข้อมูลการจำลองสถานการณ์ การนำเสนอข้อเท็จจริง หลักฐานทางสถิติ และทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการสุขภาพ⁵ การสื่อสารนี้อาจทำได้โดยผ่านการเล่าเรื่อง ใช้ทฤษฎีการเล่าเรื่องกำหนด องค์ประกอบและรูปแบบของการสื่อสาร เรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมีแบบแผน ตั้งแต่การวางโครงสร้างเรื่อง การกำหนดจุดยืนของเรื่อง การใส่ปัญหา หรือ ประเด็นความขัดแย้ง การใช้มุมมองของผู้สื่อสาร ตลอดจนการกำหนดตัวละคร ฉาก และสัญลักษณ์ ซึ่งการเล่าเรื่องสามารถทำผ่านสื่อใดสื่อหนึ่ง หรือผสมหลายสื่อได้⁶

สื่อความรู้ของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยควรเป็นสื่อที่ถ่ายทอดความเข้าใจของพนักงาน โดยควรมีการสร้างขอบเขตเนื้อหาที่เหมาะสม โดยการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย และกำหนดเนื้อหาที่จำเป็น และมีการออกแบบให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ให้ผู้อ่านสามารถจดจำข้อมูลสำคัญไปใช้ได้ อย่างถูกต้อง⁷ จึงควรสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นที่ทำให้เกิดความปลอดภัย และทัศนคติ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการทำงานเพื่อให้เกิดความรอบรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การลดความเสียหายจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยในการทำงาน ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรเป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ให้บริการในสถานประกอบกิจการและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยร่วมกันพิจารณาเลือกวิธี การที่เหมาะสมในการสื่อสาร ผ่านเครื่องมือต่างๆ ที่มีให้เหมาะสม กับบริบทของสถานประกอบกิจการ โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการเสริมสร้างความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน

วัตถุประสงค์ของการใช้สื่อในการเสริมสร้างความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัย

1. เพื่อสื่อสาร ชี้แจง เล่าเรื่อง บอกกล่าวข้อมูลความปลอดภัย และให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างให้เห็นเสริมสร้างความเข้าใจในความรอบรู้ในด้านต่างๆ
2. เพื่อทดสอบหรือประเมินความเข้าใจ ความสามารถในการรับรู้ และประสิทธิภาพในการสื่อสาร เช่น การให้มีแบบทดสอบ ก่อนและ หลังการรับสื่อ การศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปหลังจากได้รับการสื่อสาร เป็นต้น
3. เพื่อให้เกิดการจดจำ การตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากการได้รับสื่อ เช่น การใช้สื่อ กิจกรรมในการปรับรูปแบบพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น หรือ การใช้สื่อ เพื่อยกตัวอย่าง อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น จากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน หรือพฤติกรรมที่มีผลต่อการป้องกันโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง และการล้างมือบ่อยๆ เป็นต้น
4. เพื่อให้เกิดความสนุก และเห็นว่าการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นเรื่องใกล้ตัว และเข้าถึงได้โดยง่าย

รูปแบบของสื่อที่ใช้ในการเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัย

รูปแบบของสื่อที่ใช้ เป็นเครื่องมือ หรือตัวกลางของการส่งข้อมูลจาก ผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร แบ่งตามลักษณะของผู้ส่งสาร และสารที่ทำการสื่อออกไปได้ดังนี้

บุคคล ได้แก่ การใช้การสื่อสารโดยตรงจากบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ทำการสื่อสารในเรื่องของความปลอดภัยในตอนเช้าก่อนเข้าทำงาน (Safety-Talk) การสื่อสารโดยตรงจากหัวหน้าหรือผู้บริหารของบริษัทถึงนโยบายความปลอดภัย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านความปลอดภัยในการทำงาน ในช่วงการจัดสัปดาห์แห่งความปลอดภัย (Safety Week) นอกจากนี้ยังสามารถใช้สื่อบุคคลจากภายนอกเช่น วิทยากรอบรมด้านความปลอดภัยในการสื่อสารด้านความปลอดภัยกับพนักงาน การให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุข เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ แบบง่ายโดยตรงแก่พนักงาน การสาธิตแสดงตัวอย่าง ทั้งนี้รูปแบบการสื่อสารโดยตรงมีความยืดหยุ่นน้อยทั้งด้าน เวลา สถานที่ แต่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ ตอบข้อซักถาม โน้มน้าวจิตใจ แก่ผู้ฟังได้ เกิดการสื่อสารสองทาง และมีประสิทธิภาพมาก

สื่อมวลชน ได้แก่ การสื่อสาร เพื่อให้เข้าถึงกับกลุ่มคนจำนวนมาก ในการสื่อสารด้านความปลอดภัยยังใช้เนื้อหาจากสื่อมวลชนน้อยเนื่องจากการสื่อสารเฉพาะเรื่อง แต่สื่อมวลชนมีความสำคัญในการรณรงค์ พฤติกรรมความปลอดภัยที่มีความเป็นสาธารณะ เช่น การรณรงค์เมาไม่ขับในช่วงเทศกาล การเลิกบุหรี่ เป็นต้น การสื่อสารผ่านทางสื่อมวลชน ได้ถูกนำมาคัดเลือกเนื้อหาและใช้ในการสื่อสารผ่านโทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสายในที่ทำงาน ในหัวข้อข่าวที่มีความเกี่ยวข้อง หรือการยกตัวอย่างข่าวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน ตัวอย่างการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น ในส่วนของการสื่อสารทางด้านสุขภาพ จะมีทั้งการให้ข้อมูลตรง การวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลให้เกิดความเข้าใจ ยกตัวอย่างเช่น การแถลงข่าวในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อสื่อมวลชน เพื่อลดความสับสนจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย จากนั้นที่มีการแสดงข้อมูลทั้งตารางกราฟ รูปภาพ อินโฟกราฟฟิก ต่อมาก็มีการอธิบายและวิเคราะห์แนวโน้ม และวิธีการรับมือกับสถานการณ์ และชี้แจงข้อควรปฏิบัติ ข้อมูลจากการสื่อสารนี้เป็นสื่อที่เข้าถึงกลุ่มผู้ฟังจำนวนมาก และมีผลต่อสังคม

สิ่งพิมพ์ ได้แก่ การสื่อสารผ่านเอกสารต่าง ๆ เช่น จดหมายข่าว โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ วารสาร คู่มือ ประกาศ ต่างๆ การทำการตลาดเล็กเพื่อสื่อสารนโยบายสำคัญ สำหรับ พกพา การสื่อสารแบบนี้เป็นการสื่อสารตั้งแต่เรื่องที่ยากผ่าน รูปภาพและข้อความเล็กน้อย ไปจนถึงเรื่องที่ยาก สลับซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจ ข้อดีคือ สามารถสื่อสารเนื้อหา ได้อย่างครบถ้วน สามารถแปลข้อความ ได้หลายภาษา โดยไม่มี ข้อจำกัดทางด้านเวลาในการรับสาร ข้อเสียคือ เป็นการสื่อสาร ทางเดียว และต้องใช้ความรู้ ในการเข้าถึงสื่อ และการ ตีความของสื่อที่ได้รับ และข้อจำกัด ในการพบเห็น หรือเข้าถึงสื่อ อย่างไรก็ตาม มีการแก้ไขโดย การเปิดให้มีการส่งคำถาม โทรติดต่อสอบถาม ไปยังผู้จัดทำสื่อเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ที่ดีขึ้น

กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของพนักงาน เป็นสื่อที่มีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น และมีการแทรกเข้าไปในการสื่อสารด้านความปลอดภัยเพิ่มขึ้น มีการศึกษาการใช้ละคร จากการศึกษา^๑ เรื่องการใช้ละคร ประยุกต์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ พบว่าสามารถทำให้ คนงานเข้าใจเรื่องอุบัติเหตุ และสามารถ ระบุ สาเหตุหลักของอุบัติเหตุได้ว่าเกิดจากการกระทำที่ไม่ ปลอดภัย และสภาพที่ทำงานที่ไม่ปลอดภัยผลของกิจกรรม กระบวนการละครตามแนวคิดละครประยุกต์ ทำให้คนงาน รับรู้การกระทำว่าเป็นผู้ควบคุมโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ ซึ่งสามารถจัดสาเหตุของอุบัติเหตุส่วนที่เป็นปัจจัยที่เกิด จากมนุษย์ได้ การวิจัยนี้ช่วยให้มีแนวทางการสร้างกิจกรรมเสริม การฝึกอบรมความรู้เรื่องความปลอดภัย ที่ส่งเสริมให้เกิด ความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการทำงานได้^๒ อย่างไรก็ตาม การสื่อสารผ่านกิจกรรม สามารถสื่อสารได้เฉพาะเรื่อง แต่ ลงในรายละเอียดเนื้อหาได้มาก ข้อเสียคือใช้เวลา และยัง ไม่ได้มีการศึกษาถึงอิทธิพลของกิจกรรมว่าสามารถทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้หรือไม่

วัฒนธรรมพื้นบ้าน ได้แก่ การใช้เพลง หรือ หมอลำ ในการสื่อสาร เป็นสื่อที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ต่างๆ เน้นความสนุก ดิดู เข้าใจง่าย และทำตามได้ มีการแต่ง เนื้อร้อง เข้ากับทำนองเพลงที่คุ้นหู หรือมีชื่อเสียง ให้เกิดการ คุ้นชิน และซึมซับเนื้อหาด้านความปลอดภัยผ่านเสียงเพลง

อิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ สื่อที่เกิดขึ้นจากการใช้ เทคโนโลยีการผลิตสื่อเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดผ่าน วิดีทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือ ในเรื่องที่ต้องการสื่อสารได้อย่างตรง

ประเด็น สามารถเปิดซ้ำได้ กำหนดความยาว และช่วงเวลา ในการสื่อสารได้ เป็นการสื่อสารทางเดียวผ่านเรื่องเล่า หรือ สื่อบุคคล เพื่อแก้ไขข้อจำกัด ในการใช้สื่อบุคคลในการสื่อสาร จากการศึกษาของกัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะพบว่า การใช้ สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการให้บริการอนามัยโรงเรียนมีประโยชน์ ต่อนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาหลักการให้บริการอนามัย โรงเรียนหลังการชมวีดิทัศน์กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ ในเนื้อหาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น จากการเข้าถึงอุปกรณ์ในการจัดทำ เช่น ใช้การถ่ายทำคลิปอย่างง่ายผ่านโทรศัพท์มือถือ สามารถ นำไปฉายวนได้ผ่านจอโทรทัศน์ เกิดการเห็นซ้ำๆ จนจำได้ และทำตามจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ตัวอย่างเช่น การสื่อสารด้านมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงงานที่ ถ่ายทอดให้พนักงาน เป็นต้น

สื่อออนไลน์ ได้แก่ การสื่อสารผ่านแพลตฟอร์ม ต่างๆ ผ่านแอปพลิเคชัน ผ่านเว็บไซต์ เป็นการใช้เทคโนโลยีการ ผลิตสื่อ และการสื่อสารโทรคมนาคมเข้ามาเพื่อเพิ่มช่องทาง ในการผลิตสื่อและการกระจายสื่อให้ไปถึงผู้รับได้มากและ รวดเร็วยิ่งขึ้นมีทั้ง เนื้อหาที่มีความหลากหลายไม่เฉพาะกับเรื่อง ความปลอดภัย ข้อจำกัดคือ ต้องใช้เครื่องมือสื่อสารที่รองรับ และมีสัญญาณ อินเทอร์เน็ต การสื่อสารโดยผ่านสื่อออนไลน์นี้ ถูกนำมาใช้ แพร่หลายมากขึ้น เพื่อจำกัดการรวมกลุ่มกันของ พนักงานเป็นการสื่อสารที่ต้องการส่งข้อมูลอย่างรวดเร็ว

การใช้สื่อที่ดีจำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพสื่อ ที่ใช้เพื่อทำให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพในการ สื่อสารมากขึ้น

การประเมินคุณภาพสื่อที่ใช้ในการเสริมสร้างความรู้ด้าน ความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัย

ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินคุณภาพ สื่อ ที่ใช้ในการสื่อสารด้านความปลอดภัยในการทำงานแต่มี เครื่องมือ ที่ใกล้เคียงกัน คือเครื่องมือประเมินสื่อความรู้ด้าน สุขภาพ พัฒนาโดย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล โดย เป็นการแปล มาจาก CDC Clear Communication Index ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐ มีความชัดเจน ตรงประเด็น เข้าใจง่าย มีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และมีการนำไปใช้ได้แผนปฏิบัติการระดับชาติของสหรัฐ เพื่อพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน จากการศึกษา พบว่าเครื่องมือประเมินสื่อความรู้ด้านสุขภาพนี้ สามารถนำมา

ใช้ประเมินสื่อเพื่อค้นหาจุดที่ควรปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น เพื่อให้ได้สื่อที่สามารถสื่อสารได้ชัดเจนตรงประเด็น และง่ายต่อกระบวนการทำความเข้าใจ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพต่อไป¹⁰ ประเด็นที่ควรให้ความสนใจในการสื่อสารคือ การติดตามผลหลังจากสื่อสารประเด็นที่สำคัญให้กับพนักงาน ว่ามีการรับรู้ หรือ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากรับรู้ สื่อมากนักน้อยเพียงใด โดยควรสื่อสารให้ตรงประเด็น กระชับ ในเนื้อหาของข้อมูลที่ไม่ง่ายเกินไป และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่าย จึงจะทำให้การสื่อสารนั้น เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอาชีวอนามัยต่อการใช้สื่อในการเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงาน

พยาบาลอาชีวอนามัย เป็นกลไกสำคัญทั้งในด้านการจัดการเนื้อหากระบวนการสื่อสารและการประเมินผลของการสื่อสารดังนี้

1. ด้านเนื้อหาของการสื่อสาร

1.1 เตรียมเนื้อหาของการสื่อสารโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยของพนักงาน การเกิดโรคในพื้นที่ ที่สถานประกอบกิจการตั้งอยู่รวมทั้งประเด็นที่เป็นที่สนใจ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย

1.2 ประสานงานกับเครือข่าย หรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการเลือกเนื้อหาที่นำมาสื่อสาร รวมทั้งการตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมในการสื่อสาร

2. ด้านกระบวนการของการสื่อสาร

2.1 เลือกใช้วิธีการในการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการ เช่น การทำโปสเตอร์ที่มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ การให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงาน และการดูแลสุขภาพ

2.2 เป็นบุคคลผู้สื่อสารโดยตรง ในกรณี การใช้สื่อบุคคล หรือปรับใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เช่น การทำคลิป การทำวีดิทัศน์ เป็นต้น

3. ด้านการประเมินผลของการสื่อสาร

3.1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการประเมินผลการรับรู้ และความพึงพอใจในการรับสารสื่อสาร

3.2 ประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง หรือข้อมูลการเจ็บป่วย การมาใช้บริการ ที่ห้องพยาบาล

สรุป

การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และวิถีของการทำงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการสื่อสารด้านความปลอดภัย เน้นความรวดเร็ว และกระชับมากขึ้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสารเพื่อก่อให้เกิดการรับรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในเนื้อหาของการสื่อสารมีตั้งแต่ระดับนโยบายมาจนถึงระดับปฏิบัติงาน เมื่อปรับเนื้อหาให้กระชับเข้ามารวมกับรูปแบบที่เข้าถึงง่ายสามารถทำให้ประสิทธิภาพในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น พยาบาล อาชีวอนามัย เป็นกลไกสำคัญทั้งในด้านการจัดการเนื้อหากระบวนการสื่อสารและการประเมินผลของการสื่อสาร และควรมีการประเมินคุณภาพสื่อที่ใช้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษามูลค่าของสื่อด้านความปลอดภัยต่อระดับการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านความปลอดภัยภายหลังการรับสื่อ เพื่อนำมาปรับใช้ทั้งรูปแบบของสื่อ และเนื้อหาของสื่อที่ใช้ มีการจัดการอบรม เทคนิคการสื่อสารแก่พยาบาลอาชีวอนามัย และ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยเพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาเสริมการสื่อสารให้เข้าถึงผู้รับมากขึ้น

บรรณานุกรม

1. Suvachittanont W. Media consumption and media literacy for Thai people. Interdisciplinary social sciences and communication journal. 2019; 2(3): 170-183. (in Thai)
2. Phoncha B. Media for Health Information Dissemination. NPU journal. 2018: 269-275. (in Thai)
3. Suebsub C. guidelines on safety management to the quality of life for employees in the workplace of thai refrigeration industry. Journal of the Society of Researchers. 2014;19(2): 68-80. (in Thai)

4. Phisitsakmethee J., PromSila M ., Suntarophat K. Factors Enhancing Safety and Safety Behavior in The Work of Construction Workers. Ladkrabang Engineering Journal. 2018; 35(1): 8-15. (in Thai)
5. Maneehaet S., Chuathong S., Health Communication in COVID-19 Situation of Department of Disease Control using Infographic Narratives. Journal of mass communication, Chiang Mai University. 2020;8(2): 47-66.(in Thai)
6. Fulton H., Huisman R., Murphet J., A. D. Narrative and Media. New York: Cambridge University Press; 2005.
7. Fakkheaw L., Suwanwaree J., Mounngern Y., et al. A Guideline of Creating Easy-to-Understand Health Education Materials. Siriraj Medical Bulletin. 2021;14(3): 33-40. (in Thai)
8. Rattanawarang W., Applied Theatre for Health Promotion at Workplace in an Industrial Park. Journal of Safety and Health 2018;11(2): 48-60. (in Thai)
9. Tantranont K., Suriyawong W., Sripetchwandee N., et al. Development of Video Media of School Health Services. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 293-299.(in Thai)
10. Fakkheaw L., Suwanwaree J., Mounngern Y. et al., The CDC Clear Communication Index Health Education Materials Assessment Tool. Siriraj Medical Bulletin. 2021;14(3): 41-47. (in Thai)

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและประถมศึกษา) ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

A Nurse's Role to Develop Health Media for Pre-school Children in Naresuan
University Demonstration School (Kindergarten and Primary)
During the COVID-19 Pandemic

รัตนชฎาวรรณ อยู่ยาค^{*1} สุตากาญจน์ ปัทมดิลก² ฉันทนา จันทร์บรรจง² วรินทร์ บุญยั้ง² ภาณุวัฒน์ รักตวิงศ์² ทักษ์ อุดมรัตน์²

Ratanachadawan Yunak^{*1} Sudakarn Patamadilok² Chantana Chanbanchong² Varintorn Bunying²

Panuwat Pakdeewong² Thak Udomrat²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

¹Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand 65000

²คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

²Faculty of Education, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand 65000

บทคัดย่อ

เด็กวัยก่อนเรียนเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากกว่าเด็กวัยหัดเดินและวัยเรียน เนื่องจากวิถีชีวิตเริ่มเข้าสู่สังคมภายนอกมากขึ้น แต่ด้วยพัฒนาการระดับความคิดสติปัญญารูปธรรม ทำให้ไม่สามารถเข้าใจเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ของการแพร่ระบาดโรค การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและประถมศึกษา) จึงพัฒนาสื่อสุขภาพเพื่อช่วยให้เด็กเข้าใจเกี่ยวกับโรค COVID-19 เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ โดยบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาสื่อคือ การฝึกทักษะสื่อสารเชิงสุขภาพแก่ครูผู้สอน กำหนดขอบเขตเนื้อหา ภาษา และรูปแบบการนำเสนอสื่อที่เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน กระบวนการพัฒนาสื่อสุขภาพสะท้อนบทบาทพยาบาลโรงเรียน (School nurse) ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาทักษะการป้องกันการสัมผัสโรคติดเชื้อแก่เด็ก โดยบูรณาการศาสตร์สุขภาพในสาระการเรียนรู้หลักสูตรการศึกษาปฐมวัยตามแนวคิดเรียนรู้ผ่านการเล่น สอนให้เด็กเข้าใจการวิธีการติดต่อโรคผ่านอวัยวะที่เป็นช่องทางสัมผัสเชื้อก่อโรควิธีหลักเลี่ยงการแพร่กระจายเชื้อโรค ด้วยภาษาที่เป็นรูปธรรม การ์ตูน เรื่องเล่า ปุ๊กผิงคำนิยามการปฏิบัติวิถีชีวิตใหม่โดยส่งเสริมให้ครูผู้สอนจัดกิจกรรมครอบคลุมทักษะสุขอนามัยป้องกันโรคติดต่อติดเชื้อ ส่งเสริมให้ครอบครัวและครูผู้สอนเป็นแบบอย่างการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และกำหนดพฤติกรรมสุขอนามัยตามแนววิถีชีวิตใหม่ของเด็กเป็นองค์ประกอบของตัวชี้วัดทางการพยาบาล

คำสำคัญ: สื่อสุขภาพ เด็กวัยก่อนเรียน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสร้างเสริมสุขภาพเด็ก พยาบาล โรงเรียน

*Corresponding Author: *E-mail: ratanachadawany@nu.ac.th

Abstract

Pre-school children are higher risk to COVID-19 than toddlers and school-age children because they begin spending much time for social contacts in daily living. However, since their cognitive ability is in concrete level, pre-school children are limited to scientific reasons of COVID-19 pandemic and new normal living. Naresuan University Demonstration School (Kindergarten and Primary) developed health media for the sake of children to be safe from COVID-19 and not to spread out the virus if they were infected. Based on child development concepts, through the process of developing the media, a nurse's roles were training teachers to perform health communication, determining a scope of contents, making languages concrete, and designing how the media were presented. The process, definitely, illustrated roles of a school nurse to promote a child's health literacy and skills to protect themselves from infectious diseases by integrating health science as well as play to learn concept in the Early Childhood Curriculum. A nurse should teach a child to understand how the disease transmits through certain body organs. Contact precaution should be transcribed into concrete language, cartoons, or story-telling. Teachers should be promoted to integrate contact precaution skills in classes and routine activities at schools. Families and teachers should be encouraged to be role models for children. New normal living and hygiene skills among children should be used as a part of nursing outcome indexes.

Keywords: Health media Pre-school children COVID-19 Child health promotion School nurse

บทนำ

การสร้างความรู้ความเข้าใจแก่เด็กวัยก่อนเรียนด้วยสื่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความปลอดภัยด้านสุขภาพตามหลักสิทธิเด็ก เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียน (3-6 ปี) มีโอกาสสัมผัสเชื้อก่อโรคมกกว่าเด็กวัยหัดเดิน จากวิถีชีวิตที่เข้าสู่สังคมภายนอกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถเข้าใจลักษณะพยาธิสภาพโรค ความสำคัญการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสัมผัสโรค และเหตุผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในครอบครัวที่เป็นผลจากสถานการณ์การแพร่ระบาด ทั้งนี้ เพราะเด็กวัยนี้มีความสามารถด้านการคิดสติปัญญาในระดับรูปธรรม ไม่สามารถเข้าใจเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ แปลความหมายเหตุการณ์ตามประสบการณ์และจินตนาการของตน ซึ่งต่างจากเด็กวัยเรียนที่มีระดับความคิดสติปัญญาในระดับนามธรรมเบื้องต้น ใช้เหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ได้¹ ทำให้เข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค และสามารถตัดสินใจลงมือปฏิบัติดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง บทความนี้นำเสนอกรณีตัวอย่างบทบาทพยาบาลในการพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและประถมศึกษา) เพื่อประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมทางการศึกษา

ของโรงเรียน ในช่วงการแพร่ระบาดครั้งแรกของโรค COVID-19

ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเด็กวัยก่อนเรียน

อุบัติการณ์การระบาดของโรค COVID-19 เกิดขึ้นครั้งแรกปลายปี พ.ศ. 2562 ซึ่งสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ SARS-CoV-2 แพร่ระบาดผ่านละอองฝอยสิ่งคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ และพบภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิตของอวัยวะสำคัญ อาทิเช่น ปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว ตับไตทำงานผิดปกติ ลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน² การแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของเด็กวัยก่อนเรียน ทำให้ขาดโอกาสในการเล่นหรือทำกิจกรรมที่ตนสนใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กิจกรรมการศึกษา การเล่นในพื้นที่สาธารณะ การเดินทางเพื่อสนทนากับครอบครัว เนื่องจากข้อกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 จากหน่วยงานภาครัฐ และการปฏิบัติตามวิถีใหม่ (New normal) ได้แก่ การรักษาระยะห่างทางสังคม การล้างมือ การสวมใส่หน้ากากอนามัย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อโอกาสพัฒนาทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษาสติปัญญาและสังคม นอกจากนี้เด็กวัย

ก่อนเรียนยังไม่สามารถเข้าใจเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์และภาษานามธรรม เด็กเข้าใจความเจ็บป่วยตามจินตนาการและประสบการณ์เดิมของตนเอง รับรู้ความเจ็บป่วยว่าเป็นการถูกลงโทษ เข้าใจ “เชื้อโรค” ในรูปแบบภาพวาด การดูที่มองเห็นสัมผัสได้ และไม่สามารถเข้าใจการแพร่กระจายของเชื้อโรค³ ทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้าใจสาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรง วิธีการรักษาโรค เหตุผลของการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวและสังคมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจอารมณ์ของเด็ก เกิดความลังเล สงสัย วิตกกังวล สับสน คาดการณ์ต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริงเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค

สถานการณ์โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและประถมศึกษา) ในระยะการแพร่ระบาดครั้งแรกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในทำให้โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร(ปฐมวัยและประถมศึกษา) จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนออนไลน์ โดยมีจุดประสงค์หลักในช่วงเวลานั้นเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้เด็กตามหลักสูตร และการสร้างความเข้าใจแก่เด็กวัยก่อนเรียนเกี่ยวกับโรค COVID-19 ซึ่งในขณะนั้นมีสถานะเป็นโรคอุบัติใหม่ ความรู้ความเข้าใจทางการแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุ อาการแสดง และการรักษาโรค ยังไม่มีคำตอบแน่ชัด ประกอบกับครูผู้สอนไม่มีพื้นฐานประสบการณ์เกี่ยวกับหลักระบาดวิทยาและการสื่อสารเชิงสุขภาพ ทำให้ขาดทักษะในการสื่อสารและไม่สามารถออกแบบสื่อการสอนเพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนสามารถเรียนรู้เข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรค การดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ และข้อมูลจากโครงการวิจัยของโรงเรียนเรื่อง แนวทางการจัดการเรียนการสอนระดับปฐมวัยและประถมศึกษา ช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบมีผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนร้อยละ 60 เท่านั้นที่ใช้วิธีการเล่าเรื่องนิทาน และ/หรือแผนภาพเพื่อช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนเข้าใจสาเหตุ อาการแสดง และการป้องกันโรค COVID-19⁴ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนถึงความจำเป็นที่โรงเรียนต้องออกแบบสื่อการเรียนการสอนให้สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นของเด็กวัยก่อนเรียนเกี่ยวกับโรค COVID-19 เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองของเด็ก รวมทั้งเป็นแบบอย่างการสอน

สาธิตให้ผู้ปกครองสามารถสื่อสารเชิงรูปธรรมกับเด็กวัยก่อนเรียนเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อดังกล่าวได้ด้วย

แนวคิดการพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและประถมศึกษา) ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดสำคัญของศาสตร์ทางการพยาบาลและการศึกษาระดับปฐมวัย ดังนี้

1. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเด็กตามระยะพัฒนาการตามวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนเข้าใจลักษณะทางพยาธิวิทยาของโรค อาการแสดง วิธีการแพร่กระจายเชื้อโรค ผลกระทบความเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เพื่อให้เด็กพัฒนาทักษะพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการสัมผัสเชื้อโรค การสื่อสารเชิงสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กจึงต้องพิจารณาตามความสามารถด้านการคิดสติปัญญาที่อยู่ในขั้นเตรียมความคิดที่มีเหตุผล หรือการคิดก่อนปฏิบัติการ (Pre-operational stage) ส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของเด็กวัยก่อนเรียนด้วยการริเริ่มทำสิ่งใหม่ๆตามความสนใจของตน (Initiative)⁵ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเรียนรู้และส่งเสริมสุขภาพเด็ก การจัดทำสื่อสุขภาพของโรงเรียนจึงออกแบบให้สื่อมีความเป็นรูปธรรม ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมจินตนาการของเด็กและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการแพร่ระบาด สร้างโอกาสให้เด็กและผู้ปกครองมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกัน

2. แนวคิดหลักการจัดการศึกษาระดับปฐมวัย ในช่วง 3-6 ปี มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กพัฒนาความสามารถด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิดสติปัญญา การสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยในส่วนสาระด้านสุขภาพมีแนวคิดสำคัญคือการสอนและปลูกฝังให้เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อสุขอนามัยส่วนตนได้ รู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายตนเอง มีสุขนิสัยที่ดีในกิจวัตรประจำวัน รักษาความปลอดภัยแห่งร่างกายและสวัสดิภาพตน⁶ ดังนั้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 การจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ครูผู้สอนจึงควรจัดให้มีเนื้อหาการเรียนการสอนที่ช่วยให้เด็กสามารถเข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของโรค

ความสำคัญและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากการ
สัมผัสโรคและช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อโรค ผ่านรูป
แบบการจัดการเรียนการสอนที่ให้ออกาสเด็กเรียนรู้จากประสาท
สัมผัสทั้งห้า ได้เล่น สังเกต สืบค้น ทดลองและคิดแก้ปัญหา
เบื้องต้นด้วยตนเอง⁶

3. แนวคิดการเรียนรู้ผ่านการเล่น (Play to learn)
เป็นการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้แก่เด็กด้วยความ
สนุกสนาน มีความสุข โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลางของการจัด
ประสบการณ์เรียนรู้ (Child-directed learning) ครูผู้สอนเป็น
ผู้วางโครงสร้างกิจกรรมการเล่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การ
เรียนรู้ที่กำหนดไว้ ร่วมกับการพิจารณาความเป็นปัจเจกบุคคล
ของเด็ก ความต้องการการเรียนรู้ของเด็ก กิจกรรมการเล่น
จึงมีความยืดหยุ่น สามารถตอบสนองต่อความคิดจินตนาการ
ของเด็ก การเรียนรู้ในลักษณะนี้นอกจากเด็กจะได้เนื้อหาสาระ
ของบทเรียน เด็กยังได้โอกาสในการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะ
สำคัญเกี่ยวกับการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร
การควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองด้วยเหตุผล⁷
ซึ่งการจัดทำสื่อสุขภาพเรื่องโรค COVID-19 โรงเรียนสาธิต
มหาวิทยาลัยนเรศวร (ส่วนปฐมวัยและประถมศึกษา) ได้นำ
แนวคิดการเรียนรู้ผ่านการเล่นนี้มาใช้ในการออกแบบสื่อและ
กิจกรรมการเรียนการสอน โดยจัดทำในรูปแบบของสื่อการสอน
ที่กำหนดให้ผู้ปกครองร่วมเล่นและร่วมสอนให้เด็กได้เรียนรู้
เนื้อหาประสบการณ์ต่างๆภายใต้ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก
ในครอบครัว ให้เด็กมีโอกาสนับประสบความสำเร็จ ในการเล่น
การแสดง ทำงานศิลปะ เพื่อให้เกิดความรู้สึภาคภูมิใจ
ในความสำเร็จของตน

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็ก วัยก่อนเรียนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากบริบทสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเด็กและการจัดการเรียนการสอน
ปฐมวัย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและ
ประถมศึกษา) ได้จัดทำสื่อสุขภาพโรค COVID-19 ในรูปแบบสื่อ
วิดีโอออนไลน์เพื่อใช้เผยแพร่ร่วมกับกับบทเรียนตามหลักสูตร
ในช่วงการแพร่ระบาดใหม่ของโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง
ทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมสุขอนามัยและส่งเสริมทักษะการ
ปฏิบัติตนตามแนววิถีชีวิตใหม่ (New normal living) เพื่อให้
ปลอดภัยจากโรค COVID-19 การจัดทำสื่อสุขภาพดำเนินการ
ภายใต้การสนับสนุน ชี้แนะ พัฒนาทักษะครูผู้สอนด้านเทคนิค

การสื่อสารเชิงสุขภาพโดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นหนึ่ง ในคณะ
ผู้บริหารโรงเรียนและทำหน้าที่พยาบาลโรงเรียน (School
nurse) ในขณะนั้น ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. การเตรียมครูผู้สอน ประกอบด้วย (1) การเตรียม
เพื่อเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพและเป็นผู้สื่อสารความรู้ด้าน
สุขภาพ โดยการจัดทำอบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ครูผู้สอน
สร้างความตระหนักและเข้าใจของครูผู้สอนเกี่ยวกับผลกระทบ
วิทยาของโรคติดต่อและโรคติดเชื้อที่มีกบอบอยู่ในเด็กวัย
ก่อนเรียน รวมถึงพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะ
แทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังของโรค COVID-19 ในรูปแบบของการ
บรรยาย การสอนสาธิตตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
และการเผยแพร่ข้อมูลอย่างต่อเนื่องของสถานการณ์การ
แพร่ระบาดของโรคในกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน ของบุคลากร
โรงเรียน รวมทั้งพัฒนาทักษะของครูผู้สอนในการสื่อสารเชิง
สุขภาพตามความสามารถในการเข้าใจภาษาและด้านความคิด
สติปัญญาของเด็กวัยก่อนเรียน (2) การเตรียมทักษะความรู้
ด้านดิจิทัล (Digital literacy) เพื่อให้สามารถเข้าถึงแหล่ง
ความรู้ ใช้การสืบค้นข้อมูลและทำความเข้าใจองค์ความรู้
เพื่อสร้างสรรค์สื่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

2. การเตรียมสื่อการสอน ประกอบด้วย (1) การ
กำหนดเนื้อหา มุ่งเน้นบทบาทของเด็กวัยก่อนเรียนในการ
ป้องกันอันตรายแก่ตนเองจากโรค COVID-19 และมีส่วนร่วม
รับผิดชอบต่อสังคมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
ซึ่งประเด็นเนื้อหาหลักคือ “รู้จักเชื้อไวรัสตัวร้ายโควิด” “จะเกิด
อะไรขึ้นเมื่อหนูป่วยโรคโควิด” “หนูจะติดโรคโควิดได้อย่างไร”
“ทำยังไงให้หนูไม่ป่วยโรคโควิด” (2) การกำหนดรูปแบบการนำ
เสนอในรูปแบบของวีดิทัศน์สั้นๆ ระยะเวลาเฉลี่ย 5-7 นาที
ตามระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยนี้ เนื้อหาการสอน
เป็นการสอนผ่านเล่น (Play to learn) ในรูปแบบของกิจกรรม
ศิลปะและการเล่าเรื่อง มีการกำหนดบทบาทของเด็กและ
ผู้ปกครองในการเล่นร่วมกันเพื่อให้เรียนรู้เนื้อหาของโรค
COVID-19 และสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัว
เช่น กำหนดกิจกรรมปั้นดินน้ำมันเป็นรูปไวรัสเพื่อให้เด็กสัมผัส
ความเป็นรูปธรรมของเชื้อโรคในวีดิทัศน์ “รู้จักเชื้อไวรัสตัวร้าย
โควิด” และกิจกรรมเป่าสี ด้วยแรงลมและในทิศทางที่แตกต่าง
กัน จากนั้นตกแต่งเป็นรูปเชื้อไวรัส เพื่อเรียนรู้การแพร่กระจาย
ของไวรัสผ่านละอองฝอยเพื่อบุคคลไอ จาม ในเนื้อหา “หนูจะ
ติดโรคโควิดได้อย่างไร” สำหรับเนื้อหา “จะเกิดอะไรขึ้นเมื่อ
หนูป่วยโรคโควิด” ครูผู้สอนนำเสนอการอธิบายผลกระทบของ

การเจ็บป่วยโดยอ้างอิงกับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมของเด็กผ่านวิถีทัศน์สั้นๆ เช่น หากป่วยด้วยโรคโควิด จะทำให้เหนื่อย หายใจไม่ออก วิ่งเล่นไม่ได้ มาเล่นสนุกกับเพื่อนๆ ที่โรงเรียนไม่ได้ ไปเที่ยวกับคุณพ่อคุณแม่ไม่ได้ เพราะต้องไปนอนใกล้ๆ คุณหมอกับคุณพยาบาลในโรงพยาบาล จากนั้นครูผู้สอนสอนสาธิตการล้างมือ ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติพื้นฐานของทักษะสุขอนามัยขั้นพื้นฐานในเนื้อหา “ทำยังไงให้หนูไม่ป่วยโรคโควิด”

3. การเผยแพร่สื่อสุขภาพทางช่องทางสารสนเทศของโรงเรียนตามลำดับเนื้อหาที่กำหนดไว้ข้างต้นเพื่อให้เด็ก

สามารถเชื่อมโยงเรื่องราวประสบการณ์ได้ด้วยตนเอง ครูผู้สอนและครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ โดยครูผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อธิบาย สอน เน้นย้ำสาระสำคัญของข้อปฏิบัติ สาธิตพฤติกรรมตามข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 แก่เด็กขณะติดตามเยี่ยมบ้านนักเรียนเมื่อรัฐประกาศผ่อนคลายมาตรการการป้องกันโรคในขณะนั้น และผู้ปกครองมีบทบาทในการแสดงพฤติกรรมตามข้อปฏิบัติดังกล่าวแก่เด็กวัยก่อนเรียนขณะอยู่ที่บ้านตลอดจนเสริมแรงบวกแก่เด็กเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง



ภายหลังการเผยแพร่สื่อสุขภาพ พบว่า ผู้ปกครองรับรู้ว่าคุณภาพมีส่วนช่วยให้เด็กเข้าใจการแพร่ระบาดของโรคมากขึ้น⁴ เด็กสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขอนามัยเพื่อป้องกันโรค COVID-19 ได้อย่างเหมาะสมเมื่อเปิดเรียน และไม่พบอุบัติการณ์โรคในโรงเรียน ซึ่งจากประสบการณ์ดังกล่าวสามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญของบทบาทพยาบาลโรงเรียน (School nurse) ในการพัฒนาสื่อสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนในบริบทการศึกษาระดับปฐมวัยได้ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลพึงตระหนักความสำคัญของการบูรณาการศาสตร์ด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) ในหลักสูตรการศึกษาระดับปฐมวัย ส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนได้รับการสร้างพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพ ไปพร้อมกับการสอนพัฒนาด้านความรู้สติปัญญา จากครูผู้สอนในโรงเรียน (schooling and self-care) โดยในประเด็นของโรคติดต่อติดเชื้อ ดังเช่นโรค COVID-19 เด็กควรได้รับการพัฒนาทักษะการป้องกันตนเองจากการสัมผัสโรค มีความเข้าใจลักษณะการแพร่กระจายเชื้อเบื้องต้น และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดซ้ำของโรค COVID-19 ที่มีการกลายพันธุ์ของเชื้อก่อโรค ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเพิ่มความเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นการหล่อหลอมปลูกฝังค่านิยม สร้างรูปแบบวิถีชีวิตที่พร้อมต่อการเผชิญโรค COVID-19 และโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การสอนให้เด็กยอมรับ ให้คุณค่าต่อการปฏิบัติตนตามวิถีชีวิตใหม่ (New normal) คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยเสมอพบปะผู้คน การรักษาระยะห่างทางสังคม การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การปฏิเสธของใช้ส่วนตัวผู้อื่น จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ซึ่งแนวทางการบูรณาการหลักการให้ความรู้ด้านสุขภาพในสาระหลักสูตรการศึกษาระดับปฐมวัย พ.ศ. 2560⁶ เพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนปลอดภัยจากโรคติดต่อติดต่อ เช่น โรค COVID-19 มีดังนี้

1.1 บูรณาการแนวความคิดการป้องกันสัมผัสโรคติดต่อติดเชื้อในสาระหมวดร่างกายตนเองของหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย ในสาระการเรียนรู้หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย กำหนดให้เด็กวัยก่อนเรียน (3-6 ปี) ควรได้เรียนรู้เกี่ยวกับร่างกาย อวัยวะของตนเอง รู้จักชื่อ ตำแหน่ง หน้าที่ของอวัยวะเบื้องต้น รวมถึงวิธีการรักษาร่างกายตนเองให้สะอาด รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รักษาสุขอนามัยและความปลอดภัยของตนเอง รวมถึงปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างปลอดภัย⁶ ดังนั้นพยาบาลควรสอน แนะนำให้เด็กได้เข้าใจวิธีการติดต่อ

ของโรคผ่านอวัยวะที่มักเป็นช่องทางสัมผัสเชื้อก่อโรคหรือเป็นตำแหน่งของอาการแสดงที่พบบ่อยของโรคติดต่อติดเชื้อ อาทิ เช่น ผิวหนัง จมูก ตา ปาก มือ ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาอวัยวะเหล่านี้ให้ปลอดเชื้อโรคและลดการปนเปื้อนเชื้อโรค วิธีการหลีกเลี่ยงการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้อื่น โดยสื่อสารกับเด็กวัยก่อนเรียนด้วยภาษาที่เป็นรูปธรรม เช่น การสอนผ่านการเล่นเกม การใช้นิทานเรื่องเล่า การแสดงบทบาทสมมติในห้องเรียนและในรูปแบบสื่อสุขภาพดิจิทัลสำหรับเด็ก^๕ นอกจากนี้พยาบาลควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กและครูผู้สอนให้สามารถสื่อสารด้านสุขภาพกับเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับหลักพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย ความสามารถด้านการคิดสติปัญญา ความสามารถในการเข้าใจและใช้ภาษา ตลอดจนลักษณะนิสัยตามวัยของเด็กที่มีจินตนาการและต้องการความสำเร็จเริ่มในกิจกรรมที่กระทำ

1.2 ส่งเสริมให้ครูผู้สอนจัดกิจกรรมประจำวันของเด็กวัยก่อนเรียนครอบคลุมการฝึกทักษะสุขอนามัยป้องกันโรคติดต่อติดเชื้อ ในหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยกำหนดให้กิจกรรมประจำวันของเด็กวัยก่อนเรียนครอบคลุมการพัฒนาส่งเสริม^๖ ประเด็นหลักคือ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก จิตใจอารมณ์คุณธรรมจริยธรรม สังคมนิสัย การคิด ภาษา และความคิดสร้างสรรค์จินตนาการ ซึ่งในประเด็นการพัฒนาด้านสังคมนิสัยนั้นหมายรวมถึงการสร้างคุณลักษณะ การแสดงออกที่เหมาะสม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การปฏิบัติตามกฎกติกาข้อตกลงของส่วนรวม^๖ ดังนั้นการบูรณาการทักษะปฏิบัติป้องกันการสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อก่อโรคติดต่อติดเชื้อ เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การใช้เจลแอลกอฮอล์ การรักษาระยะห่าง การหลีกเลี่ยงใกล้ชิดผู้มีอาการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด การใช้สิ่งของส่วนตัว การสังเกตอาการเจ็บป่วยตนเอง จึงควรเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมประจำวันของเด็ก ซึ่งจะช่วยเหลือหล่อหลอมปลูกฝังค่านิยม ทำให้เด็กเข้าใจ ยอมรับ ให้คุณค่าต่อการปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ของสังคม นำไปสู่การสร้างรูปแบบวิถีชีวิตที่พร้อมต่อการเผชิญโรคติดต่อติดต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในอนาคต

1.3 กำหนดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของตัวชี้วัดทางการพยาบาล (nursing outcome) ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก หลักสูตรการศึกษาปฐมวัยกำหนดมาตรฐานคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้เรียนระดับอายุ 3-6 ปี

ไว้จำนวน 12 มาตรฐาน โดยมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กคือ มาตรฐานที่ 1 เรื่องร่างกายเจริญเติบโตตามวัยและมีสุขนิสัยที่ดี มีตัวบ่งชี้ 3 ข้อคือ (1) เด็กต้องมึนน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์ (2) มีสุขภาพอนามัยสุขนิสัยที่ดี (3) รักษาความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น โดยพฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำสะอาด การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการใช้ห้องน้ำห้องส้วม การนอนหลับและออกกำลังกายเป็นเวลา^๖ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เมื่อนำมาประยุกต์ร่วมกับหลักการปฏิบัติตัวตามวิถีชีวิตใหม่ และหลักการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก สามารถกำหนดสมรรถนะหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กได้ดังนี้

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำสะอาด สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี ยินดีรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำสะอาดเมื่อมีผู้ชี้แนะ (2) เด็กอายุ 4-5 ปี ยินดีรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำสะอาดด้วยตนเอง (3) เด็กอายุ 5-6 ปี เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำสะอาดด้วยตนเองเป็นประจำ^๖

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.2 การนอนพักผ่อนเพียงพอ สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี นอนหลับพักผ่อนได้ตามเวลา (2) เด็กอายุ 4-5 ปี นอนหลับพักผ่อนได้ตามเวลา (3) เด็กอายุ 5-6 ปี นอนหลับพักผ่อนได้ตามเวลา^๖

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.3 การออกกำลังกายเพียงพอ สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี ออกแรงทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามกำหนด (2) เด็กอายุ 4-5 ปี ออกแรงทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามกำหนด (3) เด็กอายุ 5-6 ปี ออกแรงทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามกำหนด^๖

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.4 การหายใจอากาศปลอดภัย สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี ยินดีหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด การระบายอากาศไม่ดี หรือปฏิเสธอยู่ใกล้คนที่เจ็บป่วยเมื่อมีผู้ชี้แนะ (2) เด็กอายุ 4-5 ปี ยินดีหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด การระบายอากาศไม่ดี หรือปฏิเสธอยู่ใกล้คนที่เจ็บป่วยด้วยตนเอง (3) เด็กอายุ 5-6 ปี ยินดีหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด การระบายอากาศไม่ดี หรือปฏิเสธอยู่ใกล้คนที่เจ็บป่วยด้วยตนเองเป็นประจำ

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.5 การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่

(1) เด็กอายุ 3-4 ปี ยืนดีล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์หลังการทำกิจกรรมก่อนรับประทานอาหาร และหลังขับถ่ายเมื่อมีผู้ชี้แนะ (2) เด็กอายุ 4-5 ปี ยืนดีล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์หลังการทำกิจกรรมก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่ายด้วยตนเอง (3) เด็กอายุ 5-6 ปี ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์หลังการทำกิจกรรม ก่อนรับประทานอาหาร และหลังขับถ่ายเป็นประจำด้วยตนเอง

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.6 การสวมใส่หน้ากากอนามัย สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี ยืนดีสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อมีผู้ชี้แนะ (2) เด็กอายุ 4-5 ปี ยืนดีสวมใส่หน้ากากอนามัยด้วยตนเอง (3) เด็กอายุ 5-6 ปี ยืนดีสวมใส่หน้ากากอนามัยด้วยตนเองเป็นประจำด้วยตนเอง

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.7 การรักษาระยะห่างทางสังคม สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี ยืนดีรักษาระยะห่างทางสังคมเมื่อมีผู้ชี้แนะ (2) เด็กอายุ 4-5 ปี ยืนดีรักษาระยะห่างทางสังคมด้วยตนเอง (3) เด็กอายุ 5-6 ปี รักษา ระยะห่างทางสังคมด้วยตนเองเป็นประจำ

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.8 การปฏิเสธของใช้ส่วนตัวผู้อื่น สมรรถนะที่พึงประสงค์ ได้แก่ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี ใช้และรักษาของใช้ส่วนตัวตนเองเมื่อมีผู้ชี้แนะ (2) เด็กอายุ 4-5 ปี ใช้และรักษาของใช้ส่วนตัวตนเอง ปฏิเสธการใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (3) เด็กอายุ 5-6 ปี ใช้และรักษาของใช้ส่วนตัวตนเอง ปฏิเสธการใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นเป็นประจำ

พฤติกรรมตามตัวบ่งชี้ 2.9 การหลีกเลี่ยงสัมผัสพื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อติดต่อ สมรรถนะที่พึงประสงค์ (1) เด็กอายุ 3-4 ปี หลีกเลี่ยงการใช้พื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อติดต่อเมื่อมีผู้ชี้แนะ (2) เด็กอายุ 4-5 ปี หลีกเลี่ยงการใช้พื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อติดต่อด้วยตนเอง (3) เด็กอายุ 5-6 ปี หลีกเลี่ยงการใช้พื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อติดต่อด้วยตนเองเป็นประจำ

2. พยาบาลควรส่งเสริมและพัฒนาแนวทางการสื่อสารเชิงสุขภาพกับเด็กวัยก่อนเรียนในลักษณะการเรียนรู้ผ่านการเล่น (Play to learn) ในชีวิตประจำวันของเด็กทั้งในระดับครอบครัวและโรงเรียน เพราะเป็นโอกาสในสร้างเสริมพัฒนาการเด็กทั้งทางด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็ก ภาษาสติปัญญา สังคมและการช่วยเหลือตนเอง ผ่านภาษาสัญลักษณ์ต่างๆ การสื่อสารเชิงสุขภาพกับเด็ก พยาบาลสามารถใช้การเล่นเป็นสื่อกลางสื่อสารกับเด็กเกี่ยวกับสาเหตุโรค อาการแสดง โอกาสการแพร่กระจายเชื้อ ผลกระทบของความเจ็บป่วย

และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสื่อสุขภาพดิจิทัลในลักษณะการเล่าเรื่อง (digital story telling) ดังมีหลักฐานพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนสามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจ แสดงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การปิดปากและจุกเมื่อไอจาม การไม่ใช้สิ่งของส่วนบุคคลร่วมกับผู้อื่น การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนที่ป่วย หลังได้รับสื่อสุขภาพในรูปแบบของการเล่าเรื่อง คลิปวิดีโอการ์ตูนสองมิติ^{9,10} ซึ่งสื่อการสอนลักษณะนี้ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้การสอน¹¹ ทั้งนี้หากประยุกต์แนวคิดของแฮคคาเรเนนและเบรติคท์ สามารถออกแบบกิจกรรมดังขั้นตอนต่อไปนี้¹² (1) กำหนดหัวข้อเรื่องและเนื้อหาตามเป้าหมายการเรียนรู้ และสอดคล้องกับทักษะที่ต้องการพัฒนาในเด็กแต่ละวัย เช่น สอนเด็กวัยก่อนเรียนให้รับผิดชอบในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ โรคติดต่อ และการปกป้องผู้อื่นจากเชื้อก่อโรค (2) ใช้นิทานหรือเรื่องเล่าเป็นสื่อให้เด็กสร้างจินตนาการ ความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาองค์ความรู้ สอดแทรกการปลูกฝังค่านิยมผ่านเรื่องเล่า เช่น การสร้างทัศนคติทางบวกและค่านิยมในการปฏิบัติตนตามวิถีชีวิตใหม่เพื่อสังคมปลอดภัยจากโรค COVID-19 และ โรคติดต่อติดเชื้ออื่นๆ (3) เลือกตัวละครหรือฉากเหตุการณ์ในเรื่องที่เด็กสนใจที่สุดมาสร้างเป็นกิจกรรมต่อยอดการเรียนรู้ เช่น การเลือกตัวละคร “เชื้อไวรัส” มากำหนดเป็นชิ้นงานปั้น การเป่าสี เพื่อเชื่อมโยงบทวนสาระหลักของเนื้อหา (4) สร้างสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันให้เป็นสนามการเล่น เช่น การแปะรูปตัวการ์ตูนไวรัสบริเวณทางเข้าประตู เพื่อให้เด็กจินตนาการการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสใกล้ตัวซึ่งนำสู่การเน้นย้ำพฤติกรรมล้างมือหลังทำกิจกรรม (5) จัดทำโครงการหรือชิ้นงานกิจกรรมสร้างสรรค์ให้เด็กมีโอกาสต่อยอดจินตนาการของตนเอง โดยอาจเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับตัวละครหรือฉากเหตุการณ์ที่เด็กสนใจในขั้นที่ 3 ส่วนขั้นตอนสุดท้ายคือ (6) ให้เด็กริเริ่มออกแบบการเล่นด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยขั้นตอนเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นเป็นลำดับหรือครบทุกขั้นตอนและไม่ได้กำหนดด้วยระยะเวลา แต่เน้นให้ความสำคัญกับการสร้างทักษะและปลูกฝังค่านิยมในตัวเด็กให้สามารถเรียนรู้ผ่านการเล่นด้วยตนเอง รวมทั้งควรออกแบบการเล่นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและครอบครัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ร่วมเรียนรู้วิธีการสื่อสารเชิงรูปธรรมกับเด็กวัยก่อนเรียน

3. พยาบาลควรส่งเสริมศักยภาพครอบครัวและ

ครูผู้สอน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นแบบอย่างการปฏิบัติ
พฤติกรรมสุขภาพแก่เด็กวัยก่อนเรียน โดยนอกเหนือจากการ
พัฒนาทักษะทางวิชาการ ครูผู้สอนควรพัฒนาทักษะสุขอนามัย
เด็ก ปฏิบัติพฤติกรรมแบบอย่างในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ
เชื้อติดต่อ รักษาสุขอนามัยตามวิถีชีวิตใหม่ (New normal)
และรักษาร่างกายให้แข็งแรง เลือกรับประทานอาหารที่มี
ประโยชน์ต่อสุขภาพ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และรักษาสุขภาพ
จิตให้เข้มแข็ง เนื่องจากเด็กในวัยก่อนเรียนจะเลียนแบบ
พฤติกรรมบุคคลที่ตนให้ความสำคัญ รับรู้พฤติกรรมพึงประสงค์
และไม่พึงประสงค์จากปฏิกริยาของบุคคลนั้นต่อการกระทำ
ของตนเอง¹ และผู้ปกครองควรมีบทบาทในการส่งเสริม
การปฏิบัติทักษะสุขอนามัยของเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรค COVID-19 เด็ก
วัยก่อนเรียนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทั้งทักษะการเรียนรู้
ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยและทักษะการดูแลตนเองด้าน
สุขภาพ พยาบาลโรงเรียนจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสื่อ
สุขภาพของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร (ปฐมวัยและ
ประถมศึกษา) โดยการเตรียมครูผู้สอนให้มีความรู้ความเข้าใจ
พยาธิสภาพ การแพร่ระบาด หลักการป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อโรค การออกแบบสื่อสุขภาพให้สอดคล้องกับพัฒนาการ
ตามวัย ความสามารถด้านการคิดสติปัญญา การใช้และเข้าใจ
ภาษาของเด็ก รวมถึงการสร้างสรรค์จินตนาการผ่านการเล่น
สร้างโอกาสให้เด็กและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่าง
การใช้สื่อ และส่งเสริมการผสานการปฏิบัติทักษะสุขอนามัย
ตามวิถีชีวิตใหม่ในกิจกรรมการเรียนรู้ของหลักสูตรการศึกษา
ปฐมวัยและกิจวัตรประจำวันของเด็ก บูรณาการแนวคิดการ
ป้องกันสัมผัสโรคติดต่อติดเชื้อในสาระการเรียนรู้ของหลักสูตร
การศึกษาปฐมวัย กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติพฤติกรรมสุข
อนามัยส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นองค์ประกอบหนึ่ง
ของตัวชี้วัดทางการพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ครูผู้สอน
และครอบครัวร่วมกันปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่าง
แก่เด็ก สนับสนุนให้เด็กปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพป้องกันตนเอง
จากการสัมผัสโรคอย่างต่อเนื่อง

References

1. Kyle T, Carman S. Essentials of pediatric nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
2. Wiersing WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of Coronavirus disease 2019 (COVID-19). JAMA. 2020; 324(8):782-793.
3. Yunak R. Psychosocial nursing for hospitalized children. Phitsanulok: Textbooks Project of Faculty of Nursing Naresuan University: TrakulThai publishing; 2012. (in Thai)
4. Patamadilok S, Chanbanchong C, Pakdeewong P, Udomrat T, Bunying V, Yunak R, Kayaidee S, Pethyue W. An approach to kindergarten and primary instruction during Coronavirus Epidemic. (Research report). Phitsanuloke: Naresuan university; 2020. (in Thai)
5. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's nursing care of infants and children. 11th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.
6. Bureau of Academic Affairs and Educational standards Office of the basic education Commission Ministry of Education. Early Childhood Curriculum. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited Publishing; 2017. (in Thai)
7. Cavanaugh DM, Clemence KJ, Teale MM, Rule AC, Montgomery SE. Kindergarten scores, story telling, executive function, and motivation improved through literacy-rich guided play. Early Childhood Education Journal. 2017; 45: 831-843.

8. Mojtahedzadeh R, Mohammad A, Emami AH, Zarei A. How Digital Storytelling Applied in Health Profession Education: a systematized review. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2021; 9(2): 63-78.
9. Choojun S, Jirapaet V. The effect of information giving through two-dimension cartoon animation on preventive behavior for acute respiratory tract infection among preschoolers in childcare centers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(2): 460-469. (in Thai)
10. Mendes PME, Mateus LVJ, Costa P. Does a playful intervention promote hand hygiene? Compliance and educator's beliefs about hand hygiene at a daycare center about hand hygiene at a daycare center. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020; 51: e64-e68
11. Niemi H, Niu S, Vivitsou M, Li B. Digital story telling for twenty- first century competencies with math Literacy and student engagement in China and Finland. *Contemporary Educational Technology*. 2018; 9(4): 331-353.
12. Hakkarainen P, Bredikyte. Playworlds and narratives as a tool of developmental early childhood education. *Psychological science and Education*. 2020; 25(4): 40-50.

บทบาทของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Roles of Nurses in Home Health Care Unit in the COVID 2019 Pandemic Situation

ภิญโญ อุทธิยา นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์*

Pinyo Utthiya Nitchatima Sereewichayasawad*

หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามธิบดี ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

Home Health Care Ramathibodi hospital, Ratchathevi, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ:

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดที่มีการแพร่กระจายที่รวดเร็วและมีอัตราการตายสูง ทำให้ประชากรทั่วโลกต้องมีการปรับตัวในการใช้ชีวิต รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการปรับตัวในการทำงาน หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอีกหน่วยที่ตอบสนองภารกิจหลักของประเทศในเรื่องการดูแลผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กล่าวคือการวางแผนเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพในชุมชนร่วมดูแลต่อเนื่อง โดยนำหลักการดูแลผู้ป่วยมาปรับใช้ในการพยาบาลให้เหมาะสม ทั้งด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การกระตุ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของการฉีดวัคซีน และการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองพันธกิจของ โรงพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี และก้าวผ่านสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน, บทบาทของพยาบาล

Abstract:

COVID 19 is a fast spreading pandemic with a high mortality rate. People around the world have to adjust to the new living style including medical personnel who need to adapt to the new working circumstances. Home health care units also need to carry out the country's main mission in caring for general patients and patients with COVID 19. In other words, they need to perform discharge planning, home visit, continuous follow up, and referral service in the community continuing care by applying the patient care principles to provide appropriate nursing services in terms of preventing infection and spread of diseases, encouraging patients and their families to recognize the importance of vaccination, and applying technology in taking care of patients in response to the hospital missions. This serves as part of the public health system to promote well-being for everyone and to overcome this COVID 19 pandemic situation.

Keywords: COVID-19, home health care unit, roles of nurses

*Corresponding author: *E-mail: howdynich@gmail.com

บทนำ

ในช่วงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 ได้มีรายงานผู้ป่วยโรคปอดบวมในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีนจำนวนมาก ซึ่งมีการแพร่กระจายจากคนสู่คนอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดชื่อของโรคไวรัสดังกล่าวคือ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019) นับเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายที่รวดเร็ว¹ เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการทำลายเซลล์ในปอดจำนวนมากและทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต^{2,3} โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ⁴ ทั้งยังไม่ได้มีการรักษาโรคนี้ได้โดยตรง มีเพียงการรักษาโดยการให้ยาฆ่าเชื้อไวรัส ยาแก้ปวด หรือยาคลายกังวลที่จะบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคได้เท่านั้น⁵ ต่อมาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แพร่กระจายไปทั่วโลก ในระยะเวลาอันรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ประกาศให้ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดทั่วโลก หรือ pandemic⁶ จากรายงานผู้ป่วยทั่วโลก 7,000,000 ราย เสียชีวิต 40,000 ราย⁷ ประเทศไทยได้มีการรายงานสถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกที่ 1 จนถึงปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยสะสม จำนวนมาก และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างมาก ทั้งด้านการเร่งกระตุ้นให้ประชาชนได้รับวัคซีน การป้องกันการแพร่กระจายโรค การรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการเล็กน้อย จนถึงผู้ป่วยระดับรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนยังคงต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั่วไป ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น⁸

หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นหน่วยงานหนึ่งด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ป่วยทั่วไป โดยมีแนวคิดและลักษณะการปฏิบัติงาน ดังนี้

แนวคิดการพยาบาลที่บ้าน (Home Health Care Nursing)

แนวคิดการพยาบาลที่บ้าน คือ การให้บริการของพยาบาลในการดูแลอย่างมีคุณภาพ เป็นครั้งคราวที่บ้าน ภายใต้สภาพแวดล้อม วัฒนธรรมของผู้รับบริการ สร้างแรงจูงใจ

ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยให้การพยาบาลแบบผู้จัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพ และสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้สุขภาพเข้าสู่ภาวะปกติ⁸ ในประเทศไทยได้มีการขยายขอบเขตเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลหรือสถานบริการเพิ่มขึ้น^{9,10} โดยบริการที่จัดให้ต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่^{11,12}

บทบาทของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

1. การให้บริการวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge planning) เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามประกาศจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 08/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยให้พิจารณาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่จำเป็นเพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับลดการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคและการดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงต้องมีการปรับกระบวนการให้เน้น การวางแผนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ครอบคลุมมากที่สุด โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ METHOD^{13,14} ในการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

1.1 ยาและผลข้างเคียงของยา (Medication & adverse effects) สอนสาธิตการบริหารยา แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล (caregiver) และครอบครัว ตามหลัก 6 right ตลอดจนผลข้างเคียง ของยา และส่งปรึกษาเภสัชกรร่วมดูแลในผู้ป่วยที่มียาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) หรือมีความเสี่ยงต่อการบริหาร ยาผิดที่บ้าน แนะนำช่องทางการรับยาทางไปรษณีย์ เพื่อลดการต้องมาโรงพยาบาลและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.2 สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ (Environment & equipment) มีการให้ความรู้ในการจัดการและปรับเปลี่ยน สิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อเกิดความปลอดภัย และเอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น แนะนำให้ออกนอกบ้านในกรณีที่ไม่จำเป็น แต่หาก

มีความจำเป็นต้องออกเน้นย้ำการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ทุกครั้งหลังมีการสัมผัสสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ตลอดจนความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน

1.3 แผนการรักษา (Treatment) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับและการฝึกทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ และการดูแลอุปกรณ์บริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำที่บ้าน เป็นต้น มีการประเมินและการใช้อุปกรณ์การแพทย์อย่างถูกต้อง ปลอดภัย โดยผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถการดูแลอุปกรณ์การแพทย์แต่ละชนิด ร้อยละ 80 ขึ้นไป และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และหากสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง จะลดการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล แต่สามารถติดตามผู้ป่วยในช่องทางอื่น ๆ หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1.4 การให้ความรู้ (Health) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เช่น การวินิจฉัยโรค การดำเนินของโรค เป็นต้น ตลอดจนแนวทางการรักษาที่ได้รับ และแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ตลอดจนให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อป้องกันโรคระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

1.5 การตรวจตามนัดและการส่งต่อ (Outpatient & referral) การให้คำแนะนำขั้นตอนในการมาตรวจตามนัด การมาตรวจก่อนนัด โดยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะมีการวางแผนร่วมกับแพทย์ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ในการรับบริการตรวจทางไกล สำหรับผู้ป่วยที่อาการคงที่เพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาล และลดการสัมผัสเชื้อลง ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพในชุมชนร่วมดูแลต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยตรวจทางไกล

1.6 ภาวะโภชนาการ (Diet) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการและน้ำดื่มในปริมาณที่เหมาะสมตามแผนการรักษา อาหารที่ต้องจำกัด แนะนำหลีกเลี่ยงการรับประทานยาหรือพืชผักสมุนไพรต้านโควิดด้วยตนเอง โดยแนะนำ ให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อน เนื่องจากอาจส่งผลต่อการ ทำงานของตับและไต

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้านที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในสถานการณ์โรคระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยตามปกติ โดยมีเป้าหมายคือสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ลดการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลซ้ำ และช่วยลดความเสี่ยง ในการติดเชื้อเมื่อผู้ป่วยต้องมาตรวจที่โรงพยาบาล

2. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit) เป็นบริการต่อเนื่องจากการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน และเป็นบริการที่มีความจำเป็นแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว อันเนื่องจากเหตุผลที่สภาพแวดล้อมจริงที่บ้านของผู้ป่วย และโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเรื่องโรค หรือใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะและความชำนาญในการดูแลและต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยจะให้บริการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และพึ่งพาตนเองในระยะยาวได้ลดความวิตกกังวลในการดูแลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการเยี่ยมบ้านโดยปฏิบัติตามประกาศจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เรื่องแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้

2.1 การเตรียมตัวก่อนการเยี่ยมบ้าน

2.1.1 เตรียมความพร้อมของระบบคัดกรองความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ก่อนมีการนัดหมายเยี่ยมบ้าน ในระบบรามาแคร์ (RAMA care) ซึ่งเป็นระบบที่ได้นำเอาเทคโนโลยีมาพัฒนาเพื่อใช้ในการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ใช้คัดกรองก่อนผู้ป่วยเข้ารับบริการของโรงพยาบาลทุกรายก่อนการเยี่ยมบ้าน หากมีความเสี่ยงจะปรับให้เป็นบริการการดูแลทางไกล (telecare) ผ่านรามาแอปพลิเคชัน (Rama Application) แก่ผู้ป่วยรายนั้น ๆ

2.1.2 เตรียมทีมเยี่ยมบ้าน โดยจัดให้มีผู้เยี่ยมบ้านเท่าที่จำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อที่กำลังระบาดทั้งของผู้ป่วยและทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งเดิมมีพยาบาลเยี่ยมร่วมกับเภสัชกร เนื่องจากผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามาธิบดี

ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคและมีความจำเป็นต้องรักษาโดยการให้ยาหลายชนิด ทำให้มีโอกาสเกิดการบริหายาคลาดเคลื่อนได้ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการปรับเปลี่ยนให้เยี่ยมบ้านเฉพาะพยาบาล โดยมีการประเมินปัญหาการใช้ยาที่บ้าน และปรึกษาปัญหาดังกล่าวกับเภสัชกรทางไลน์แอปพลิเคชัน และระบบบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการแก้ปัญหาการบริหารยาให้ผู้ป่วย

2.1.3 เตรียมอุปกรณ์เยี่ยมบ้านที่ควรมีพร้อมในกระเป๋าเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์สำหรับการตรวจเบื้องต้นเท่าที่จำเป็น อุปกรณ์สำหรับการป้องกัน เช่น เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากอนามัย (surgical mask) หน้ากาก N 95 (N95 mask) ถุงมือ (gloves) กระบังกันหน้า (face shield) กาวันชนิดกันน้ำป้องกันการสัมผัสเชื้อ กรณีต้องใช้ในการทำหัตถการ น้ำยาสำหรับการทำความสะอาดฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% ถุงใส่ขยะสำหรับเก็บและแยกขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ

2.1.4 เตรียมพาหนะเพื่อใช้ในการเดินทาง จะเดินทางโดยรถโรงพยาบาล ที่ผ่านการทำความสะอาดด้วย 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรด์ (0.5% sodium hypochlorite) หรือที่เรียกว่า เวอร์คอน (Virkon) ก่อนออกเยี่ยมบ้าน

2.2 การให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน จะมีการประเมินและให้การดูแลที่บ้านแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวโดยใช้หลัก INHOMESS¹⁵

2.2.1 การเคลื่อนไหวร่างกาย (Immobility) ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อยึดติดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น แนะนำให้ผู้ป่วยลดการออกไปนอกบ้าน เพื่อลดโอกาสในการแพร่กระจายของเชื้อ งดกิจกรรมนอกบ้าน งดไปในที่ชุมชน งดใช้บริการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

2.2.2 ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ประเมินภาวะโภชนาการ ประเภทของสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ แนะนำอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวกรณีเมื่อมีผู้เสี่ยงสัมผัสผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือผู้ที่สงสัยการติดเชื้อ หรือผู้ที่ติดเชื้อที่บ้าน ให้แยกออกไปจากสมาชิกภายในบ้าน แยกอุปกรณ์แก้วน้ำ ช้อน ถ้วย ชาม ควรมีใช้ส่วนตัว และควรแยกทำความสะอาด หากมีผู้จัดหาอาหารมาให้ควร

มีพื้นที่เฉพาะสำหรับรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสัมผัสใกล้ชิด เป็นต้น

2.2.3 สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (Home environment) ประเมินสิ่งแวดล้อมในและรอบบ้านผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยง เช่น ความสะอาดเรียบร้อยของบ้าน สิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน รวบรวมในห้องน้ำกรณีเป็นผู้สูงอายุ การกำจัดสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย เสมหะ โดยมีการเก็บในภาชนะและปิดปากถุงให้มิดชิด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวกรณีเมื่อมีผู้เสี่ยงสัมผัสผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือผู้ที่สงสัยการติดเชื้อหรือผู้ที่ติดเชื้อที่บ้าน ควรมีการจำกัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยการติดเชื้อ อยู่ห่างจากสมาชิกคนอื่นในบ้านเป็นระยะ 1-2 เมตรเป็นอย่างน้อย จัดให้มีห้องนอน ห้องน้ำ พื้นที่ในการทำครัวและรับประทานอาหาร ควรแยกที่เป็นส่วนตัว หากไม่มีห้องน้ำส่วนตัว ควรให้ผู้ที่มีอาการติดเชื้อเข้าเป็นคนสุดท้าย และปิดฝาชักโครกหลังขับถ่ายก่อนกดชักโครกเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจาย และทำความสะอาดห้องน้ำทุกครั้งหลังใช้ ห้องน้ำด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น

2.2.4 การตรวจตามนัด และบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Out patients & other people) พบทวนวันมาตรวจตามนัดของแพทย์ การเตรียมความพร้อมในการมารักษาครั้งต่อไปหากมีผู้ที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบ้าน แนะนำให้เปลี่ยนเป็นการตรวจทางไกล (telemedicine) แทนการมาตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อส่วนบุคคลอื่น ๆ ในบ้านที่อยู่ระหว่างการเฝ้าระวังผู้สงสัยการติดเชื้อ หรือผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ผู้ดูแลควรเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวหรือเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง ทั้งนี้ ทีมเยี่ยมบ้านควรประเมินให้มั่นใจว่าผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันตัวเอง ลดโอกาสในการติดเชื้อ ซึ่งผู้ดูแลควรใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และใส่ถุงมือหากมีการสัมผัสตัว หยิบจับเครื่องใช้ของผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 หรือทำความสะอาดบริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย

2.2.5 ยา (Medication) ทวนสอบการรับประทานยาตามแผนการรักษา เช่น การฉีดยาอินซูลิน การรับประทานยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน สอบถามถึงการรับประทานยาอื่นๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาแผนไทย ยาที่รับประทานเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการโฆษณาชวนเชื่อในสื่อต่างๆ แนะนำช่องทางและบริการการรับยาทางไปรษณีย์ในกรณีตรวจทางไกล ลดการเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565
Vol. 23 No.2 May - August 2022

ประจำตำบล หรือศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ตลอดจนสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์ประสานความร่วมมือของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นการร่วมมือของพยาบาลในภาพรวมของประเทศ¹⁹ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้านได้รับการดูแล ที่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา หรือช่วยเหลือได้อย่างทัน่วงเวลาที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทบาทของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พัฒนาความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสถานการณ์การระบาดของโรคจากข้อมูลของหน่วยงานที่ดูแลด้านโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวทางป้องกันตนเองและการเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อของบุคลากรเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจัดให้มีการชี้แจงจากหัวหน้าหน่วยงานในการประชุม ทุกเช้าวันศุกร์ (Morning talk) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรมีความรอบรู้ทันต่อเหตุการณ์โรคระบาดและนโยบายของระดับประเทศและโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมในการช่วยดูแลผู้ป่วย เมื่อสถานการณ์แย่ลง มีผู้ป่วยมากขึ้น และขาดแคลนอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีการส่งพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเข้าอบรมและร่วมฝึกซ้อมของบุคลากรของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย ในการฝึกซ้อมสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง หรือ Personal Protective Equipment (PPE) และการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายของโรงพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น การแยกตัว และการกักตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁹ ดังนั้นพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีบทบาทพิเศษในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ โรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Illness clinic) หรือที่เรียกว่า ARI clinic ของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความสามารถด้านการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ตามเกณฑ์ของหน่วยงานโรคติดเชื้อ ผ่านระบบ RAMA care และร่วมคัดกรองกับหน่วยงานอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาล ในการระบาดระลอกที่ 1 และ 2 ตลอดจนพัฒนาทักษะด้านการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและต้องกลับไปกักตัวที่บ้าน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่คนในครอบครัว

2. สอบสวนโรคร่วมกับพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์การระบาดในระลอก 3 และ 4 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการสอบสวนโรค ไม่สามารถสอบสวนการระบาดของโรคได้ทันกับจำนวนผู้ป่วย หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงได้รับมอบหมายให้เปลี่ยนจากการคัดกรองมาทำหน้าที่สอบสวนการระบาดของโรค ซึ่งประกอบด้วย การแจ้งผลตรวจการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ตลอดจนการให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างรอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม

3. การสนับสนุนกำลังเจ้าหน้าที่ ร่วมปฏิบัติการฉีดวัคซีนทั้งในและนอกโรงพยาบาล ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าหมาย เนื่องจากการได้รับวัคซีนจะช่วยป้องกัน และควบคุมโรค²⁰ ทั้งยังลดความรุนแรงของโรค โดยได้จัดสรรอัตรากำลังเพื่อสนองนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นพร้อมกับแนะนำช่องทางให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวที่ยังไม่ได้รับวัคซีนให้ได้รับการฉีดวัคซีนดังกล่าว

4. การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) ร่วมกับทีม ในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกที่ 5 ซึ่งไวรัสมีการพัฒนาสายพันธุ์เป็นโอมิครอน มีการระบาดที่รวดเร็วสามารถแพร่เชื้อและติดต่อกันระหว่างบุคคลได้ง่าย ส่งผลให้มีผู้ป่วยจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่อาการไม่รุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับระลอกที่ 3 และ 4 การรักษาในโรงพยาบาลจึงไม่เพียงพอ การดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) จึงเป็นหลักของระบบสุขภาพในการดูแล โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในปัจจุบัน²¹ การรักษาในโรงพยาบาลจำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่โรครุนแรง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ได้แก่โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต้องเข้ารับบริการแบบแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) หรือ การกักตัวที่โรงแรม (hotel isolation) ในกลุ่มผู้ที่ไม่สามารถกักตัวที่บ้าน เนื่องจากไม่มีพื้นที่ที่สามารถแยกเป็นส่วนตัว ทางหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่กระบวนการรับเข้า และดูแลติดตามตลอดระยะเวลาการรักษา โดยการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การแนะนำวิธีใช้อุปกรณ์ในการวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว ซีฟเจอร์และอุณหภูมิ รวมถึงวิธีการส่งค่าที่วัดได้ผ่านทางระบบ RAMA care ซึ่งจะทำให้พยาบาลเห็นการเปลี่ยนแปลงของค่าออกซิเจน ซีฟเจอร์ และอุณหภูมิได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยจนครบการรักษา รวมถึงการประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงให้ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล

สรุป

ในสถานการณ์การแพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขของประชากรโลก ส่งผลให้หน่วยงานและบุคลากรด้านสาธารณสุข ต้องปฏิบัติงานเพิ่มและหนักขึ้น เพื่อสู้กับโรคระบาดดังกล่าว พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ร่วมปฏิบัติการนี้ ตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดระลอกที่ 1 จนถึงระลอกที่ 5 ยังคงปฏิบัติหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลเพื่อให้ทันต่อการแพร่ระบาดของโรค ทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมีความสำคัญในการให้พยาบาลยุคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การสอบสวนการระบาดของโรค การฉีดวัคซีน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) ส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แม้จะมีความเหนื่อยยาก แต่ได้สร้างความภาคภูมิใจให้กับพยาบาลและหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการนี้ โดยมี เป้าหมายเพื่อสุขภาวะที่ดีของมวลมนุษยชาติต่อไป

References

1. Sabeerabi B, Vemula S, Vadde R, Nagaraju GP. COVID-2019: Where is the treatment? World J Clin Oncol. 2021;12:309-22.
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395:497-506.
3. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 2020;395:514-23.
4. Liu Y, Mao B, Liang S, Yang JW, Lu HW, Chai YH, et al. Association between age and clinical characteristics and outcomes of COVID 2019. Eur Respir J. 2020;55:2001112.
5. Ahnd G, et al. Current status of epidemiology, diagnosis, therapeutics, and vaccines for novel COVID-2019 disease 2019. J Microbiol Biotechnol. 2020;30:313-24.
6. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY, Xie X. COVID-2019 and the cardiovascular system. Nat Rev Cardiol. 2020;17:259-60.
7. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-2019 in real time. Correction to Lancet Infect Dis. 2020;20:533-4.
8. Rice, R. Home Care Nursing practice. Concepts & application. 2nd ed. St. Louis. Mosby-Year book; 1996.
9. Poopai boon R. Family nursing : Theoretical perspectives and application. 3rd ed. Bangkok. Publisher V J Printing; 1994.(in Thai)
10. Hatheerat S. Family Health Care :Working with the family - Handbooks. Bangkok. Publishing Mor Chowban; 2010.(in Thai)

11. Senarat W & Limtrakul P. Home Health Care. Bangkok. Thai Journal of Nursing Council. 1995; 10(3):1-6. (in Thai)
12. Srijumnong N, Rawiworakul T, Lagampan S, & Malathum P. The effects of a self-efficacy promotion program for family caregiver of persons with stroke at home. Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok. 2010;26(1).(in Thai)
13. Srisang P. The effects of the nursing discharge plan program on knowledge and goal attainment in caring for stroke patients in Phachi hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2020;4(7):144-52. (in Thai)
14. Sawangdee K. Guidelines for patient discharge planning. 1st ed. Bangkok: Printing house Thammasat University; 1996.(in Thai)
15. Likhitluecha N, Satira Angkoon T, Lapphakdi T. Home ward. 1st ed. Likhitluecha N, Lapphakdee T, Kladchompong P, editors. Bangkok: Agricultural Cooperative Society of Thailand Printing House; 2013. (in Thai)
16. Vichea U, Sornjaeng D, Boonrasri J. Development of The Health Care New Normal Model for Elderly Chachoengsao Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3): 151-9. (in Thai)
17. Chaoayachai W, Prompahakul R, Prasertsang A. Health Literacy and New Normal in Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2):41-8. (in Thai)
18. Sathira-Angkura T, Leelawong S, Amonprompukdee A, Janta-Um-Mou J. Driving The Operation of the Nurse Collaboration Center in COVID-2019 Outbreak. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22:83-91.(in Thai)
19. Graeme D. COVID-2019: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. Journal of Clinical Nursing. 2020;29(9-10):1425-8.
20. Lurie N, Saville M, Hatchett R, Halton J. Developing COVID-2019 Vaccines at Pandemic Speed. N Engl J Med. 2020;382: 1969-73.
21. Chan EYY, Gobat N, Kim JH, Newnham EA, Huang Z, Hung H, et al. Informal home care providers: the forgotten health-care workers during the COVID-2019 pandemic. Lancet. 2020;395:1957-9.

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

The Role of Nurse in Caring for Children with Epilepsy

ประกายแก้ว ศิริพูล Prakaikaw Siripoon*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

โรคลมชัก (epilepsy) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองที่พบได้บ่อยในเด็ก ส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา เกิดความทุพพลภาพซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยเด็กโรคลมชักไม่ได้รับการรักษาและการพยาบาลที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญควรมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ประเภทของโรคลมชัก การวินิจฉัย การรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเด็ก ทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคลมชักและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากันชักเป็นเวลานาน และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในการชักประวัติรายละเอียดการชัก การตรวจร่างกายเด็ก การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษทางระบบประสาท เพื่อนำสู่การระบุปัญหาทางการพยาบาล การนำใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการชัก การป้องกันภาวะชักซ้ำ การลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและครอบครัว การส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในการดูแลตนเองต่อสิ่งที่บ้าน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลเด็กโรคลมชักและครอบครัว

คำสำคัญ: เด็ก, บทบาทพยาบาล, พยาบาล, โรคลมชักในเด็ก

Abstract

Epilepsy is a common childhood brain disorder, which affects children physically, mentally, socially and intellectually, causing disabilities that affect the lives of children as well as their families and society. This health problem causes losses in both human resources and economy. If children with epilepsy do not receive the correct treatment and nursing care, their quality of life will be affected. Therefore, nurses who are important healthcare personnel should have the knowledge of the causes and the types of epilepsy, diagnosis, treatment and their effects on patients which are caused by epilepsy pathophysiology and complications from prolonged exposure to antiepileptic drugs. Nurses must have the ability to care for children with epilepsy. They must also perform the role of nurse in assessing patients, taking the history of epileptic seizures, performing physical examinations and analyzing laboratory results and special neurological examinations. This nursing roles must be performed in order to identify the nursing care problems, implement the nursing care process to develop a care plan to prevent complications from epileptic seizures and recurrent epileptic seizures, reduce anxiety for patients and their families, promote the potential of patients and their

Corresponding author, E-mail: prakaikawsi@kkumail.com

วันที่ได้รับ (received) 31 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 7 ก.พ. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 ก.พ. 2565

families in performing self-care at home as well as collaborating with local health services units and relevant people in the community to provide assistance in caring for children with epilepsy and their families.

Keyword: children, the role of nurse, nurse, epilepsy in children

บทนำ

โรคลมชัก (epilepsy) เป็นภาวะที่บุคคลมีอาการชัก (seizure) เกิดขึ้นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง โดยเกิดขึ้นห่างกันมากกว่า 24 ชั่วโมง อาการชักเกิดขึ้นได้โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน (unprovoked factor)^{1,2} มีลักษณะของการชักเป็นการชักต่อเนื่องนานมากกว่า 5 นาที มีอาการแสดงที่ผิดปกติและสามารถตรวจพบความผิดปกติของคลื่นสมอง ซึ่งสามารถนำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นอาการแสดงของกลุ่มอาการของโรคลมชัก (epilepsy syndrome)³ ในการจำแนกประเภทของโรคลมชัก ซึ่งสามารถจำแนกได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับลักษณะของการชักและตำแหน่งของสมองที่เป็นจุดกำเนิดของการเกิดอาการชัก⁴ โดยโรคลมชักเป็นโรคระบบประสาทเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็กประมาณ 50,000-200,000 รายต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20⁵ ประเมินการณ์ว่าเด็กทั่วโลกร้อยละ 0.5-1.0 ได้รับผลกระทบจากโรคลมชัก พบความชุก (prevalence) ของการเกิดโรคในเด็กตั้งแต่ 58-144 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยพบความชุกสูงสุดในเด็กอายุขวบปีแรก 144 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองลงมาคือเด็กอายุ 1-4 ปี อัตราการเกิด 61 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และในเด็ก 5-10 ปี พบความชุก 54 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน⁶ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบความชุกในการเกิดโรคลมชัก ในเด็กอยู่ที่ 41-187 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมักพบในช่วงขวบปีแรก ส่วนอายุที่มีอาการชักมากที่สุดคือ 5-9 ปี โดยมีความชุก 17 คนต่อประชากร 1,000 คน⁷

สาเหตุของโรคลมชักในเด็กพบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด มีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการคลอด ความพิการแต่กำเนิดที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท การติดเชื้อ ความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึม การบาดเจ็บที่สมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ มารดาและทารกมีหมู่เลือดไม่ตรงกัน การได้รับสารพิษและการมีภาวะไข้สูง⁴ ซึ่งสมาคมรณรงค์นานาชาติในการต้านโรคลมชัก (International League Against Epilepsy: ILAE) ได้แบ่งสาเหตุของการเกิดโรคลมชักออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Genetic cause หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่ผู้ป่วยไม่ได้มีพยาธิ

สภาพในสมอง และน่าจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม 2) Structural/metabolic cause หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพในสมองซึ่งทำให้เกิดอาการชัก เช่น เนื้องอกในสมอง และ 3) Unknown case หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่น่าจะมีพยาธิสภาพในสมอง แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิทยาการในปัจจุบันยังไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพได้^{1,8}

การวินิจฉัยโรคลมชักสามารถทำได้โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การวิเคราะห์เลือดเพื่อตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจการทำงานของสมองโดยการตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การตรวจกายภาพของสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือการสร้างภาพด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI) เป็นต้น^{1,2} โดยในการวินิจฉัยประเภทของการชัก ILAE มีการจัดประเภทของโรคลมชักจำแนกตามลักษณะของอาการชักและความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นหลัก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกอื่นๆ เช่น อายุที่เริ่มเกิดอาการชัก สติปัญญาของผู้ป่วย การตรวจร่างกายทางระบบประสาท ซึ่งสาเหตุของโรคลมชัก สามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชักแบบทั้งตัว (generalized epilepsy) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองจาก cortical area ทั้ง 2 ซีกของสมองพร้อมกันตั้งแต่เริ่มแรกขณะที่มีอาการชัก 2) กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชักแบบเฉพาะที่ (focal epilepsy) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองเฉพาะที่ในขณะที่มีอาการชัก 3) กลุ่มโรคลมชักที่ยังไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าอยู่ในกลุ่มชักทั้งตัวหรือชักเฉพาะที่ (combined generalized and focal epilepsy) การวินิจฉัยจะขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิก ผลตรวจ EEG เป็นต้น และ 4) กลุ่มที่ไม่ทราบแน่ชัด (unknown) เป็นโรคลมชักที่ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นการชักเฉพาะที่หรือหรือชักทั้งตัว เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ⁸

อาการและอาการแสดงของโรคลมชักมีอาการแสดงที่แตกต่างกันตามประเภทของการชัก² ซึ่งโรคลมชักที่พบบ่อยในเด็ก มีอาการและอาการแสดง ดังนี้ 1) West syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 6-12 เดือน และพบมากช่วงอายุ 4-6 เดือน เด็กจะมีอาการชักผวา

(epileptic spasms) ทั้งในลักษณะงอตัวเหยียดตัว หรือทั้งงอและเหยียดตัว 2) Benign epilepsy of children with centrotemporal spikes (benign rolandic epilepsy) พบได้ตั้งแต่อายุ 3-13 ปี พบมากช่วงอายุ 7-8 ปี เด็กจะมีอาการชักกระตุก หรือขาบริเวณใบหน้าและปากด้านใดด้านหนึ่ง บางรายมีอาการชักทั้งตัวร่วมด้วย อาการชักชนิดนี้เกิดเวลานอนมากกว่าเวลาตื่น 3) Lennox-Gastaut syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 1-8 ปี พบมากช่วงอายุ 3-6 ปี เด็กจะมีอาการชักหลายรูปแบบ เช่น ชักเหม่อ เป็นอาการชักที่พบบ่อยที่สุด ชักเกร็ง หรือชักตัวอ่อน ในบางรายมีอาการชักแบบอื่นร่วมด้วย 4) Childhood absence epilepsy เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 4-10 ปี พบมากช่วงอายุ 5-7 ปี เด็กจะเกิดอาการชักเหม่อและมีโอกาสชักเพิ่มขึ้น เมื่อถูกกระตุ้นด้วยการหายใจเข้าออกลึกเร็ว (hyperventilation) และ 5) Temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 4-16 ปี เด็กจะมีอาการชักเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (focal seizure) และมักมีสัญญาณบอกเหตุก่อนที่จะเกิดอาการชัก (aura) เช่น รู้สึกจุกแน่นลิ้นปี่^{1,9}

การรักษาโรคลมชักในเด็กส่วนใหญ่ให้การรักษาโดยใช้ยาต้านชัก (antiepileptic drugs) โดยแพทย์จะให้ยาชนิดเดียวก่อน เพื่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด เด็กที่มีอาการชักต่อเนื่องจะได้รับยาต้านชักหลายชนิดเพื่อควบคุมอาการชักให้สงบ การคำนวณขนาดยาจะขึ้นอยู่กับภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก และจะต้องมีการตรวจระดับยาในกระแสเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น^{2,9} ซึ่งยากันชักที่ใช้ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยยากันชักกลุ่มมาตรฐาน (standard antiepileptic drugs) ได้แก่ carbamazepine, clobazam, clonazepam, phenobarbital, phenytoin และ sodium valproate และกลุ่มยากันชักรุ่นใหม่ (new antiepileptic drugs) ได้แก่ felbamate, gabapentin, lacosamide, lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepine, pregabalin, tiagabine, topiramate, vigabatrin, zonisamide เป็นต้น^{10,11} รวมทั้งในปัจจุบันมีการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ คือ Cannabidiol หรือ CBD oil ในการรักษาโรคลมชักในเด็กที่รักษายาก โดยมีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยพบว่าสามารถลดอาการชักในผู้ป่วย Dravet syndrome ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความปลอดภัย สำหรับในประเทศไทยการใช้ยากัญชา

สำหรับเด็กโรคลมชักยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และกำลังอยู่ในช่วงการศึกษาติดตามประสิทธิผลและผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด¹² นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การให้สารอาหารเพื่อให้เกิดภาวะคีโตนเกินในร่างกาย (ketogenic diet) โดยเชื่อว่าสารคีโตนขนาดสูงจะส่งผลต่อเซลล์ประสาทกลุ่ม GABAergic ทำให้สมองมีการส่งกระแสประสาทไฟฟ้าลดลง จึงมีฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เกิดการส่งกระแสประสาทมากเกินไปทำให้เกิดอาการชัก (anticonvulsant action) โดยนิยมใช้วิธีนี้ในเด็กอายุมากกว่า 8 ปี ที่มีอาการชักแบบชักสะดุ้ง (myoclonic) หรือชักเหม่อ (absence)^{2,9} การให้วิตามินขนาดสูง เป็นการรักษาดูแลด้วยการให้วิตามินบี 6 หรือไพริดอกซิน (pyridoxine) การผ่าตัดเพื่อกำจัดจุดกำเนิดชักให้หมดไปและให้หายขาดจากการชัก (curative surgery) เป็นต้น⁹

ผลกระทบของโรคลมชักในเด็กถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ทั้งยังเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจของประเทศ^{1,2} โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยทั้งจากโรคลมชักเอง เช่น พยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง กลุ่มอาการของโรคลมชัก ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการชักแต่ละครั้ง รวมทั้งการได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการชักเป็นระยะเวลานาน หรือการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยากันชักไม่ต่อเนื่อง จนไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ การจัดการกับอาการชักที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ถ้าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่ถูกต้องจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้⁹ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักสะท้อนให้เห็นความสำคัญในการดูแลเด็กโรคลมชักเพื่อให้สามารถควบคุมอาการชักได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของผลกระทบจากโรคลมชักต่อเด็ก และจะต้องมีความรู้และความสามารถในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชักต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคลมชัก

โดยทั่วไปหากมีอาการชักผู้ป่วยเด็กจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและถูกปรับไว้ในหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อเฝ้าระวังอาการชักซ้ำ การติดตามประเมินอาการเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการควบคุมอาการชักและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากการชัก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ และวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพเด็กเมื่อแรกรับ และมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เด็กมีไข้หรือสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เด็กชัก เพื่อรวบรวมข้อมูลในการระบุปัญหาสุขภาพ และวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ดังนี้

1.1 การชักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดอาการชัก

การชักประวัติรายละเอียดของการชักประกอบด้วยอาการเตือนก่อนการชัก อาการชัก และอาการหลังชัก ดังนี้

1) อาการเตือนก่อนการชัก (preictal symptoms) ได้แก่ อาการนำ (prodromes) อาจเกิดขึ้นเป็นเวลานานหลายนาที่ถึงหลายชั่วโมงก่อนมีอาการชัก และมักเป็นอาการที่ไม่มีลักษณะจำเพาะ เช่น ความรู้สึกไม่สบาย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ เป็นต้น และอาการเตือน (aura) เป็นอาการแรกของอาการชัก ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการเหล่านี้ได้ ลักษณะของอาการเตือนแตกต่างกันตามตำแหน่งของสมองที่ก่อให้เกิดอาการชัก อาการเตือนมักจะเป็นในลักษณะรูปแบบเดิม (stereotype) ผู้ป่วยบางคนมีอาการเตือนหลายแบบแต่มักเป็นลักษณะซ้ำๆ เดิม (pattern) ส่วนมากระยะเวลาอาการเตือนจะไม่เกิน 10 นาที ระยะเวลาเตือนเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ในกรณีที่อาการเตือนนั้นอาจจะดำเนินต่อไปจนเกิดเป็นอาการชักทั้งตัว เช่น เหม่อลอยทำอะไรไม่รู้ตัว หรือเกร็งกระตุกทั่วตัว¹

2) อาการชัก (seizure symptom หรือ seizure) การชักประวัติรายละเอียดของการชักเกี่ยวกับเวลาที่เริ่มชัก ระยะเวลาของการชัก กิจกรรมและพฤติกรรมของเด็กที่กำลังกระทำก่อนเกิดการชัก อาการแสดงขณะชัก³ ช่วงเวลาของวันในการเกิดอาการชัก จำนวนครั้งและความถี่ของอาการชัก การเคลื่อนไหวของร่างกายและการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ความผิดปกติทางด้านการออกเสียงและการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงการหายใจ ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออกมาก ชีต อาเจียน หายใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระราด และ

การบาดเจ็บขณะเกิดอาการชัก เช่น กัดลิ้น ศีรษะกระแทกพื้น กระตุกหัก^{1,3,13}

3) อาการหลังชัก (postictal symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากอาการชักจนกระทั่งผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติดั้งเดิม เช่น ปวดศีรษะ ชีพ หัวใจ สับสน หรือมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน บางรายไม่สามารถสื่อสารได้อย่างปกติ บางรายอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงเป็นซีก เช่น แขนซ้ายไม่สามารถหยิบได้ (Todd's paralysis) พยาบาลควรมีการสอบถามอาการหลังชักด้วยว่านานเท่าใดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ¹ รวมทั้งปัจจัยกระตุ้นการชัก (precipitating or trigger factors) การเจ็บป่วยปัจจุบันที่อาจเป็นสาเหตุของการชัก และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา และการคลอดที่มีอันตรายต่อสมอง ตลอดจนพัฒนาการของเด็ก เป็นต้น^{1,13}

1.2 การตรวจร่างกาย โดยมีการตรวจร่างกายเด็กที่มีอาการชัก ดังนี้ 1) การตรวจสัญญาณชีพโดยเฉพาะการมีไข้ และ 2) การตรวจร่างกาย ดังนี้ (1) การตรวจศีรษะ ในเด็กทารกให้วัดขนาดของรอบศีรษะ ดูขนาดกระหม่อมเด็ก ตรวจความสมดุลของรูปศีรษะ รอยแผลจากการผ่าตัดหลักฐานของการมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (2) การตรวจสัดส่วนของร่างกาย ความสมมาตร เช่น ร่างกายซีกหนึ่งเล็กกว่าอีกซีกหนึ่ง (hemiatrophy) แสดงว่าสมองด้านหนึ่งอาจมีความผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (3) ลักษณะปากและช่องปาก ความผิดปกติของรูปปาก ภาวะ cleft lip, cleft palate ในรายที่มีประวัติชักมาก่อนให้ตรวจเหงือกดู gum hypertrophy จากการได้รับยาเกินขนาดบางตัว เช่น phenytoin รวมทั้งตรวจทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้อง^{1,13}

1.3 การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยติดตามผลวิเคราะห์เลือด ได้แก่ CBC, blood sugar, serum electrolytes, BUN, creatinine, LFT, calcium, phosphate, magnesium, TFT, anti-HIV และผลตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การติดตามผลตรวจน้ำไขสันหลัง ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 12 เดือน ที่มีไข้ร่วมกับอาการชักจะได้รับการตรวจน้ำไขสันหลังทุกราย แม้ว่าจะตรวจร่างกายไม่พบ meningeal sign irritation เนื่องจากมีอาการทางคลินิกไม่ชัดเจนในเด็กเล็ก ส่วนเด็กที่อายุ 12-18 เดือน ที่มีไข้ร่วมกับมีอาการชักจะได้รับการพิจารณาทำการตรวจน้ำไขสันหลังเป็นรายๆ ตามความเหมาะสม^{1,13}

1.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography, EEG) เป็นการตรวจเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย

โรคลมชัก การพบคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติแบบ epileptiform discharges จะทำให้สามารถจำแนกประเภทของอาการชัก รวมทั้งสามารถระบุตำแหน่งจุดเริ่มต้นของอาการชักได้¹

1.5 การตรวจภาพถ่ายภาพของสมอง (neuroimaging) เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการชักหรือโรคลมชัก โดยมีข้อบ่งชี้ในการตรวจภาพถ่ายภาพของสมองชนิด CT scan ในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเฉพาะที่ ตรวจร่างกายพบความผิดปกติเฉพาะที่ ส่วนการตรวจภาพถ่ายภาพของสมองชนิด MRI brain ตรวจในผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาการชักในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า แบบถดถอย (development regression) และตรวจเพื่อประเมินเพื่อเตรียมการผ่าตัดโรคลมชัก¹

2. การระบุปัญหาทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สามารถวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการชัก การป้องกันการเกิดภาวะชักซ้ำ การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วย โรคลมชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{11,13} ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากอันตรายของการชัก

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอันตรายของการชัก พยาบาลมีบทบาท ดังนี้

1.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย 1) จัดให้ผู้ป่วยเด็กนอนตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันลิ้นไปปิดกั้นทางเดินหายใจ คลายเสื้อผ้าเด็กออกให้หลวม โดยเฉพาะรอบคอเพื่อให้เด็กหายใจได้สะดวก ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะหรือน้ำลายในปากและจมูก เพื่อป้องกันการอุดตันและการสำลักน้ำลายเข้าทางเดินหายใจ 2) ดูแลให้เด็กได้รับออกซิเจนขณะชัก เพราะกล้ามเนื้อทรวงอกและกล้ามเนื้อหน้าท้องจะมีการเกร็ง ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และขณะที่มีอาการชักร่างกายต้องการออกซิเจนช่วยในการเผาผลาญเพิ่มขึ้น หากเด็กมีอาการชักนานๆ ช่วยแพทย์ในการใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ^{11,13} 3) ดูแลให้ได้รับยา diazepam แพทย์อาจให้ทางหลอดเลือดดำในขนาด 0.3 มก./กก. ให้ฉีดซ้ำๆ กรณีที่ให้ทางหลอดเลือดดำไม่ได้ แพทย์อาจให้ทางทวารหนักในขนาด 0.5 มก./กก. เพื่อให้เด็กหยุดชักและป้องกันเซลล์สมองถูกทำลายจากการชักนาน หากไม่หยุดชักแพทย์

อาจให้ซ้ำระยะห่าง 5-10 นาที ฤทธิ์ยาจะอยู่นาน 15 นาที ขณะให้ยาสังเกตการหายใจ เมื่อหยุดชักแล้วแพทย์จะให้ยาเพื่อป้องกันการชักซ้ำ เช่น ยา phenobarbital หรือ phenytoin^{1,11,13} และ 4) สังเกตและประเมินริมฝีปากปลายมือปลายเท้า ลักษณะการหายใจ วัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากการหยุดหายใจขณะชัก¹³

1.2 ดูแลไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการชัก โดย

1) จัดให้เด็กนอนบนเตียง ใช้ผ้านุ่มๆ เช่น ผ้าห่มหรือผ้าเช็ดตัว หนุนบริเวณใต้ศีรษะ ระวังแขนขากระแทกกับของแข็ง ของมีคม ยกไม้กั้นเตียงทั้งสองข้าง เก็บสิ่งของบนเตียงให้พ้นตัวเด็กขณะที่มีอาการชัก¹³ จัดสภาพแวดล้อมรอบเตียงให้เรียบร้อย 2) ฝ้าระงับอาการอย่างใกล้ชิด หมั่นสังเกตและตรวจเย็บอาการเด็กป่วยบ่อยครั้ง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้โต๊ะทำงานของพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว 3) ขณะที่มีการชัก ควรป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะจากการล้มศีรษะกระแทกพื้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กโรคลมชัก³ ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กขณะชัก ไม่กดหรือผูกมัดเด็ก ถ้าเด็กนั่งหรือยืนอยู่จัดให้เด็กนอนลงที่พื้น เพื่อป้องกันการบาดเจ็บส่วนต่างๆ ของร่างกาย และดูแลให้เด็กนอนตะแคงเพื่อป้องกันการสำลัก^{11,13} 4) แนะนำผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครองให้สังเกตอาการนำหรืออาการเตือน (aura) เช่น ปวดศีรษะ ได้ยินเสียงแว่ว ได้กลิ่นแปลกๆ ควรให้ผู้ป่วยเด็กนอนบนเตียงเพื่อป้องกันอาการบาดเจ็บ 5) แนะนำให้ผู้ปกครองสังเกตอาการชัก อาการเตือนก่อนชัก พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กกระหว่งชัก การปัสสาวะอุจจาระรด ความถี่ของการชัก หากมีอาการชักนานเกิน 5 นาที ให้รายงานพยาบาล¹

2. เสี่ยงต่อการชักซ้ำ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะชักซ้ำ พยาบาลมีบทบาท ดังนี้ 1) สังเกตและบันทึกลักษณะอาการชัก ระยะเวลาการชัก อาการแสดงขณะชัก อาการนำก่อนชัก 2) หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กชักซ้ำ เช่น ดูแลไม่ให้มีไข้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ 3) ดูแลให้เด็กได้รับยากันชักตามแผนการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากันชัก ดังนี้ (1) ดูแลให้ยา valium ตามแผนการรักษาทางหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ เพราะเด็กป่วยอาจหยุดหายใจได้ถ้าให้เร็วเกินไป การติดตามประเมินอัตราการหายใจและ

การเต้นของหัวใจ (2) การให้ยา dilantin ทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยเด็กขนาดบรรจุยา 250 mg/5 ml/vial ผสมใน 0.9% normal saline solution (0.9%NSS) เท่านั้น หลังผสมควรใช้ให้หมดภายใน 2 ชั่วโมง ไม่ควรแช่ยาในตู้เย็น และไม่ควรใช้ infusion pump ขณะให้ยาเพราะจะทำให้เกิดตะกอน ดูแลให้อย่างช้าๆ เพราะอาจทำให้หัวใจเต้นช้าผิดปกติ และความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 10-20 นาที โดยยาสามารถควบคุมอาการชักได้ดี ไม่เกิดการหายใจ และมีฤทธิ์อยู่นาน 24 ชั่วโมง ถ้าให้เร็วอาจทำให้หลอดเลือดดำอักเสบ รวมทั้งสังเกตผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน ชิม เติ่นเซ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก บวม สิวเพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงที่ต้องพึงระวัง ได้แก่ ตับอักเสบ แคลเซียมต่ำ ไข้ ต่อมไทรอยด์โต เส้นประสาทอักเสบ เป็นต้น รวมทั้งการสังเกตอาการแพ้ยา เช่น การมีผื่นขึ้น Stevens-Johnson Syndrome เป็นต้น^{1,11} 4) ติดตามผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์อาจทำให้การชักเพิ่มขึ้น 5) สอนผู้ดูแลและเด็กป่วยเกี่ยวกับการดูแลเมื่อมีอาการชัก หลีกเลี่ยงปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการชัก เช่น การติดเชื้อ การพักผ่อนไม่เพียงพอ การป้องกันอาการชัก และการดูแลเด็กป่วยขณะชัก ได้แก่ การจัดให้นอนตะแคงหน้า ดูแลไม่ให้มีอาหารค้างในช่องปาก ไม่บังคับปากหรือล้วงปากเด็ก^{2,11} 6) ฝึกทักษะผู้ดูแลในการเช็ดตัว ลดไข้ (sponging) ด้วยน้ำอุณหภูมิห้องนาน 15 - 20 นาที และต้องระมัดระวังไม่ให้เด็กมีอาการหนาวสั่น เพราะจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายและหลอดเลือดหดตัว (vasoconstriction) ความร้อนจึงไม่สามารถระบายออกจากร่างกายได้¹³ และ 7) เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องดูดเสมหะให้พร้อมใช้ เพื่อเตรียมพร้อมกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็กมีอาการชักนานและต่อเนื่อง¹¹

3. ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่ออาการชักและความเจ็บป่วยของเด็ก

การรักษาอาการชักมีเป้าหมายคือให้สามารถควบคุมอาการชักและลดการเกิดความรุนแรงของอาการชัก โดยการรักษาที่ถูกต้องตามอาการของโรคอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการดูแลและการป้องกันของผู้ดูแล ซึ่งจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการชัก การดูแลเด็กในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป การลดปัจจัยกระตุ้น รวมถึงการดูแลด้านอาหารที่เหมาะสมแก่เด็ก¹⁴ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักไม่

มากพอ และยังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม¹⁵ มีความวิตกกังวลกลัวเด็กจะชักซ้ำ กลัวเด็กเสียชีวิต¹¹ การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อการชักและความเจ็บป่วยของเด็ก พยาบาลมีบทบาท ดังนี้ 1) อธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงการดำเนินของโรครวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ 2) ให้โอกาสผู้ดูแลระบายถึงความวิตกกังวลและความรู้สึกของตนเอง และหากพบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียดหรือวิตกกังวลควรให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม² 3) ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการดูแลบุตรที่มีอาการชักอย่างจริงจัง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลบุตรที่ป่วยเหมือนเด็กคนอื่นๆ ไม่ปกป้องมากเกินไป ส่งเสริมให้บุตรทำกิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้เอง 4) ให้กำลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเกี่ยวกับการมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็ก¹¹ ซึ่งเด็กสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ ได้ แต่เพิ่มความระมัดระวัง ได้แก่ (1) การอาบน้ำ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำในอ่างน้ำ สระน้ำ หรือลำคลอง (2) การเตรียมอาหารควรระมัดระวังดูแลเด็กใกล้ชิดเมื่ออยู่ใกล้อาหารที่มีความร้อน น้ำมันทอดที่ร้อน (3) การเดินทาง เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก ควรดื่มน้ำจนกว่าจะสามารถควบคุมอาการชักได้ และแพทย์อนุญาต และ (4) การออกกำลังกาย สามารถทำได้ในเด็กที่สามารถควบคุมอาการชักได้อย่างน้อย 1 ปี สามารถเล่นกีฬาได้แต่ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีอุปกรณ์ป้องกันและดูแลโดยแบ่งความเสี่ยงของชนิดกีฬาได้ 3 ประเภท ได้แก่ กีฬาที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น เบสบอล โบว์ลิ่ง กอล์ฟ ปิงปอง เวท เทรนนิ่ง (Weigh training) โยคะ กีฬาที่มีความเสี่ยงปานกลาง เช่น บาสเกตบอล แล่นเรือ ฟุตบอล ยิมนาสติก (บนพื้น) ซี่มบ้า สเก็ตบอร์ด และกีฬาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยิมนาสติก (กบอุปกรณ์บนที่สูง) ฮอกกี้ กีฬาผาดโผน ดำน้ำ ปีนเขา วัยนักระยะไกล เป็นต้น¹

4. ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพร่องความรู้และทักษะในการดูแลเด็กเมื่อมีอาการชัก

การดูแลเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พยาบาลมีบทบาท ในการสร้างสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคลมชัก เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม ดังนี้

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก สาเหตุและแนวทางการรักษา ยาที่รับประทาน การใช้การรับประทานยาต่อวัน อาการแพ้ยา และผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น

ตลอดจนปฏิกิริยาระหว่างยากันชักและยาอื่นๆ ที่ใช้อยู่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักให้รับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอ^{1,16} ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการชัก โดยการจัดการภาวะไข้ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป¹⁴ รวมทั้งการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการชักเกิดขึ้น โดยผู้ดูแลจะต้องตั้งสติไม่ตื่นตระหนก ป้องกันการบาดเจ็บ โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางที่จะเป็นอันตราย ไม่กอดรัดผู้ป่วย หากผู้ป่วยชักแล้วมีอาการคัน ห้ามนำสิ่งใดๆ ใส่ในปากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจกัดสิ่งเหล่านั้นจนขาดและตกไปอุดหลอดลมได้ อาจให้น้ำยาหรืออาหารแก่ผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี และในขณะที่เด็กชักจัดให้เด็กป่วยนอนตะแคง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช็ดน้ำลายในปากและจมูกเพื่อป้องกันการอุดตันและการสำลัก¹¹ ควรจับเวลาว่ามีอาการชักนานเท่าไร ถ้าอาการชักนานกว่า 5 นาที หรือมีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำๆ กันหลายครั้ง ควรพาไปโรงพยาบาลทันที และการดูแลหลังจากผู้ป่วยหยุดชัก ควรจัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงเพื่อลดอาการสำลักเข้าหลอดลม¹ ซึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชักสามารถพัฒนาวัตกรรมการพยาบาล เช่น บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer Assisted Instruction: CAI) โปรแกรมการให้ความรู้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้ให้มีเพิ่มขึ้น¹⁵

2) การให้คำแนะนำในการติดตามการรักษา เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การปรับขนาดยาให้เหมาะสมโดยมีเป้าหมายให้ควบคุมไม่ให้มีอาการชักเลย การติดตามประเมินพัฒนาการและความสามารถทางการเรียน ซึ่งอาจเป็นผลจากโรคลมชักและ/หรือการรักษาที่ได้รับ¹⁷ รวมทั้งการติดตามดูแลให้เด็กโรคได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามวัย โดยจะต้องระมัดระวังในการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน (DTaP) ในเด็กโรคลมชัก ซึ่งจะต้องได้รับการแนะนำจากแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐ (CDC) แนะนำให้วัคซีน DTaP ในผู้ป่วยเด็กที่สามารถวินิจฉัยประเภทโรคลมชักและระบุระยะการดำเนินของโรคที่ชัดเจน เนื่องจากวัคซีนชนิดนี้เคยมีประวัติทำให้เกิดโรคไข้มองอักเสบที่ทำให้เด็กมีอาการวิกฤตระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีระยะเวลาในการชักที่นานขึ้นภายหลังการได้รับวัคซีน DTP หรือ DTaP มาแล้ว 7 วัน⁴

3) การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยากันชัก โดยการให้คำแนะนำแนวทางการป้องกันการล้มรับประทายาโดย (1) ให้เก็บยาในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้ในเวลาที่

ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาโดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละราย (2) หากล้มรับประทายาสามารถรับประทายาได้ทันทีที่นึกได้ หากไม่เกิน 2 ชั่วโมงจากเวลาที่รับประทานยาประจำ แต่ถ้านึกได้เมื่อใกล้ถึงเวลามื้อยามื้อถัดไปให้รับประทานยามื้อถัดไปในขนาดเท่าเดิม (3) การจัดทำแนวทางการแจ้งเตือนในการรับประทานยา เช่น ตั้งปลุกเตือนโดยใช้โทรศัพท์มือถือ การใช้ปฏิทินช่วยเตือนว่ารับประทานยาไปแล้วด้วยการขีดฆ่าที่ปฏิทินรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (4) สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะสามารถควบคุมอาการชักได้ดีขึ้น พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาขนาดเดิม ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (5) อธิบายผลข้างเคียงของยากันชักหากเกิดพิษที่รุนแรง เช่น เดินเซ ตากระตุก หากมีอาการแนะนำให้ผู้ป่วยรีบกลับมาพบแพทย์¹⁷

4) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยสามารถประเมินได้โดยตรงจากการตรวจติดตามระดับยาในร่างกาย การสังเกตเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้งที่น่ายาไปให้ตามเวลา หรือการประเมินทางอ้อมจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแล บันทึกการรับประทานยา การนับเม็ดยา เป็นต้น¹⁷

5) สร้างระบบการสื่อสารที่ผู้ดูแลเด็กโรค ลมชักสามารถติดต่อพยาบาลได้ 24 ชั่วโมง ผ่านหลากหลายช่องทาง ได้แก่ สื่อสังคมออนไลน์ หรือโทรศัพท์¹⁸ เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการของเด็กโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีมาตรการในการกำหนดมาตรการจำกัดการเดินทาง (lockdown) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีการติดต่อเพื่อขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการดูแลในเด็กที่เป็นโรคลมชักโดยเฉลี่ยรายละ 1-5 ครั้ง เช่นเมื่อมีสถานการณ์เด็กเกิดการชัก การเกิดโรคลมชักที่ควบคุมไม่ได้ อาการของผู้ป่วยที่แย่ลง การสอบถามเกี่ยวกับปริมาณยากันชักที่เด็กได้รับ การติดตามเวลาที่จะได้ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น¹⁹

6) จัดให้มีกระบวนการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชัก โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือกัน จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านจิตสังคม รับฟังปัญหาให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลเด็กโรคลมชักต่อเนื่องที่

บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{2,20}

7) การติดตามเยี่ยมบ้านเด็กเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การติดตามและประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเป็นระยะ การติดตามการรับประทานยากันชัก อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ ในรายที่ไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานยากันชักไม่ต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ ตลอดจนขนาดการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย เป็นต้น^{2,9}

8) การดูแลเด็กโรคลมชักต่อเนื่องในชุมชน ควรมีการเชื่อมประสานการดูแลระหว่างบ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแล โดยมีการสื่อสารการดูแลระหว่างพยาบาล กับครูที่โรงเรียน พี่เลี้ยงเด็ก อาสาสมัครด้านสุขภาพ รวมทั้งเพื่อนของเด็กให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการชัก รวมทั้งการจัดให้มีระบบการช่วยเหลือส่งต่อไปยังเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ²

บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ การชักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดการชัก การตรวจร่างกายเด็กโรคลมชัก การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องเพื่อนำสู่การระบุปัญหาทางการพยาบาล พยาบาลควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการป้องกันอันตรายจากภาวะชัก การป้องกันการชักซ้ำ การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล รวมทั้งการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก การเตรียมผู้ดูแลก่อนกลับบ้านในเรื่องการประเมินอาการชัก การดูแลช่วยเหลือเด็กเมื่อมีอาการชัก การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเชื่อมประสานกับระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชักที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for epilepsy. Bangkok: Tana Place; 2016. (in Thai)
2. Goddard A. Neurologic problems. In: Meadows-Oliver M, editor. Pediatric nursing made incredibly. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 262-67.
3. Tagher CG, Knapp LM. Pediatric nursing: a case-based approach. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. p. 397-400.
4. Rosenblum RK, Crawford DJ. Neurologic disorders. In: Maaks DG, Starr NB, Brady MA, Gaylord NM, Driessnack M, Duderstadt KG, editors. Pediatric primary care. Missouri: Elsevier; 2020. p. 990-93.
5. Miller K. Neurological disorders. In: Richardson B, editor. Pediatric primary care: practice guideline for nurses. Indiana: HealthNet; 2017. p. 531-33.
6. Aaberg kM, Gunnes N, Bakken IJ, Soraas CL, Berntsen A, Magnus P, et al. Incidence and prevalence of childhood epilepsy: a national cohort study. Pediatrics 2017; 139(5): e20163908.
7. Nikrothanond T, Limwattananon C, Limwattananon S. Medicine possession ratio of antiepileptics in pediatric patients with epilepsy in Queen Sirikit National Institute of child health. Journal of the Department of Medical Service 2020; 45(3): 98-106. (in Thai)
8. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connoll MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE commission for classification and terminology. Epilepsia 2017; 58(4): 512-21.
9. Sakulrungsjalas T. Effects of epilepsy on children: prevention and treatment. Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(4): 5-18. (in Thai)

10. Gremi D, Rakpraisuthepsiri N. Zonisamide: topical epilepsy drugs. Thai Journal of Hospital Pharmacy 2019; 29(3): 229-40. (in Thai)
11. Lamchang S. Nursing care for children with neurological disorders. In: Ngamsuoy A, Sonkongdang W, editors. Nursing care for children with health problems. Chiang Mai: Smart coating and service; 2018. p. 249-54. (in Thai)
12. Ariyaprapa P, Samantreeporn S, Toprayoon Y. Nurse's role with medical cannabis in treatment of refractory epilepsies in pediatrics. Journal of the Association of Researchers 2021; 26(2): 156-72. (in Thai)
13. Pidjadee C, Maytapattana M, Prasitsart N. Nurses' roles in caring children with febrile convulsion. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2021; 22(1): 29-37. (in Thai)
14. Anukunwathaka N, Aree P, Lamchang S. Factors predicting seizure prevention practice in children among caregivers. Nursing Journal 2017; 44(4): 1-12. (in Thai)
15. Jarintana P, Kongsaktrakul C, Visudtibhan A. The effects of ability promoting program for caregivers of school-age children with epilepsy using CAI on knowledge, perceived self-efficacy, and outcome expectancy. The journal of Faculty of Nursing Burapha University 2019; 27(1): 13-22. (in Thai)
16. Kangwal C, Kongsaktrakol C, Maneesriwongul W, Visudtibhan A. Factors related to medication adherence among children with epilepsy. Ramathibodi Nursing Journal 2017; 23(1): 44-59. (in Thai)
17. Wachiraphan A, Chuaichum C. Promoting medication adherence in patients with epilepsy. Journal of MCU Nakhondhat 2020; 7(3): 1-14. (in Thai)
18. Thongkhum N, Treenai S. The effect of a nursing care program using Swanson's Caring Model on drug administration behavior of school-age children with epilepsy parents. Journal of the Department of Medical Service 2021; 46(2): 15-23. (in Thai)
19. Panda PK, Dawman L, Panda P, Sharawat IK. Feasibility and effectiveness of teleconsultation in children with epilepsy amidst the ongoing COVID-19 pandemic in a resource-limited country. European Journal of Epilepsy 2020; 81: 29-35.
20. Wittawassamrankul R, Sribundit N, Bunchuailua W. Development of epilepsy care program for pediatric patients from stakeholder perspectives. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2022; 17(1): 13-29. (in Thai)

แนวทางการป้องกันโรค COVID-19 ในสถานที่พักชั่วคราวคนงานก่อสร้าง ในพื้นที่กองทัพบก

Advices for Preventing COVID-19 in Construction Workers' Camp, in The Army Area

เมธา กาญจนรินทร์*

Metha Kannirun*

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Phramongkutklao College of Medicine, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยมีคนประกอบอาชีพคนงานก่อสร้างเป็นจำนวนมาก การอยู่อาศัยมักอยู่รวมกันเป็นกลุ่มอย่างแออัด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการระบาดของโรคติดเชื้อโดยเฉพาะโรคโควิด-19 ได้สูงขึ้น มาตรการป้องกันโควิด-19 ในที่พักชั่วคราวคนงานก่อสร้างซึ่งประกาศทั้งจากกรมอนามัย และจากกรมแพทยทหารบก ต่างยังมีประเด็นที่ขาดการพิจารณาในบางหัวข้อ จึงควรมีการวิเคราะห์หามาตรการที่เหมาะสมมากขึ้น เพื่อปรับตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อในประเทศไทย รวมถึงนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ โดยการหาแนวทางป้องกันการแพร่กระจายโควิด-19 ที่เหมาะสม จะเป็นการช่วยควบคุมการแพร่กระจายโรคโควิด-19 ได้ในระดับประเทศไปในตัว หน่วยงานกองทัพบกที่มีการก่อสร้างในพื้นที่ควรเลือกมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันควบคุมโควิด-19 ในที่พักอาศัยชั่วคราวของคนงานก่อสร้าง โดยดำเนินการร่วมกันทั้งระดับนโยบาย ระดับบุคคล และระดับสิ่งแวดล้อม ตามมาตรการที่ได้ทำการเสนอแนะ เพื่อความปลอดภัยจากการแพร่กระจายของโควิด-19 ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ควรมีการติดตามข้อมูลข่าวสารใหม่เป็นระยะ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกัน, โควิด-19, ที่พักชั่วคราว

Abstract

In Thailand, there are many people make a living by being construction worker. The workers tend to live in crowded group, result in higher risk of spreading of COVID-19. From the "Measure to prevent the spread of COVID-19" published either by Department of Health, Ministry of Public Health, or by Division of Health Promotion and Preventive Medicine, Royal Thai Army Medical Department, still missing in some parts that could be fulfilled to accommodate the situation as it alters periodically. The army should choose "COVID-19 preventive measure in workers' camp" proposed from this study, and conduct simultaneously in all levels (policy, personal, environment) in order to create a better workers' camp. And there should be update for latest information periodically as the newer guideline comes out in the future.

Keyword: Prevention, COVID-19, Camp

Corresponding Author: *E-mail: Phramongkutklao@gmail.com

วันที่รับ (recieved) 22 มี.ค 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 มิ.ย. 2565

บทนำ

จากข้อมูลรายงานและแถลงการณ์การติดเชื้อโดยกรมควบคุมโรค¹ พบสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยแบ่งเป็น 4 ระลอกใหญ่ เริ่มจากการเริ่มระบาดครั้งแรกในช่วงเดือนมกราคม 2563 โดยพบว่าสายพันธุ์ Wuhan เป็นสายพันธุ์หลักในการแพร่ระบาด มีจำนวนผู้ติดเชื้อสายพันธุ์นี้ทั้งสิ้นประมาณ 4,000 คน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 60 คน ในระลอกที่สองเริ่มช่วงเดือนธันวาคม 2563 แนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากขึ้นหลายเท่าตัว โดยสายพันธุ์หลักที่เป็นสาเหตุการแพร่กระจายครั้งนี้คือสายพันธุ์ G พบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากสายพันธุ์นี้ประมาณ 28,000 คน และ 30 คน ตามลำดับ ต่อมาระลอกที่สาม เป็นระลอกที่พบการแพร่กระจายมากที่สุดในประเทศไทย เริ่มในช่วงเดือนเมษายน 2564 สายพันธุ์ที่เป็นตัวการหลักคือสายพันธุ์ Alpha และสถานการณ์หนักมากขึ้นเมื่อสายพันธุ์ Delta ได้เข้ามาเกิดการระบาดในประเทศไทย พบการติดเชื้อสูงถึงประมาณ 2,200,000 คน และมีผู้เสียชีวิตมากถึงประมาณ 21,600 คน ซึ่งถือเป็นจำนวนมากที่สุดตั้งแต่มีการระบาดมา โดยช่วงที่พบการระบาดมากที่สุดจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงเกินกว่า 23,000 คน และระลอกปัจจุบันระลอกที่สี่ เริ่มต้นตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 โดยสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการระบาดระลอกนี้คือสายพันธุ์ Omicron ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยรายใหม่ค่อนข้างสูงมากไม่ต่างจากสายพันธุ์ Delta จากข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุดเกินวันละ 25,000 คน

ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 มีการรายงานการพบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนของผู้ป่วย COVID-19 ใหม่ในบริเวณที่พักอาศัยของกลุ่มคนงานก่อสร้าง (แคมป์คนงานก่อสร้าง) ภายในจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นจำนวนมาก ยกตัวอย่าง² การติดเชื้อ COVID-19 เป็นกลุ่มก้อนที่ตรวจพบ ได้แก่ แคมป์คนงานก่อสร้างซอยรามคำแหง 7 เขตบางกะปิ พบผู้ติดเชื้อ 164 คน จากการตรวจทั้งหมด 241 คน (ประมาณ 68%) อีกแห่งคือแคมป์คนงานก่อสร้างสีลมซอย 9 เขตบางรัก พบผู้ติดเชื้อ 126 คน จากการตรวจทั้งหมด 257 คน (ประมาณ 49%)²

ต่อมาในสถานการณ์ปัจจุบัน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ที่ผ่านมา พบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนของโรค COVID-19 ในที่พักชั่วคราวของคนงานก่อสร้างอีกระลอก เช่น การติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนในแคมป์คนงานก่อสร้างพื้นที่เขตดอนเมือง³ พบผู้ติดเชื้อสะสมแล้ว 228 คน คิดเป็นร้อยละ 30.01 จากคนงาน

ทั้งหมดในพื้นที่นั้น ๆ และแคมป์คนงานก่อสร้างในพื้นที่เขตหลักสี่⁴ ตรวจพบผลบวกยืนยัน 96 ราย จากคนงานทั้งหมด 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.00 และพบผู้สัมผัสเสี่ยงสูงอีกเป็นจำนวนมากในที่พักชั่วคราวคนงาน จึงทำการตรวจหาผู้ติดเชื้อเพิ่มเติม ผลปรากฏว่าพบคนงานติดเชื้อเพิ่มเติม 288 ราย (รวมทั้งสิ้น 384 คน) จากคนงานทั้งหมด 845 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.44 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สูงมาก

ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลให้หลาย ๆ อาชีพต้องมีการปรับตัว โดยเฉพาะอาชีพที่ต้องทำงานร่วมกับผู้คนจำนวนมาก เช่น อาชีพครูอาจารย์⁵ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล⁶ เป็นต้น เพื่อการอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยในสังคม และเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อก่อโรค

อาชีพคนงานก่อสร้าง^{5,7,8} เป็นอีกอาชีพที่มีจำนวนมากในประเทศไทย⁹ การปฏิบัติงานมักกระทำร่วมกันทีละหลายคน เนื่องจากต้องมีการทำงานประสานกันในหลายขั้นตอน และเพื่อความรวดเร็วของการก่อสร้าง ยิ่งสิ่งปลูกสร้างมีขนาดใหญ่ ยิ่งต้องใช้คนงานที่มากขึ้นตาม เป็นเหตุให้คนงานก่อสร้างมักอยู่กันเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ เมื่อมีงานก็จะเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ที่ได้รับงานมาทั้งกลุ่ม แต่เนื่องจากอาชีพนี้มักมีรายได้ไม่สูงนัก การอยู่อาศัยจึงมักจะอยู่ร่วมกันอย่างแออัด เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย หากมีผู้ติดเชื้อก่อโรคชนิดที่สามารถติดต่อกันได้โดยง่ายอยู่ในที่พักอาศัยลักษณะเช่นนี้ จะมีโอกาสเกิดการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว ก่อปรกับการอยู่กันอย่างแออัด มักจะส่งผลให้สุขลักษณะในภาพรวมนั้นมีคุณภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เรื่องการประกอบอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การสุขาภิบาลที่ไม่สะอาดเท่าที่ควร และห้องพักอาศัยที่มีการหมุนเวียนอากาศไม่เพียงพอ มักเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรคได้โดยง่ายมากขึ้นไปกว่าเดิม

ในหน่วยงานทางทหารมีการทำการก่อสร้างเช่นกัน โดยผู้ทำงานในหน่วยงานทหารต่างจากการก่อสร้างทั่วไปที่มีการกำหนดบริเวณที่พักให้จากผู้จ้างงาน ผู้ทำงานก่อสร้างในหน่วยงานทางทหาร จะเป็นการใช้กำลังพลสนับสนุนมาจากหน่วยต่าง ๆ ทั่วประเทศที่อยู่ภายใต้กองทัพบกเช่นเดียวกัน หรืออาจใช้การจ้างงานจากผู้ประกอบการภายนอกร่วมด้วย หากจำเป็น ทางหน่วยงานจะมีการจัดเตรียมที่พักให้ผู้ทำงาน แต่ไม่ได้บังคับว่าต้องพักอาศัยในพื้นที่ทำงาน บางส่วนจึงมีการเดินทางไปกลับจากที่พักอาศัยและสถานที่ก่อสร้างหากไม่ต้องการพักในสถานที่ที่จัดเอาไว้ ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการรับ

เชื้อเข้ามาแพร่กระจายในบริเวณที่ทำงานและที่พักชั่วคราว หรือมีการรับเชื้อจากในพื้นที่ทำงานแล้วกระจายไปยังพื้นที่ ภูมิลำเนาของผู้ทำงานได้

จากรายงานสถานการณ์ดังกล่าว ร่วมกับลักษณะ การอยู่อาศัยของคนงานในพื้นที่ที่หน่วยงานทหารจัดหาให้ ร่วมกับการที่คนงานนั้นมีหลายสัญชาติ ส่งผลให้วัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้นมีความแตกต่างกันด้วย แสดงให้เห็นว่าหากไม่มีการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังกลุ่มคนงาน ก่อสร้างในหน่วยงานทหารอย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิด เหตุการณ์ติดเชื้อของผู้คนจำนวนมากในหลายพื้นที่ และอาจ บานปลายกลายเป็นการแพร่กระจายของเชื้อไปยังพื้นที่ชุมชน ต่าง ๆ ได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบมาตรการ ที่ประกาศโดยกรมอนามัยและกรมแพทยทหารบก และเพื่อนำ เสนอแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมการแพร่กระจาย โรค COVID-19 ในที่พักชั่วคราวของคนงานก่อสร้าง ในพื้นที่ กองทัพบก

มาตรการประกาศโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ทางกรมอนามัยได้ออกประกาศคำแนะนำด้าน สาธารณสุขสำหรับสถานที่ก่อสร้าง และที่พักคนงานก่อสร้าง ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)¹⁰ ดังนี้

ด้านระบบนโยบายของสถานที่ มีการแนะนำให้ กำหนดนโยบายอาชีวอนามัยและความปลอดภัย พร้อมออก แนวทางปฏิบัติ Standard Safety Operation Procedure (SSOP) การป้องกันโรคโควิด-19 โดยให้ปฏิบัติตามกันทั้งผู้ที่อยู่ ภายใน และผู้เข้ามาติดต่อกัน จัดให้มี Safety Talk กับคนงาน เกี่ยวกับการป้องกันโรคทุกเช้า แนะนำให้มีการทำทะเบียนราย ชื่อและข้อมูลติดต่อทุกคนที่เกี่ยวข้อง สถานที่ก่อสร้างและ แคมป์ที่พักแรงงานต้องกำหนดทางเข้า-ออกสถานที่ให้ชัดเจน เพื่อควบคุมการเข้าออกของสถานที่ และให้มีการจัดหาสื่อ ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มาเผยแพร่ด้วย ภาษาที่แรงงานสามารถเข้าใจได้

สถานที่ก่อสร้างและแคมป์ที่พักแรงงานต้องมีระบบ คัดกรอง โดยการวัดไข้ พร้อมสังเกตอาการเสี่ยง หรือหากพบ มีประวัติเดินทางไปในสถานที่เสี่ยง หรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ ให้หัวหน้าคนงานหรือผู้ได้รับมอบหมาย พิจารณาห้ามเข้าพื้นที่ ปฏิบัติงาน และแยกกันไว้ในบริเวณที่กำหนด ก่อนส่งให้ตรวจ

คัดกรองหรือพบแพทย์ และให้หยุดปฏิบัติงาน

พิจารณาดังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความแออัด จัดให้มี การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1-2 เมตร หากพื้นที่ ไม่เพียงพออาจใช้ฉากกั้น ในทุก ๆ กิจกรรม เช่น การซื้อของ การรับประทานอาหาร รวมถึงการรับ-ส่งพนักงาน และรณรงค์ ให้แต่ละคนงดการรวมกลุ่ม และเลี่ยงการเดินทางไปยังที่แออัด ทุกคนต้องสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา หากในที่พักมีพื้นที่จำกัด ต้องสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากาก อนามัย เมื่อต้องมีการพูดคุยในระยะใกล้ และไม่นำมือมาสัมผัส ใบหน้า ตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น และควรจัดให้มีที่ล้างมือ พร้อมสบู่ หรือจุดบริการเจลแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอ ทั้งในพื้นที่ บริเวณก่อสร้าง และแคมป์แรงงาน

ด้านอุปกรณ์เครื่องใช้ ต้องมีการจัดทำให้เพียงพอ ต่อจำนวนคน จัดหาหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย และ อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม และ เพียงพอ รวมถึงอุปกรณ์ส่วนตัวอื่น ๆ ต้องแยกของแต่ละบุคคล ไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน

ให้มีการทำความสะอาดสถานที่ ห้องพัก และบริเวณ พื้นที่ส่วนกลางหรือพื้นที่ที่ใช้ร่วมกันทั้งในสถานที่ก่อสร้าง และที่พักแรงงานก่อสร้าง เป็นประจำทุกวัน และให้มีการระบาย อากาศที่ดี แสงแดดส่องถึง ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในจุดที่มีการสัมผัส ร่วมกัน เช่น ลูกบิดประตู ราวจับ สวิตช์ไฟ ก๊อกน้ำ เป็นต้น อย่างสม่ำเสมอ ควรจัดให้มีอุปกรณ์เสริมหรือปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่ เพื่อการลดสัมผัส จัดให้มีห้องน้ำและห้องส้วมแยก และจัดให้ อ่างล้างมือ ที่สำหรับล้างปากหรือที่แปรงฟัน เป็นสัดส่วน งดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรค เช่น ไม่ถ่มน้ำลายหรือ บ้วนปากลงพื้น ทั้งขยะในถังขยะ

จัดให้มีถังขยะมูลฝอยแบบมีฝาปิด รวบรวมขยะ ทิ้งไปใส่ถังขยะ มัดปากถุงให้แน่น และนำไปทิ้งในจุดรวบรวม ขยะที่จัดเตรียมไว้ และรวบรวมขยะออกจากพื้นที่ทุกจุด เพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกต้องทุกวัน พร้อมจัดให้มีการรวบรวมน้ำ เสีย หรือน้ำที่ใช้แล้ว ไม่ให้ท่วมขังในพื้นที่โดยรอบสถานที่ ก่อสร้างและแคมป์แรงงาน

หากภายในแคมป์มีร้านอาหารหรือ เครื่องดื่ม หรือมีการประกอบอาหารในครัวเรือน ให้มีการ ควบคุมให้ปฏิบัติตามแนวทางสุขอนามัย และให้มีการควบคุม และมีระบบที่สามารถติดตามผู้จำหน่ายสินค้าหรือผู้ประกอบ อาหารได้

ติดตามข้อมูลข่าวสาร หาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน

ตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และหมั่นสังเกตตนเอง และบุคคลในครอบครัว หากมีอาการผิดปกติให้หยุดปฏิบัติงาน แจ้งหัวหน้างานหรือนายจ้าง และรีบไปพบแพทย์

วางระบบรองรับเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของกิจการ รวมทั้งแผนเผชิญเหตุ พร้อมทำความเข้าใจ และซักซ้อมแผน กับแรงงาน กำหนดผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด จัดให้มีบริเวณสำหรับแยกผู้มีอาการป่วยระบบทางเดินหายใจ ออกจากผู้มีอาการป่วยระบบอื่น รวมทั้งจัดเตรียมสถานที่รองรับ สำหรับการแยกสังเกตอาการ พิจารณาการอพยพโยกย้ายคนงานที่ไม่ป่วย หรือการทำ Bubble and seal รวมถึงมาตรการ การรับผู้ป่วยที่หายแล้วกลับมาปฏิบัติงาน

ให้ผู้ปฏิบัติงานสังเกตอาการตนเองหรือประเมิน ตนเองก่อนออกจากบ้าน หรือที่พักอาศัย ด้วยแอปพลิเคชัน Thai Save Thai หรือแอปพลิเคชันของทางราชการ หรือหน่วยงานกำหนด หากพบอาการผิดปกติหรือมีความเสี่ยงสูงให้แจ้ง หัวหน้างาน เพื่อพิจารณาหยุดปฏิบัติงาน

มาตรการที่ประกาศโดยกรมแพทย์ทหารบก กองทัพบก

ทางกองส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน กรม แพทย์ทหารบก ได้ประกาศคำแนะนำในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในงานก่อสร้าง¹¹ ดังนี้

กำหนดนโยบาย คำสั่ง หรือแนวทางในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และมีผู้รับผิดชอบ ชัดเจน ทำการสื่อสารนโยบายให้กับคนงานให้รับทราบ ร่วมกับการทำ Safety talk ในแต่ละวัน ควรมีการแต่งตั้ง ผู้แทนคนงานเป็นอาสาสมัครแรงงานต่างด้าว (อสต.) เพื่อช่วย ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่าง ๆ และช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและนายจ้างในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ของคนงาน กำหนดเส้นทางเข้าออกที่พักและที่ทำงาน โดยไม่ให้ปะปนกับบุคคลอื่น รวมถึงจัดทำสื่อภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ เช่น ภาษาเมียนมาร์ ภาษากัมพูชา ภาษาลาว เป็นต้น เพื่อคนงาน จะสามารถเข้าใจในมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ควรมีการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานสำหรับ แรงงานใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตรวจหาเชื้อ SAR COV-2 พิจารณาการประเมิน Work permit โดยเฉพาะในแรงงาน ต่างด้าว และให้มีการคัดกรองสุขภาพก่อนเข้าทำงานทุกวัน โดยการวัดอุณหภูมิ ควรมีการใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ

ก่อนและหลังทำงาน และใช้หมอนชนะ ตลอดเวลา

มีการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลในการทำกิจกรรม ต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การเดินทาง ไม่รับประทานอาหารหรือพูดคุยกันระหว่างเดินทาง ควรมีการเหลื่อมเวลา อาบน้ำและการรับประทานอาหาร และควรงดรวมกลุ่ม สังสรรค์ เช่น ทานข้าวร่วมกัน ดื่มสุรา ร่วมกัน

ให้มีการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ควรมีการล้างมือโดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหารและ หลังการใช้สุขา เพิ่มจุดล้างมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่รับ ประทานอาหาร ที่พัก และห้องสุขา รวมถึงสบู่เหลว หรือ แอลกอฮอล์ และกระดาษชำระในการเช็ดมือ ถึงขยะในการทิ้ง กระดาษชำระ

จัดระบบรองรับการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การจัดหาอาหาร น้ำดื่ม เครื่องอุปโภค และของใช้ประจำวันของ คนงานให้เพียงพอ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน

ควรมีการทำความสะอาดพื้นที่ และอุปกรณ์ที่มี การหยิบจับอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการเช็ดถู และไม่ใช้การฉีด พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อที่ตัวบุคคล และสถานที่ รวมถึงในที่พักอาศัย เน้นย้ำการคัดแยกขยะให้ถูกต้อง และให้มีการระบายอากาศ ภายในที่พัก โดยการเปิดประตู หน้าต่าง หลังเข้าที่พักอย่างน้อย 30 นาที

จัดทำแผนเผชิญเหตุที่สมบูรณ์ ตั้งแต่การแจ้ง หน่วยงานของรัฐ การสอบสวนโรค การควบคุมพื้นที่ ระบบ ส่งต่อเพื่อรักษาพยาบาล การโยกย้ายคนงานที่ไม่ป่วย การสื่อสารความเสี่ยงให้กับคนงาน และควรมีพื้นที่กักตัว 14 วัน สำหรับคนงานใหม่ที่จะเข้ามาในระบบหรือคนงานที่กลับจาก พื้นที่เสี่ยง และดูแลในเรื่องความสะอาด และความเป็น ระเบียบเรียบร้อยของพื้นที่กักตัว พิจารณาใช้ระบบ Bubble and Seal เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังป้องกัน และควรมีการ ประเมิน Return to work ก่อนกลับมาทำงาน สำหรับคนงาน ที่เจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อนี้

ด้านความปลอดภัย ควรมีการจัดเวรยาม ในการดูแล ความเรียบร้อยในพื้นที่พักอาศัยของคนงาน มีจุดปฐมพยาบาล ในพื้นที่ก่อสร้างและพื้นที่พักอาศัยของคนงาน และหากเกิด ความเจ็บป่วยใด ๆ ควรมีการดำเนินการด้านสิทธิการรักษา พยาบาลให้กับคนงาน

เปรียบเทียบมาตรการการป้องกันในแคมป์คนงานก่อสร้าง ระหว่างกรมอนามัย และกรมแพทยทหารบก

เมื่อแบ่งพิจารณาเป็นมาตรการ 3 ระดับ และทำการ
เปรียบเทียบมาตรการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กับกรมแพทยทหารบก พบว่ามาตรการส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน
ในประเด็นเหล่านี้

มาตรการระดับนโยบาย

การกำหนดนโยบายอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
โดยเพิ่มการป้องกัน COVID-19, การคัดกรองก่อนเข้าทำงาน,
การทำ Bubble and Seal, การทำ Safety talk, การกำหนด
เส้นทางเข้าออกสถานที่, การใช้แอปพลิเคชันช่วยการคัดกรอง

อย่างสม่ำเสมอ, การจัดเตรียมเครื่องอุปโภค บริโภคให้เพียงพอ,
หากมีการรับส่งพนักงาน ควรมีการเว้นระยะห่างที่เหมาะสม,
ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน โดยเฉพาะแรงงานเข้าใหม่,
กำหนดแผนเผชิญเหตุ, เตรียมพื้นที่พร้อมสำหรับการกักตัว,
ทำสื่อในหลายภาษาเพื่อให้คนงานเข้าใจ

มาตรการระดับบุคคล

การแยกอุปกรณ์เครื่องใช้, การเว้นระยะห่างระหว่าง
บุคคล, การสวมใส่หน้ากากตลอดเวลา, งดรวมกลุ่มสังสรรค์

มาตรการระดับสิ่งแวดล้อม

การทำความสะอาดสถานที่, เพิ่มจุดล้างมือทำความสะอาด
และสบู่หรือแอลกอฮอล์, การจัดการด้านขยะมูลฝอย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบมาตรการป้องกันโควิด-19 ที่แตกต่างกันของกรมอนามัยและกรมแพทยทหารบก

	มาตรการของกรมอนามัย	มาตรการของกรมแพทยทหารบก
มาตรการเชิงนโยบาย	1. พิจารณาดังกิจกรรมที่ทำให้เกิดความแออัด โดยถือหลักหลีกเลี่ยงการติดต่อสัมผัสระหว่างกัน 2. กำหนดมาตรการเพื่อลดความแออัด 3. มีการกำกับติดตามให้ผู้ปฏิบัติงานแรงงานก่อสร้าง ผู้มาติดต่อทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด 4. จัดทำทะเบียนแรงงาน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับเหมา ผู้รับจ้าง และผู้มาติดต่อ 5. ผู้ปรุงประกอบอาหาร สวมหน้ากากขณะประกอบอาหาร ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนหยิบหรือจับอาหาร ปกปิดอาหารให้สะอาดเสมอ ใช้ถุงมือและปากคีบหยิบจับอาหาร และใช้ช้อนกลางส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณจุดเสี่ยงบ่อย ๆ	1. ควรมีจุดปฐมพยาบาลในพื้นที่ก่อสร้างและพื้นที่พักอาศัยของคนงาน 2. ทุกหน่วย แรงงานต่างด้าวมี work permit 3. ควรมีการแต่งตั้ง ผู้แทนคนงาน เป็น อาสาสมัครแรงงานต่างด้าว (อสต.) เพื่อช่วยในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ข่าวสารต่าง ๆ และช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและนายจ้างในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ของคนงาน 4. ควรมีการเหลื่อมเวลาอาบน้ำ และรับประทานอาหาร 5. ควรมีการจัดเวรยามในการดูแลความเรียบร้อยในพื้นที่พักอาศัยของคนงาน 6. ควรใช้ระบบ Bubble ในแรงงานไทย 7. ควรมีการดำเนินการด้านสิทธิการรักษาพยาบาลให้กับคนงาน
มาตรการระดับบุคคล	1. ไม่ไปในสถานที่ที่มีคนแออัด 2. ติดตามข้อมูลข่าวสาร หาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 3. งดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรค 4. หมั่นสังเกตตนเองและบุคคลในครอบครัว	1. ควรมีการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการใช้สุขา 2. ให้มีการตรวจประเมิน Return to work ก่อนกลับเข้าทำงาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบมาตรการป้องกันโควิด-19 ที่แตกต่างกันของกรมอนามัยและกรมแพทยทหารบก (ต่อ)

มาตรการระดับ สิ่งแวดล้อม	1. จัดให้มีการรวบรวมน้ำเสีย หรือน้ำที่ใช้แล้ว ไม่ให้ท่วมขังในพื้นที่โดยรอบ 2. จัดให้มีอุปกรณ์เสริมหรือปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่เพื่อการลดสัมผัส 3. รายละเอียดด้านการจัดการขยะมูลฝอย	1. ควรมีการระบายอากาศที่พัก โดยการเปิดประตู หน้าต่าง หลังเข้าที่พักร้อยละน้อย 30 นาที

มาตรการที่เหมาะสม

จากการพิจารณามาตรการของทั้ง 2 หน่วยงาน แนวคิดมาตรการที่เหมาะสม ควรเป็นดังนี้

มาตรการเชิงนโยบาย

1. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบการกำกับดูแลผู้ทำงานในแต่ละพื้นที่พักอาศัย เพื่อทำหน้าที่สังเกตการณ์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติ และตักเตือนผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อความปลอดภัยในภาพรวม

2. คัดกรองอาการเบื้องต้นก่อนการเข้างานเสมอ ร่วมกับมีการทำบันทึกการเข้าออกสถานที่ เพื่อความสะดวกในการระบุตัวตนผู้มีความเสี่ยงหากเกิดการระบาด และกำหนดเส้นทางการเข้า-ออกสถานที่อย่างชัดเจน

3. ตรวจคนงานเข้าใหม่โดยละเอียดในครั้งแรกที่เข้ามาในสถานที่พักอาศัย

4. ทำ Safety talk อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหากมีการติดเชื้อ และให้ได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่เป็นระยะ เพื่อการปฏิบัติที่เหมาะสม

5. จัดทำสื่อในภาษาตามสัญชาติของแรงงานที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทั่วถึง

6. พิจารณาจัดการจัดกิจกรรมที่มีความแออัด เน้นย้ำเรื่องการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล และจำกัดจำนวนผู้อาศัยในแต่ละพื้นที่ และเหลื่อมช่วงเวลาการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ

7. พิจารณาใช้อุปกรณ์ทดแทนการสัมผัส เช่น การใช้ประตูอัตโนมัติแทนการใช้ลูกบิดหรือมือจับ การใช้ก้อนน้ำและที่บีบเจลแอลกอฮอล์ชนิดเซนเซอร์แทนที่เปิดปิด เป็นต้น

8. หากมีการรับส่งคนงานจากที่พักอาศัยไปที่ทำงาน ควรมีการระบุตำแหน่งการโดยสารที่ชัดเจน และมีการเว้นระยะห่างที่เหมาะสม ร่วมกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิด

การแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น การพูดคุย การรับประทานอาหารระหว่างการโดยสาร

9. กำหนดแผนเผชิญเหตุกรณีตรวจพบผู้ป่วย และเตรียมพร้อมสถานที่กักตัวหากพบการติดเชื้อ โดยอาจติดต่อสถานที่ที่ส่วนกลางจัดให้ หรือจัดทำสถานที่ขึ้นเอง หากมีทรัพยากรเพียงพอ

10. ผู้ประกอบอาหารควรปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจาย COVID-19 อย่างเคร่งครัด

มาตรการระดับบุคคล

1. เน้นย้ำการสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อเข้ามาในพื้นที่ส่วนรวม

2. รณรงค์การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนการรับประทานอาหาร และหลังการใช้สุขา

3. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่ที่มีผู้คนแออัด และหลีกเลี่ยงกิจกรรมสังสรรค์

4. แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนบุคคลอย่างชัดเจน

มาตรการระดับสิ่งแวดล้อม

1. กำหนดให้มีการทำความสะอาดพื้นที่ส่วนรวมเป็นระยะ โดยเฉพาะจุดที่มีการสัมผัสร่วม

2. เพิ่มจุดล้างมือ และสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ให้เพียงพอต่อผู้อาศัย

3. พิจารณาจัดที่พักอาศัยเป็นลักษณะที่พักเดี่ยว โดยอาจอยู่รวมกันหลายคนได้ในหนึ่งที่พัก ทดแทนการให้อาศัยเป็นหอรวม เนื่องจากหากเกิดการระบาด จะช่วยจำกัดวงแพร่กระจายได้ ร่วมกับจัดทำที่กันระหว่างเตียงผู้อยู่อาศัย อาจใช้เป็นม่านกัน หรือแผ่นพลาสติกใส

4. วางระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมทิศทางการหมุนเวียนอากาศที่เหมาะสม

5. มีระบบการแยกแยะและส่งต่อขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบ และมีระบบการระบายสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน

มาตรการที่เสนอ มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

มาตรการการหลีกเลี่ยงการไปยังสถานที่แออัด การทำอุปกรณ์ช่วยลดการสัมผัส การจัดการขยะมูลฝอย และข้อควรคำนึงเกี่ยวกับการประกอบอาหาร มีความเห็นสอดคล้องไปกับมาตรการของกรมอนามัย¹⁰ โดยการหลีกเลี่ยงการไปยังสถานที่แออัด เป็นมาตรการที่ควรเน้นย้ำในช่วงที่มีการแพร่ระบาดติดต่อได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อสายพันธุ์ Omicron แต่ควรเพิ่มเติมเรื่องการเลี่ยงจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการรวมตัวด้วย ส่วนการจัดทำอุปกรณ์ช่วยลดการสัมผัสเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สมควรทำ เพราะเชื้อโควิด-19 มีช่องทางการแพร่กระจายที่สำคัญนอกเหนือจากลมหายใจ คือการสัมผัสและติดต่อทางเยื่อเมือก หากเลี่ยงการสัมผัสร่วมได้ จะเป็นการช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ ด้านการทิ้งขยะควรยึดถือรายละเอียดตามมาตรการที่กรมอนามัยประกาศ เนื่องจากมีรายละเอียดในการดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ประเด็นการทำให้ระเบียบรายชื่อผู้เข้าสถานที่เป็นสิ่งที่จะต้องทำ เพื่อความสะดวกในการติดตามหากพบการแพร่ระบาดของเชื้อ จะช่วยลดการแพร่กระจายไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้ด้วย และประเด็นเรื่องการประกอบอาหารก็เป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเช่นกัน เพราะหากผู้ประกอบการมีเชื้อก่อโรคอยู่ในตัว หากไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม จะทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังผู้บริโภคได้

ให้มีการเหลื่อมเวลาการทำงานกิจกรรม โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้คนจะมีการถอดหน้ากากออก เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ และควรเน้นย้ำให้ล้างมืออย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะช่วงก่อนการรับประทานอาหาร เนื่องจากในระหว่างวัน มือของคนงานอาจมีการสัมผัสสัมผัสเข้ามาโดยไม่ตั้งใจจากการทำงาน และช่วงหลังจากการใช้ห้องสุขา เนื่องจากเชื้อ COVID-19 สามารถเกิดการแพร่กระจายผ่านทางอุจจาระได้ สอดคล้องกับประกาศมาตรการป้องกันของกรมแพทยทหารบก¹¹

การทำ Work permit และประเด็นการจัดให้มีผู้แทนแรงงานต่างด้าวเป็นแนวคิดที่ดี แต่ควรมีการตรวจคัดกรองและการแต่งตั้งตัวแทนแรงงานไทยด้วยเช่นกัน จึงควรจัดให้มีมาตรการคัดกรองทั้งคนไทยและต่างชาติ และให้มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในภาพรวมแทน ส่วนเรื่องการหมุนเวียนอากาศ ควรมีการคำนึงถึงการหมุนเวียนอากาศตั้งแต่ช่วงการจัดทำที่พัก แทนการกำหนดมาตรการให้เปิดปิดหน้าต่างเป็นระยะเวลา เนื่องจากในทางปฏิบัติจริงอาจเป็นไปได้ยากที่จะขอให้คนงานปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ จึงเสนอให้มีการจัดการหมุนเวียน

อากาศที่เหมาะสมตั้งแต่ตัวสถานที่พักอาศัย สอดคล้องกับคำแนะนำจากมาตรฐานสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยแห่งชาติ (Occupational Safety and Health Administration : OSHA) กระทรวงแรงงาน ประเทศสหรัฐอเมริกา (Department of Labor, United States of America)¹²

ส่วนประเด็นเรื่องการแนะนำให้คนงานทำการติดตามข่าวสารเองนั้นอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากคนงานส่วนใหญ่ มักเหนื่อยล้าจากการทำงาน จึงไม่ค่อยใส่ใจในการติดตามข้อมูลเองเท่าไรนัก สมควรให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง (ที่ได้รับแต่งตั้งไว้ตามมาตรการที่นำเสนอ) ที่คอยติดตามข่าวสารแล้วเป็นผู้มาช่วยกำกับดูแลในภาพรวม และให้ข้อมูลการสื่อสารที่เข้าใจได้ง่ายแก่คนงาน และเรื่องการทำ Bubble นั้น ปัจจุบันมีแนวโน้มที่โควิด-19 จะกลายเป็นโรคที่มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันในที่สุด การทำ Bubble นี้อาจส่งผลให้การดำรงชีวิตเป็นไปโดยลำบากในระยะยาว เนื่องจากการทำงานไม่ว่าอาชีพใด ต้องมีการประสานงานระหว่างแต่ละหน้าที่อยู่เป็นประจำ การจะกำหนดให้มีการทำ Bubble อย่างต่อเนื่องไปจึงอาจเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก นอกจากนั้นมนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องมีการอยู่อาศัยอย่างเป็นสังคม ร่วมกับปัจจุบันในประเทศไทยได้มีการประกาศแนวทางแผนการปรับให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น¹³ จึงควรเน้นย้ำไปที่การป้องกันการติดเชื่อจากหลักการสุขอนามัยเป็นหลัก

สำหรับประเด็นอื่น ๆ ที่มีทั้งในประกาศของกรมอนามัยและกรมแพทยทหารบก ซึ่งเป็นสิ่งที่สมควรทำและมีแนวโน้มสามารถปฏิบัติได้จริง ได้นำมาใส่รวมในมาตรการที่เสนอแนะแล้ว

สรุป

เนื่องจากคนงานก่อสร้างเป็นอาชีพที่มีจำนวนมากในประเทศไทย การหาแนวทางป้องกันการแพร่กระจายโควิด-19 ที่เหมาะสม จะเป็นการช่วยควบคุมการแพร่กระจายโรคโควิด-19 ได้ในระดับประเทศ หน่วยงานกองทัพบกที่มีการก่อสร้างในพื้นที่รับผิดชอบควรเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันควบคุมโควิด-19 ในที่พักอาศัยชั่วคราวของคนงานก่อสร้าง โดยจะต้องดำเนินการร่วมกันทั้งระดับนโยบาย ระดับบุคคล (นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้มาติดต่อ) และระดับสิ่งแวดล้อม ตามมาตรการที่ได้ทำการเสนอแนะ เพื่อให้คนงานก่อสร้างและผู้คนที่เกี่ยวข้องภายใต้การดูแล ปลอดภัย

จากการแพร่กระจายของโควิด-19 ทั้งนี้ควรมีการติดตามข้อมูลข่าวสารใหม่เป็นระยะ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในอนาคตต่อไป

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus 2019 disease situation report.: Bangkok.; 2022. (in Thai)
2. Covid Cluster in Worker Camps, New Problem “Bangkok” must Control. (2021, May 27). Prachachat, 1. (in Thai)
3. Center for COVID-19 Situation Administration, Ministry of Interior. COVID-19 Cluster of Construction Workers in Don Mueang District: Bangkok; 2022. (in Thai)
4. Laksi District Office. Construction Workers Camp COVID-19 Report: Bangkok; 2022. (in Thai)
5. Peathanom. S. Guideline for Improving a Prefabricated Temporary Housing as Knock Down Model for Construction Workers : A Case Study of Italian-Thai Development Public Company Limited. Sarasatr academic journal 2021.4:814-26. (in Thai)
6. Akathin. S. Nurse Administrator Role for Emerging Infectious Diseases Nursing Service Management in hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021.22(3):46-52. (in Thai)
7. Angsuwatcharakorn. W. Construction Workers' Accommodation Management by Entrepreneur of Large Project in Central Business District of Bangkok. Sarasatr academic journal 2019.3:352-66. (in Thai)
8. Division of Occupational and Environmental Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Worker's Camp, a New Cluster that Has to Hurry to Prevent the Spread of COVID-19.: Bangkok; 2021. (in Thai)
9. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Summary of The Population Working Conditions.: Bangkok; 2020. (in Thai)
10. Department of Health, Ministry of Public Health. Public Health Advice to Prevent the Spread of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) For Construction Sites and Construction Labor Camps.: Bangkok; 2021. (in Thai)
11. Division of Health Promotion and Preventive Medicine, Royal Thai Army Medical Department. Recommendations on Measures to Prevent The Spread of The Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Construction Sites and Construction Workers' Residences.: Bangkok; 2021. (in Thai)
12. Occupational Safety and Health Administration, Department of Labor. Additional Considerations for Workers Who Reside in Communal Living Arrangements.: United States; 2020.
13. Royal Thai Government. Measures to support the transition of the COVID-19 outbreak to endemic diseases.: Bangkok; 2022. (in Thai)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะเปราะบาง

Nurses' Role in Home Care's Older Adult with Frailty

นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล¹ ลิซล ทองมา¹ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ² วีรยุทธ ศรีทุมสุข^{*1}

Nonglak Klinpudtan¹ Sichon Tongma¹ Nuntikan Klinchet² Werayuth Srithumsuk^{*1}

¹คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย 76000

¹Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand, 76000

²วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งอาการของภาวะเปราะบางจะรุนแรงขึ้นหากพบร่วมกับการเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในการป้องกัน ดูแล พัฒนาภาวะเปราะบาง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยการดูแลที่บ้าน การวินิจฉัยภาวะเปราะบางประกอบด้วยอย่างน้อย 3 ด้านจากความผิดปกติทั้งหมด 5 ด้านคือ ความแข็งแรงในการกำมือต่ำ เดินช้า กิจกรรมทางกายลดลง น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจ และมีความรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเปราะบางมีความเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะเปราะบาง คือแบบประเมินภาวะเปราะบางของ Fried ซึ่งสามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะเปราะบางออกเป็น 2 ระยะคือ ก่อนระยะเปราะบาง และระยะเปราะบาง บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะเปราะบาง รวมทั้งคำจำกัดความ พยาธิสภาพ สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริม เกณฑ์การวินิจฉัย และการประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามแผนการดูแล เพื่อป้องกัน ดูแลและพัฒนาสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ภาวะเปราะบาง ผู้สูงอายุ บทบาทพยาบาล

Abstract

Frailty is a common clinical syndrome and associated with declining in older adult that affect the quality of life of older adult and caregivers. Frailty will become more severe if they have other chronic diseases. Therefore, nurses play an important role in prevention, care, and rehabilitation of frailty to improve older adult's quality of life by home care services. A frailty's diagnosis consisted of at least three abnormal components out of five components were low grip strength, slow walking speed, low physical activity, unintentional weight loss, and exhaustion. The risk factors of frailty are related to genetic and environmental factors. Recently, the most common instrument for screening frailty is Fried's phenotype instrument. There are divided the severity of frailty into 2 phases that were pre-frailty and frailty phases. Nurses are the facilitators

Corresponding Author: * E-mail: Werayuth.sri@mail.pbru.ac.th.

วันที่รับ (received) 22 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 ธ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ม.ค. 2565

and supporters of the patients and their families to follow the treatment protocol both pre-frailty and frailty phases. This implementation helps for prevention, caring, and rehabilitation to improve quality of life in older adult.

Keywords: Frailty, older adult, nurses' role

บทนำ

ภาวะเปราะบาง (frailty) คือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยมีลักษณะอาการคือ ความแข็งแรงในการกำมือต่ำ เดินช้า กิจกรรมทางกายลดลง น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจและมีความรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง¹ ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุประมาณ 4-60% ทั่วโลก² สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 22.10-32.10^{3,4} ภาวะเปราะบางจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ผลกระทบทางสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเปราะบาง ได้แก่ การพลัดตกหกล้มทำให้กระดูกหักและพิการ ภาวะสมองเสื่อม อัตราการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁵ ต้องใช้บุคลากรและเครื่องมือในการดูแลที่ซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น⁶ พยาบาลซึ่งถือเป็นกลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่บ้านมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุหลังจากเกิดภาวะเปราะบางที่บ้าน การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่มีประโยชน์ และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและผู้ป่วยมีความคุ้นเคย มีความต่อเนื่อง หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งหากบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถคัดกรองและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางตั้งแต่อยู่ในชุมชน ก็จะช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดจากภาวะเปราะบางได้ ปัจจุบันประเทศไทยหลายหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขได้นำระบบการเยี่ยมบ้านมาใช้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะเปราะบาง รวมทั้งคำจำกัดความ พยาธิสภาพ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม เกณฑ์การวินิจฉัย และการประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

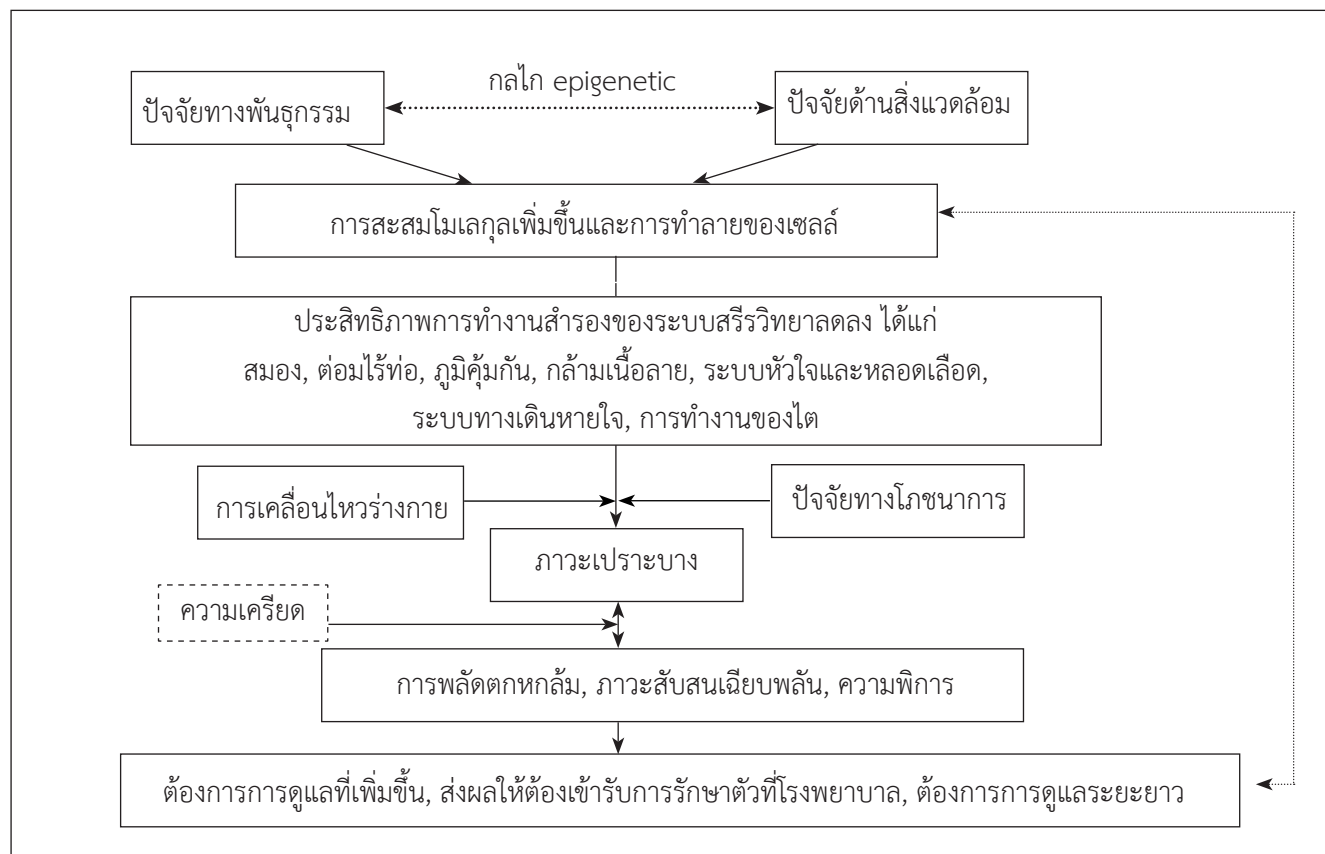
คำจำกัดความภาวะเปราะบาง

คำจำกัดความภาวะเปราะบางที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศ รวมทั้งประเทศไทยคือคำจำกัดความของ Fried และคณะ⁷ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่มีความสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยตามอายุที่เป็นผลมาจากความบกพร่องเชิงโครงสร้างและหน้าที่ทางกายหลายระบบแสดงออกด้วยลักษณะเฉพาะที่ชัดเจน โดยลักษณะเฉพาะของภาวะเปราะบางประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) ความแข็งแรงในการกำมือต่ำ 2) เดินช้า 3) กิจกรรมทางกายลดลง 4) น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจ และ 5) มีความรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง

พยาธิสภาพภาวะเปราะบาง

ภาวะเปราะบาง เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อสรีรวิทยาของร่างกายเมื่อระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานลดลง อาจทำให้เกิดความรุนแรงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ภาวะเปราะบางเกิดจากการได้รับปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ร่วมกับกลไก epigenetic คือ การเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของยีนโดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระดับ nucleotide ของสาย DNA ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเปลี่ยนแปลงแบบ epigenetic เป็นส่วนสำคัญต่อกระบวนการการเกิดความชราของเซลล์⁸ ซึ่งเป็นผลมาจากการสะสมโมเลกุลเพิ่มขึ้นและการทำลายของเซลล์ (cumulative molecular and cellular damage) โดยมีกลไกควบคุมที่ซับซ้อน มีกระบวนการบำรุงรักษาและซ่อมแซมของเซลล์ โดยจะส่งผลให้การทำงานของเซลล์บกพร่องและประสิทธิภาพการทำงานสำรองของระบบสรีรวิทยาลดลง (reduced physiological reserve) มีผลต่อสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ สมอง ต่อมไร้ท่อ ภูมิคุ้มกัน กล้ามเนื้อลาย ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ และการทำงานของไต⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าการเคลื่อนไหว

ร่างกาย (physical activity) และปัจจัยทางโภชนาการ (nutritional factors) ที่ลดลงทำให้เกิดภาวะเปราะบาง^{7,9} กลไกที่กล่าวมาข้างต้นแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ⁹

ปัจจัยและสาเหตุภาวะเปราะบาง

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เกิดภาวะเปราะบาง สามารถจำแนกได้ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อยู่ในชุมชนมักจะเผชิญกับภาวะเปราะบางและมีความรุนแรงมากกว่าเพศชาย^{10,11} แต่กลไกที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางเพศยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน
2. ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีภาวะโภชนาการเกินจะส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางได้ ซึ่งสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะเปราะบางคือ¹² โปรตีน นอกจากนี้การขาดธาตุโพแทสเซียม วิตามินซี วิตามินอี และวิตามินดี ทำให้สูญเสียมวลกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการทำกิจกรรมลดลง ทำให้เกิด sarcopenia ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้¹¹
3. กิจกรรมทางกาย การลดหรือการงดกิจกรรมทางกายที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ จะส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง

เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เพราะมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและสมอง ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน

4. ภาวะสุขภาพ พบว่าหากผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง โดยพบว่าหากผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรคขึ้นไปจะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากขึ้น^{3,13} นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้า ยังเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้ความรุนแรงของภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นได้ถึง 8 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีความซึมเศร้า¹³

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุที่พักในที่ไม่มีความปลอดภัย ไม่สะอาด และไม่มีความสะดวกสบายหรือสาธารณูปโภคที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ทางลาดพื้นที่ทางเดินราบเรียบสม่ำเสมอ สถานออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อีกทั้งมีข้อจำกัดการใช้ระบบขนส่งทั้งส่วนตัวและสาธารณะและยังรวมไปถึงอุบัติเหตุทางจราจร¹⁴ นอกจากนี้สภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคมทั้งครอบครัวและชุมชน ไม่ส่งเสริม

ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้เกิดการลดหรือลดกิจกรรมของผู้สูงอายุ¹⁵ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบางได้มากขึ้น^{10,16}

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเปราะบาง

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเปราะบางที่นิยมนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้แก่ การวินิจฉัยภาวะเปราะบางของ Fried และคณะ⁷ โดยสามารถแบ่งระยะของภาวะเปราะบางเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนเปราะบาง (pre-frailty) หมายถึง มีคุณลักษณะของภาวะเปราะบางอย่างน้อย 1 หรือ 2 ลักษณะและระยะเปราะบาง (frailty) โดยมีลักษณะตั้งแต่ 3 ลักษณะขึ้นไปจาก 5 ลักษณะ ซึ่งลักษณะที่กล่าวมีดังต่อไปนี้

1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจ (unintentional weight loss) น้ำหนักลดลงมากกว่า ร้อยละ 5 หรือลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2. กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) น้อยกว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุปกติ จากการวัดแรงกำมือ (handgrip strength) โดยใช้เครื่องวัดแรงกำมือ การวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง พิจารณาจากความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อโดยคำนึงถึงเพศและดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจะมีแรงกำมือโดยเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 กิโลกรัม ในผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 29 กิโลกรัม/ตารางเมตร และผู้สูงอายุเพศชายมีแรงกำมือน้อยกว่า หรือเท่ากับ 32 กิโลกรัม ในผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 28 กิโลกรัม/ตารางเมตร

3. ความรู้สึกหมดแรง (exhaustion) เป็นความรู้สึกทางอารมณ์และความคิดต่อตนเอง ประเมินจากการรายงานตนเอง โดยตอบคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 2 ข้อคือ 1) ฉันรู้สึกที่ต้องใช้ความพยายามในการทำสิ่งต่างๆ 2) ฉันรู้สึกว่าไม่อยากทำกิจกรรม การแปลผลคือ ถ้ามีความรู้สึกข้อใดข้อหนึ่งเป็นเวลามากกว่า 3 วันขึ้นไป จะเข้าเกณฑ์ผู้ที่มีความเหนื่อยล้า อิดโรย

4. กิจกรรมทางกายต่ำ (low physical activity) เป็นการประเมินการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลาย กระดูก และข้อ โดยประเมินจากความถี่และระยะเวลาในการทำกิจกรรม ที่ทำให้มีเหงื่อหรือหายใจเร็วขึ้น เช่น การเดิน การทำงานบ้าน ทำสวน การวิ่ง การเต้น การปั่นจักรยาน แล้วนำมาคำนวณค่าในการใช้พลังงานในหน่วย กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ (Kcal/week) แยกตามเพศ โดยเพศชาย หากน้อยกว่า

383 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ และเพศหญิงน้อยกว่า 270 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ จะเข้าเกณฑ์การมีกิจกรรมทางกายต่ำ

5. การเดินช้า (slowness walking) ประเมินจากความเร็ว (เมตรต่อวินาที) ในการเดินในระยะทาง 15 ฟุต หรือ 5 เมตร การแปลผลคือ ปกติควรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที หรือโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 0.8 เมตรต่อวินาที ซึ่งจะคำนึงถึงเพศ และความสูงร่วมด้วย ในเพศชายที่มีความสูง น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 173 เซนติเมตร จะใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที และสำหรับเพศหญิงที่มีความสูง น้อยกว่า หรือเท่ากับ 159 เซนติเมตร จะใช้เวลามากกว่าหรือ เท่ากับ 7 วินาที ถือว่ามีภาวะเปราะบาง

เป้าหมายสำคัญในการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง คือ การค้นหาผลกระทบด้านลบต่อภาวะสุขภาพ เช่น ภาวะทุพพลภาพ การเสียชีวิต การพลัดตกหกล้ม การเข้ารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตเป็นต้น ดังนั้นแบบประเมินมีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมิน Edmonton Frailty Scale (EFS) เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองเกี่ยวกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายต่างๆ 9 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพทั่วไป, ภาวะไม่พึงพา, การสนับสนุนทางสังคม, จำนวนการใช้ยา, ภาวะโภชนาการ, ความแปรปรวนทางอารมณ์, การกลืน, ปัสสาวะ, ความคิดความเข้าใจ และสมรรถนะทางกาย¹⁷ แบบประเมินนี้สามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะเปราะบางเป็น 5 ระดับตั้งแต่ ไม่มีภาวะเปราะบาง จนถึง มีภาวะเปราะบางระดับรุนแรง

2. แบบประเมิน Tilburg Frailty Indicator (TFI) เป็นแบบประเมินที่คัดกรองที่ใช้ติดตามภาวะเปราะบางโดยการรายงานด้วยตนเอง ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม โดยคะแนนมากที่สุดจะหมายถึงมีภาวะเปราะบางสูง^{18,19}

3. แบบประเมิน PRISMA-7 เป็นแบบประเมินที่คัดกรองปัญหาด้านสุขภาพที่มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการช่วยเหลือ ภาวะสุขภาพที่ทำให้ต้องอยู่บ้าน หรือต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือเช่น ไม่เท้า เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ²⁰ ประกอบด้วยด้านต่างๆ ได้แก่ อายุ, เพศ, ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตร, ความต้องการการสนับสนุนอื่น, ปัญหาสุขภาพที่ทำให้ต้องอยู่บ้าน, ความต้องการพึ่งพาบุคคลอื่น, ต้องใช้อุปกรณ์ในการเดิน เช่น ไม่เท้า หรือรถเข็น หากคำตอบเป็นในทิศทางที่ต้องการความช่วยเหลือ จะคิดเป็น

1 คะแนน ถ้ามีคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป บ่งชี้ว่ามีภาวะเปราะบางและต้องมีการประเมินเพิ่มเติม

4. แบบประเมินภาวะเปราะบาง (Clinical Frailty scale) เป็นแบบประเมินที่คัดกรองโดยการรายงานด้วยตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย 5 ด้าน โดย 4 ด้านใน 5 ด้านสอดคล้องกับแบบประเมินของ Fried และคณะ⁷ ส่วนอีกหนึ่งข้อนั้นจะสอบถามเกี่ยวกับจำนวนโรคที่เจ็บป่วย สามารถจำแนกภาวะเปราะบางออกเป็น 9 ระดับตามคะแนน ตั้งแต่แข็งแรงมากจนถึงมีภาวะเปราะบางรุนแรงในขั้นสุดท้าย ที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต อาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน²¹

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 83 ปี ส่วนสูง 154 เซนติเมตร น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย 28.67 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มาประมาณ 10 ปี รับประทานยา เบาหวาน 1 ชนิด ความดันโลหิต 2 ชนิด ยาลดไขมันเลือด 1 ชนิด มีประวัติหกล้ม 1 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อาศัยอยู่ตามลำพัง ห้างนอนอยู่บนชั้นสองของบ้าน ไม่ค่อยออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน มีอาการหมดแรง ผลการคำนวณกิจกรรมทางกายเท่ากับ 280 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ ความเร็วในการเดิน (walking speed) 0.6 เมตรต่อวินาที แรงบีบมือเฉลี่ย 18 กิโลกรัม

จากกรณีศึกษารายนี้ผู้อยู่ในระยะ เปราะบาง (frailty) คือมีลักษณะของภาวะเปราะบาง 3 ลักษณะ จาก 5 ลักษณะ ได้แก่ มีอาการหมดแรง (exhaustion) และเดินช้าลง (slowness walking) และแรงบีบมือต่ำ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือ ค้นหาความเสี่ยง ป้องกันดูแล และฟื้นฟูสภาพ เพื่อคงไว้เพื่อการทำหน้าที่ของร่างกายตามสมรรถนะ โดยครอบคลุม การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา รวมทั้งการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่

การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะเปราะบางที่บ้าน

1. ประเมินเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง เพื่อให้การพยาบาล ในด้านต่างๆ เหล่านี้

1.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงและติดตามอาการของภาวะเปราะบาง จากกรณีศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเปราะบางได้แก่ เพศหญิง การมีโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรค แบบประเมินภาวะเปราะบางที่เหมาะสม ได้แก่ แบบ

ประเมิน Edmonton Frailty Scale (EFS) จะช่วยคัดกรองความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบ่งความรุนแรงของภาวะเปราะบางได้ และช่วยในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น³

1.2 การประเมินภาวะโภชนาการ แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น แบบประเมินภาวะโภชนาการฉบับย่อ (Mini Nutritional Assessment; MNA) และการวัดค่าดัชนีมวลกาย หรือการวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Anthropometrics Assessment) เช่น การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง การวัดรอบวงแขน เป็นต้น จากกรณีศึกษา ยังไม่พบปัญหาเรื่องทุพโภชนาการ แต่จากปัจจัยเสี่ยงในด้านการอยู่คนเดียว และการไม่ค่อยออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน อาจส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง และนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้

1.3 การประเมินการพลัดตกหกล้ม จากกรณีศึกษารายนี้ มีประวัติการหกล้ม 1 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งอาจเกิดจากความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อจะ ลดลงตามวัย หรือการออกกำลังกายลดลงจากอาการเหนื่อยล้า ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงในการหกล้มที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน มีดังนี้ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุไทย ในชุมชน (Thai falls risk assessment test; Thai-FRAT)²² แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (fall risk assessment tool in older people) หรือ การประเมินภาวะหกล้มแบบองค์รวม (multifactorial falls risk assessment) จากกรณีศึกษา มีปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงการหกล้มได้แก่ เช่น อาศัยอยู่คนเดียว การรับประทานยาหลายๆ ชนิด และการอาศัยอยู่บนชั้น 2 ของบ้าน²³

1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ด้านการรับรู้และความคิด ผู้สูงอายุภาวะเปราะบางมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการรับรู้และความคิด (cognitive function) ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้มากในผู้สูงอายุได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ส่วนแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรับรู้และความคิด ที่เหมาะสม ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai version; MMSE-Thai) หรือแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula mental test; CMT)

2. การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการป้องกัน ชะลอหรือลดความรุนแรงภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ²⁴ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ลดความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบ balance exercise เช่น การรำไทชิ รำมวยจีน³ โดยสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการออกกำลังกายในกรณีศึกษารายนี้ ได้แก่

2.1 ความถี่ของการออกกำลังกาย ความถี่ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางคือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการฝึกที่เหมาะสมคือ 3 เดือน²⁵

2.2 ช่วงระยะเวลาในการออกกำลังกาย ระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายคือ 30-45 นาที ไม่ควรใช้เวลานานเกินไปเนื่องจากจะทำให้เกิดความอ่อนล้า หรือเหนื่อยเกินไป²⁶

2.3 ความแรงในการออกกำลังกาย ควรอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ โดยการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้คือ เหงื่อออก หายใจลึกและถี่ขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น สามารถทนทานได้แต่ไม่สามารถร้องเพลงได้²⁷

นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องสอนให้ผู้สูงอายุสังเกตและประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการปวดหลัง ปวดเข่าหรือเกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือกระดูก และการขอความช่วยเหลือหากเกิดภาวะฉุกเฉินด้วย

3. ด้านโภชนาการ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับพลังงานที่เพียงพอ (ประมาณ 21 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน) และสารอาหารจำพวกโปรตีน ซึ่งให้กรดอะมิโนที่จำเป็นต่อการสร้างกล้ามเนื้อ ซึ่งปริมาณที่แนะนำคือ โปรตีน 1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ 15 หรือ 20 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานที่ได้รับทั้งวัน ควบคู่กับ วิตามินดี และแคลเซียม ที่ช่วยในเรื่องการรักษาความแข็งแรงของกระดูก นอกจากนี้ โอเมก้า 3 ซึ่งพบมากใน

ปลา ถั่ว เมล็ดพืชต่าง ๆ หรือผักใบเขียว ซึ่งยังมีส่วนในการรักษามวลกล้ามเนื้อและช่วยลดอาการของภาวะเปราะบาง^{28,29}

4. การป้องกันการพลัดตกหกล้มและการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่เหมาะสมคือส่งเสริมการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างที่เพียงพอภายในบ้าน ให้ผู้สูงพักนอนนอนหลับในชั้น 1 ภายในบ้านเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้บันได รวมทั้งอยู่ใกล้กับห้องน้ำ เพื่อความสะดวกในการเข้าห้องน้ำเวลากลางคืน มีเก้าอี้ให้ผู้สูงอายุได้นั่งพักและสามารถหย่อนขาได้ โดยเข้าควรทำมุม 90 องศากับเก้าอี้และผ้าเท้าวางได้กับพื้นพอดี อาจจะมีกริ่งไว้ในห้องนอนเพื่อขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน โดยเฉพาะกรณีศึกษาที่อาศัยอยู่ลำพัง และมีประวัติการหกล้มซึ่งมักจะมีความเสี่ยงในการหกล้มซ้ำ ดังนั้นพื้นภายในบ้านไม่ควรมีเสื่อ พรม หรือสายต่างๆ เพราะจะทำให้สะดุดและเกิดการพลัดตกหกล้มได้ นอกจากนี้หลังจากผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบางแล้ว การฟื้นฟูสภาพถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยการฟื้นฟูที่สำคัญคือการฝึกการเดินและการทรงตัวรวมกับการออกกำลังกายในท่าทางที่เหมาะสม และการฝึกการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือทรงตัวที่เหมาะสม²⁶

5. การป้องกันอันตรายจากการรับประทานยาหลายชนิด จากกรณีศึกษารายนี้มีโรคร่วม 3 โรค จึงต้องรับประทานยาหลายชนิด ดังนั้นพยาบาลจะต้องแนะนำผู้สูงอายุการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ การมีโรคร่วมและการรับประทานยาหลายชนิดในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและความสามารถของร่างกายลดลง^{26,30} โดยพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ 1) การให้ความรู้และสุขศึกษา 2) การจัดยาในแต่ละมื้อเพื่อความสะดวกในการรับประทาน 3) ประสานงานกับแพทย์หรือเภสัชกรกรณีผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา 4) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อป้องกันความผิดพลาดและความต่อเนื่องในการรับประทานยา

บทสรุป

ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยและเพิ่มขึ้นตามอายุ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้ภาวะเปราะบางเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะทุพพลภาพ การพลัดตกหกล้ม หรือการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร อย่างไรก็ตาม ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการที่สามารถป้องกัน และฟื้นฟูได้ โดยการดูแลที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถของร่างกาย เช่น สมรรถภาพทางกาย ความคิดหรือ ภาวะโภชนาการ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากกรณีศึกษา พยาบาลต้องให้ความสำคัญตั้งแต่การค้นหาลูกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง โดยใช้เครื่องมือที่ง่าย มีความแม่นยำ และเที่ยงตรงสูง เพื่อวินิจฉัยและนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือชะลอผลกระทบของภาวะเปราะบาง โดยการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางต้องทำควบคู่ไปกับโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะเปราะบางด้วย นอกจากนี้การวางแผนและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจกต้องคำนึงถึง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง ที่ผู้เขียนได้นำมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรม และกรันการออกมาเป็นบทความวิชาการในครั้งนี้ และท้ายที่สุดขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ที่ให้โอกาสให้ผู้เขียนได้พัฒนาศักยภาพในการสืบค้นข้อมูล

References

1. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59(11): 2129–38.
2. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60(8): 1487–92.
3. Supunee J, Siriphan S. A Study of Frailty in Older People Resided in Community, Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2017; 44(3): 117-35. (in Thai)
4. Srinonprasert V, Chalerm Sri C, Aekplakorn W. Frailty index to predict all-cause mortality in Thai community-dwelling older population: A result from a National Health Examination Survey cohort. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018; 77: 124-8. (in Thai)
5. Hickman LD, Phillips JL, Newton PJ, Halcomb EJ, Al Abed N, Davidson PM. Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015; 61(3): 322–9.
6. European Commission. Multidimensional aspects of population ageing. In: population ageing in Europe: facts, implications and policies: outcomes of EU-funded research. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001; 56: M146-57.
8. McGowan PO, Szyf M. Environmental epigenomics: understanding the effects of parental care on the epigenome. *Essays in Biochemistry*. 2010; 48(1): 275–87.
9. Clegg A, Young J, Lillie S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in older people. *Lancet*. 2013; 381: 752-62.
10. Chanatda A, Virapun W, Doungrut W, Sariyamon T. Factors influencing frailty in older adults. *Journal of health science research*. 2563; 14(1): 43-54. (in Thai)
11. Chen CY, Wu SC, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 50: S43-7.

12. Panza F, Solfrizzi V, Giannini M, Seripa D, Pilotto A, Logroscino G, Nutrition, frailty, and Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2014; 6; 1-6.
13. Runzer-Colmenares FM, Samper-Ternent R, Snih AS, Ottenbacher KJ, Parodi JF, Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014; 58(1): 69-73.
14. Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2007; 369(9570): 1328-1329.
15. Metzelthin SF, Daniels R, Rossum VE, Cox K, Habets H, Witte LP, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50(9): 1184-96.
16. Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Towards an integral conceptual model of frailty. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2010; 14(3): 175-81.
17. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the edmonton Frail scale, Age and Ageing. 2006; 35(5): 526-9.
18. Gobbens RJ, Schols JM, Assen MA. Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clinical Interventions in Aging*. 2017; 12: 1739-52.
19. Gobbens RJJ, Boersma P, Uchmanowicz I, Santiago LM. The tilburg frailty indicator (TFI): new evidence for its validity. *Clinical Interventions in Aging*. 2020; 15: 265-74.
20. Yaman H, Ünal Z. The validation of the PRISMA-7 questionnaire in community-dwelling elderly people living in Antalya, Turkey. *Electronic physician*. 2018; 10(9): 7266-7272.
21. Aprahamian I, Cezar NOC, Izbicki R, et al. Screening for frailty with the frail Scale: A comparison with the phenotype criteria. *American Medical Directors Association*. 2017; 18(7): 592-96.
22. Ladda T, Suthichai Ch, Jaksana P. Evaluation of the Thai fall-risk assessment tool (Thai FRAT) for predicting falls in the Thai community-dwelling elderly. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 2004; 91(12):14-24. (in Thai)
23. Sander R. Risk factors for falls. *Nursing Older People*. 2009; 21(8): 15.
24. Theou O, Stathokostas L, Roland KP, Jakobi JM, Patterson C, Vandervoort AA, et al. The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *Journal of Aging Research*. 2011; 569194.
25. Rosendahl E, Lindelo N, Littbrand H, Yifter-Lindgren E, Lundin-Olsson L, Haglin L, et al. High-intensity functional exercise program and protein-enriched energy supplement for older persons dependent in activities of daily living: a randomised controlled trial. *The Australian Journal of Physiotherapy*. 2006; 52(2): 105-13.
26. Uchmanowicz I, Jankowska-Polanska B, Wleklík M, Lisiak M, Gobbens R. Frailty Syndrome: Nursing Interventions. *SAGE Open Nursing*. 2018; 4:1-11.
27. Sirima K. Exercise for Health in Older Adult. *Journal of the Police Nurses*. 2016; 8(2): 201-11. (in Thai)
28. Hernández Morante, J. J., Gómez Martínez, C., & Morillas-Ruiz, J. M. Dietary Factors Associated with Frailty in Old Adults: A Review of Nutritional Interventions to Prevent Frailty Development. *Nutrients*. 2019; 11(1): 102.
29. Bair MJ, Chen HL, Wu CH, Lee YK, Lin IT, et al. Nutritional Influences on Age-Related Frailty. *Journal of Gerontology and Geriatric Research*. 2016; 328.
30. Tongma S, Klinpudtan N, Sawangchit S, Bandansin J, Srithumsuk W. Nurses' Role in Home Care for Older People with Sarcopenia. *The Journal of The Royal Thai Army Nurse* 2021; 22(1): 65-73.

ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย

The Health Literacy on Cannabis for Medical Use among Adult and Elderly People, Chiang Rai Province

วุฒิชัย ไชยรินคำ*¹ พิมพ์พิสาช จอมศรี² มัลลิกา มาตระกูล² สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร³

Wuthichai Chairinkam*¹ Pimpisa Chomsri² Mullika Matrakul² Surinporn Likhitsathian³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา, ประเทศไทย 56000

¹Faculty of Nursing, University of Phayao, Phayao, Thailand 56000

²สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย, ประเทศไทย 57100

²School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand 57100

³คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, ประเทศไทย 50100

³Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50100

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานศึกษาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง 463 คน สุ่มคัดเลือกโดยวิธี multi-stage sampling เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Odds ratio (OR) และสถิติ Independence t-test ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (n = 359) และวัยสูงอายุ (n = 114) วัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 68.4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 86.8) วัยผู้ใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพอใช้ถึงระดับดีมากมากกว่าวัยสูงอายุ (OR = 3; 95% CI: 1.69-5.48) วัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำในด้านทักษะสื่อสารข้อมูล และด้านทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ วัยสูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสารข้อมูล และทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ สรุปผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องอาจมีความจำเป็นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, วัยผู้ใหญ่, วัยสูงอายุ

Abstract

This research was a cross-sectional study. The objectives of this research are; to study the situation of health literacy on cannabis for medical use among adult and elderly in Chiang Rai province. Method: This research is a study of 463 people. A random sample selected by multi-stage sampling method, collected data by the questionnaire (Cronbach's alpha coefficient 0.95). The data were by descriptive statistics, Odds ratio

Corresponding Author*: E-mail: wuthichai.ch@up.ac.th

วันที่รับ (received) 26 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2565

(OR) and Independence t-test. Results: The participants were in adulthood (n = 359) and older adults (n = 114). The majority of the adult participants had poor health literacy (68.4%). Most of the older adult participants had poor health literacy (86.8%). The adult participants had a moderately level to very good level of health literacy more than the older adult participants (OR= 3; 95% CI: 1.69-5.48). Most of the adult participants had low health literacy in communication skill and decision skill. Most of older adult participants had low health literacy in Access skill, knowledge skill, media literacy skill, communication skill and decision skill. Conclusion: Most of participants had a low level of health literacy about cannabis for medical use, especially the elderly group. Therefore, program of enhancing health literacy about cannabis for medical use program may be necessary, especially among the older adult.

Keywords: Cannabis for Medical Use, Health Literacy, Adult, Aging

บทนำ

กัญชาเคยได้รับการจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างผสมผสานคือ กระตุ้น กด และหลอนประสาท เนื่องจากในกัญชามีสารพิษที่เรียกว่า Tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งเป็นสารพิษที่ทำลายสุขภาพร่างกายและก่อให้เกิดอาการติดยา อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ซึ่งมีผลให้ประชาชนหันมาบริโภคและใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา (น้ำมันกัญชา) เพิ่มขึ้น¹ โดยเป็นทั้งบุคคลที่เข้ารับการบำบัดด้วยผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย² ทำให้พบแนวโน้มผู้เข้าบำบัดจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น³

ผลกระทบที่เกิดต่อการสาธารณสุขคือ อัตราการใช้กัญชาผิดปกติกี่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเสียชีวิตจากการจราจรที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาของผู้ขับขี่ และผลกระทบด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้ใช้กัญชาเป็นประจำ² เป็นผลให้มีการพยายามค้นหากลยุทธ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการลดหรือบรรเทาอันตรายจากกัญชาทางการแพทย์⁴ แต่ยังไม่เป็นผลเท่าที่ควรโดยจากการสำรวจผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ของออสเตรเลียพบว่า ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 34.6 ขับขี่ยานยนต์ภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากใช้กัญชา ซึ่งทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผลจากอิทธิพลของกัญชา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ส่งผลต่อความสามารถในการขับขี่ และส่วนใหญ่ปฏิเสธผลกระทบของกัญชาว่าไม่มีผลต่อการขับขี่เร็วหรือ

ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุใดๆ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.9 รู้สึกมั่นใจความสามารถในการขับขี่ของตนเองหลังจากใช้กัญชาทางการแพทย์ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลังจากใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง⁵ ดังนั้น การให้ความรู้ที่ถูกต้องต่อผู้ใช้กัญชาจึงมีความจำเป็นอย่างมาก⁶

การมีความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้บุคคลแยกความแตกต่างระหว่างการใช้กัญชาเพื่อการรักษาทางการแพทย์กับการเสพกัญชาได้อย่างถูกต้อง⁶ ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ (health literacy) เป็นทักษะที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ในที่สุด⁷⁻⁹ ความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นหมายถึง ทักษะต่างๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น¹⁰ ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี¹¹ ความรอบรู้ทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 5 ด้านได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจ⁸ การส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องโดยคำนึงถึงองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านข้างต้นจะส่งผลให้บุคคลมีคุณสมบัติของพลเมืองไทย 4.0 มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ ด้วยการพัฒนาความสามารถทางปัญญาและสังคม เพื่อให้บุคคลตลอดจนชุมชน

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถกลั่นกรองประเมินและเลือกรับข้อมูลจนนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสมจนกลายเป็นชุมชนแห่งความรอบรู้

ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <.01$)^{7,9} โดยเฉพาะในผู้ที่ติดบุหรี่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี^{13,14} ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย¹⁵ ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพยังสามารถนำไปใช้ทำนายการติดบุหรี่ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ได้อีกด้วย^{12, 16} อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนในจังหวัดเชียงรายยังมีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันทางร่างกายของแต่ละวัยมีผลต่อการรับรู้ การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงความรู้ที่เหมือนหรือแตกต่างกันของแต่ละวัย จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้หรือการให้สุศึกษาในงานบริการสุขภาพได้ตรงกับความต้องการและปัญหาของกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น¹⁷ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องของประชาชนจังหวัดเชียงราย ซึ่งผลการศึกษจะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. วัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ มีความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความแตกต่างกันระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุหรือไม่

สมมติฐานของการวิจัย

1. วัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงรายมีความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับพอใช้
2. วัยผู้ใหญ่มีความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับดีกว่าวัยผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของ¹⁸ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านความรู้ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจ การที่บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอในเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องจะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถทางปัญญาและสังคมสามารถกลั่นกรอง ประเมิน และเลือกรับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องได้ จนนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกทางเลือกด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางด้านกายภาพของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันมีผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามไปด้วย โดยเฉพาะด้านช่วงวัยหรืออายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุของจังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือนขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่าง¹⁹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 473 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) เป็นวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ โดยมีวิธีการดังนี้

1. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นช่วงอายุ ดังนี้ 15-18 ปี 19-24 ปี 25-40 ปี 41-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป และกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุโดยอ้างอิงจากรายงาน

สถิติจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2561²⁰

2. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยผู้วิจัยได้แบ่งเขตพื้นที่อำเภอในจังหวัดเชียงรายตามสภาพภูมิศาสตร์ออกเป็น 5 เขต และทำการสุ่มอย่างง่ายเขตละ 1 อำเภอ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO No. 2/2563 วันที่ได้รับ 3 กุมภาพันธ์ 2563 เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปี นักวิจัยขอความยินยอมจากผู้ปกครองด้วยทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ และการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น
2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย พัฒนาขึ้นโดยอังศินันท์ อินทรกำแหง¹⁸ ประกอบด้วย 5 ด้านคือ 1) ด้านเข้าถึงข้อมูล 2) ด้านความรู้ 3) ด้านรู้เท่าทันสื่อ 4) ด้านการสื่อสารข้อมูล และ 5) ด้านการตัดสินใจปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ เป็นเครื่องมือมาตรฐานได้ผ่านการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.6 ขึ้นไป ทำการสรุป วิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถามแล้วจึงนำ

มาใช้จริง¹⁸ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพความเป็นอยู่ทางสังคมและลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.95

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ทบทวนเอกสารทางวิชาการ บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

ขั้นที่ 2 พัฒนาเครื่องมือวิจัยซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย¹⁸ และตรวจสอบคุณภาพและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ขั้นที่ 3 ประสานงานกับพื้นที่ในจังหวัดเชียงราย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยและนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 4 คณะนักวิจัยดำเนินการขอความยินยอมและเก็บรวบรวมข้อมูลในวัน เวลา และสถานที่ตามที่นัดหมายกับตัวอย่าง

ขั้นที่ 5 คณะนักวิจัยอธิบายข้อคำถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในประมาณ 15 – 20 นาที ในกรณีผู้สูงอายุ มีนักวิจัยช่วยอำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม

ขั้นที่ 6 บรรณาธิกรข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 7 สรุปและแปลผลการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล กับคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาที่ถูกต้อง

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติ Independence t-test และ Odd ratio เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์		
	Mean (SD)	t	p-value
วัย (n)			
ผู้สูงอายุ (114)	90.51 (35.24)	7.631	.000***
ผู้ใหญ่ (359)	119.34 (34.31)		
เพศ (n)			
ชาย (196)	115.52 (36.28)	-1.551	.122
หญิง (275)	110.23 (36.74)		
การศึกษา (n)			
ได้รับการศึกษา (430)	116.37 (28.20)	-9.607	.000***
ไม่ได้รับการศึกษา (41)	71.07 (34.88)		
อาชีพ (n)			
เกษตรกร (116)	111.78 (32.22)	.217	.828
อาชีพอื่นๆ (355)	112.64 (38.00)		

***p-value<.001

ตามตารางที่ 1 แสดงความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษามีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างวัยผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง เปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุ (n = 473)

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ กัญชาทางการแพทย์รายด้าน	Mean (SD)		t	p-value
	วัยผู้ใหญ่	วัยผู้สูงอายุ		
ด้านเข้าถึงข้อมูล	23.08 (8.35)	14.96 (6.90)	9.413	.000***
ด้านความรู้	16.42 (5.41)	10.75 (5.51)	9.612	.000***
ด้านรู้เท่าทันสื่อ	19.92 (6.09)	15.22 (6.87)	6.946	.000***
ด้านการสื่อสารข้อมูล	40.86 (15.14)	33.45 (15.04)	4.560	.000***
ด้านการตัดสินใจปฏิบัติ	18.95 (7.71)	15.88 (7.82)	3.670	.000***

*** p-value < .001

ผลการศึกษาคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องเปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุ พบว่า วัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยด้านเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ ด้านรู้เท่าทันสื่อ ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านการตัดสินใจปฏิบัติ มากกว่าวัยผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องระหว่าง วัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุ ($n = 473$)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	วัยผู้ใหญ่ n (%)	วัยผู้สูงอายุ (ref.) n (%)	OR	95% CI
ด้านเข้าถึงข้อมูล				
พอใช้ถึงดีมาก	188 (52.4)	18 (15.8)	5.9	3.40-10.11***
ไม่ดี	171 (47.6)	96 (84.2)		
ด้านความรู้				
พอใช้ถึงดีมาก	240 (66.9)	31 (27.2)	5.4	3.38-8.62***
ไม่ดี	119 (33.1)	83 (72.8)		
ด้านรู้เท่าทันสื่อ				
พอใช้ถึงดีมาก	257 (71.8)	45 (39.5)	3.9	2.51-6.06***
ไม่ดี	101 (28.2)	69 (60.5)		
ด้านการสื่อสารข้อมูล				
พอใช้ถึงดีมาก	98 (27.3)	15 (13.2)	2.5	1.37-4.47**
ไม่ดี	261 (72.7)	99 (86.8)		
ด้านการตัดสินใจปฏิบัติ				
พอใช้ถึงดีมาก	69 (19.2)	15 (13.2)	1.6	0.86-2.87
ไม่ดี	290 (80.8)	99 (86.8)		
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม				
พอใช้ถึงดีมาก	113 (31.6)	15 (13.2)	3.0	1.69-5.48***
ไม่ดี	245 (68.4)	99 (86.8)		

** $p\text{-value} < .01$ *** $p\text{-value} < .001$

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุ พบว่าวัยผู้ใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องในระดับพอใช้ถึงระดับดีมากมีจำนวนมากกว่าวัยผู้สูงอายุ 3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลมีจำนวนมากกว่าวัยผู้สูงอายุ 5.9 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) ด้านความรู้ 5.4 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) ด้านรู้เท่าทันสื่อ 3.9 เท่าอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) และด้านการสื่อสารข้อมูล 2.5 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องในระดับไม่ต่ำ โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารข้อมูลและด้านการตัดสินใจปฏิบัติ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องในระดับไม่ต่ำ และอยู่ในระดับไม่ต่ำในทุกด้าน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ (Mean = 119.34) มีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าวัยสูงอายุ (Mean = 90.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ สอดคล้องกับผลการศึกษาคำตอบเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์แปรผกผันกับอายุ^{21, 22} ทั้งนี้เป็นผลจากการทำหน้าที่ของสมองที่ทำหน้าที่ด้านความคิด (cognitive function และ recognition) ของผู้สูงอายุเสื่อมสภาพลงซึ่งเป็นไปตามกระบวนการการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดของสมองตามธรรมชาติ (normal cognitive changes) ของผู้สูงอายุ²³ ซึ่งแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ซึ่งสมองที่ทำหน้าที่ด้านความคิดยังไม่เสื่อมสภาพ²² อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์จะลดลงทั้งในวัยรุ่น²⁴ และวัยผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด²⁵

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านความรู้ และด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับพอใช้ได้ถึงดีมาก อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพในด้านความสามารถในการสื่อสารข้อมูล และด้านการตัดสินใจนำไปใช้ปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ ทฤษฎีความรู้ทางสุขภาพกล่าวไว้ว่า บุคคลจะเกิดความรู้ทางสุขภาพได้นั้นต้องผ่านกระบวนการ 3 ระดับ โดยบุคคลจะต้องมีการเรียนรู้จากระดับพื้นฐานก่อน ซึ่งประกอบไปกับการเข้าถึงข้อมูลและด้านความรู้ความเข้าใจ เมื่อบุคคลผ่านการเรียนรู้ในระดับพื้นฐานแล้วจึงจะก้าวเข้าสู่การเรียนรู้ในระดับปฏิสัมพันธ์คือด้านทักษะการสื่อสาร โดยบุคคลต้องมีการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น หลังจากนั้นบุคคลจึงจะสามารถเข้าสู่การเรียนรู้ในระดับวิจารณ์ญาณในระดับนี้บุคคลจะมีความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อคิด วิเคราะห์พิจารณาด้วยตนเองได้ เมื่อบุคคลผ่านการเรียนรู้ทั้ง 3 ระดับ บุคคลนั้นจะสามารถตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง^{8,26,27} และมีแนวโน้มว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน^{26,27} จากผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่อาจจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ในระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นรูปธรรมเพิ่มเติม จึงจะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาไปสู่การมีความรู้ทางสุขภาพใน

ระดับวิจารณ์ญาณได้ต่อไป

กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ที่อยู่ในระดับไม่ดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ที่อยู่ในระดับไม่ดีในทุกด้าน (ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านความรู้ ด้านรู้เท่าทันสื่อ ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านการตัดสินใจปฏิบัติ) จากการศึกษาแนวโน้มการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มใช้กัญชาทางการแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง²⁸ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหลังได้รับการรักษาด้วยกัญชา 6 เดือนพบว่า ร้อยละ 33.6 ของผู้ป่วยมีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์คือ วิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 12.1) ง่วงนอนและเหนื่อยล้า (ร้อยละ 11.2) ดังนั้น การใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้สูงอายุจึงควรระมัดระวังเป็นพิเศษเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ของกัญชา และความเสื่อมของระบบประสาทในวัยสูงอายุ²³ นอกจากนี้การใช้กัญชาในผู้สูงอายุยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย การใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบและเป็นรายบุคคล²⁹ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ถูกต้องเพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่จะเกิดตามมา โดยเน้นถึงความสำคัญของประโยชน์ ความเสี่ยงส่วนบุคคล และการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ³⁰ ความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น อันจะเป็นรากฐานสำหรับสังคมแห่งความรู้ทางสุขภาพ และตรงกับแนวคิด “พลัมพลัง” หรือ Active Aging ขององค์การอนามัยโลกอีกด้วย³¹

การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในวัยสูงอายุ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าและระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามีความรู้ทางสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่าและได้รับการศึกษาสูงกว่า³² ซึ่งเป็นผลจากการทำหน้าที่ของสมองด้านความคิดที่แตกต่างกันของแต่ละวัย²³ รวมถึงความสามารถในการรับรู้ที่แตกต่างกัน เช่น การให้ความรู้โดยการนำเสนอด้วยรูปแบบตารางช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยขึ้นชอบการนำเสนอด้วยรูปแบบกราฟมากกว่า³³ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องอาจมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณากลวิธีในการถ่ายทอดที่

แตกต่างกันตามช่วงวัยและระดับการศึกษา ผลการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์พบว่าเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชน โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่³⁴ การพัฒนาความรู้ให้ถึงระดับวิจารณ์ญาณเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถประเมิน เลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ และจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม³³ อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในชุมชนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานด้านสังคม และหน่วยงานด้านสุขภาพ²⁵ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการคือ เป็นการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างจากบริบทเดียว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม ดังนั้นผลที่ได้จากการศึกษาจึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่มีสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี multi-stage sampling ซึ่งได้รับการเชื่อถือว่าจะสามารถได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของของประชากรที่ศึกษาได้ และกระบวนการเก็บข้อมูลนักวิจัยทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับขั้นตอนและการใช้แบบสอบถามให้เป็นแนวทางเดียวกัน ก่อนลงเก็บข้อมูลจริงอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย คือ 1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้อยู่ในระดับดีขึ้นไปจะทำให้เกิดความสามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างถูกต้อง นำไปสู่การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องและปลอดภัย และ 2) ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องและมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ให้แก่วัยผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไปคือ 1) ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในผลของความแตกต่างของความรู้ทางสุขภาพในแต่ละวัยได้ยิ่งขึ้น 2) ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทแตกต่าง

ออกไป เช่น ชนเผ่า เป็นต้น และ 3) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์โดยคำนึงถึงความแตกต่างของช่วงวัยและระดับการศึกษาของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้สนใจใช้กัญชาทางการแพทย์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยการได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

References

1. Rehm J, Elton-Marshall T, Sornpaisarn B, Manthey J. Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand? *International Journal of Drug Policy*. 2019;74:47-51.
2. Chiu V, Leung J, Hall W, Stjepanović D, Degenhardt L. Public health impacts to date of the legalisation of medical and recreational cannabis use in the USA. *Neuropharmacology*. 2021;193:108610.
3. Office of the Narcotics Control Board. Narcotics Prevention and Suppression Action Plan, 2020: Office of the Narcotics Control Board, Thailand.; 2020. (in Thai)
4. MacCallum CA, Lo LA, Boivin M. "Is medical cannabis safe for my patients?" A practical review of cannabis safety considerations. *European journal of internal medicine*. 2021.
5. Arkell TR, Lintzeris N, Mills L, Suraev A, Arnold JC, McGregor IS. Driving-Related Behaviours, Attitudes and Perceptions among Australian Medical Cannabis Users: Results from the CAMS 18-19 Survey. *Accident Analysis & Prevention*. 2020;148:105784.

6. Lancaster K, Seear K, Ritter A. Making medicine; producing pleasure: A critical examination of medicinal cannabis policy and law in Victoria, Australia. *International Journal of Drug Policy*. 2017;49:117-25.
7. Khampisut J. Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Students in Naresuan University. *Journal of Educational Measurement*, Maharakham University. 2018;24(1). (in Thai)
8. Kaewdumheng K. Health Literacy: access, understand and application. Nonthaburi: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2018. (in Thai)
9. A.Flearya S, Joseph P, E.Pappagianopoulos J. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*. 2018;62:112-27.
10. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland 1998.
11. Kwanmuang Kaewdumheng, and Naramon Triphetsriurai. Health Literacy. Bangkok: Samcharoen Thailand Mall; 2011. (in Thai)
12. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández, V. L, Y., , Waters AJ, et al. Associations Between Health Literacy and Established Predictors of Smoking Cessation. *American journal of public health*. 2013;103.
13. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155:97–107.
14. Hoover DS VJ, & Shete S et al.,. Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *J Health Commun*. 2015;20.
15. Levin-Zamir, D. L, D., Gofin R. Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health education research*. 2011;26:323–35.
16. Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, Jackson RH, Nandy I, London S. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Preventive medicine*. 2001;32:313–20
17. Kittipos Wongnisanatakul. Health Literacy among Diabetic Patients at the Family Practice Center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2018;8. (in Thai)
18. Ungsinun Intarakamhang. Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales. Bangkok: Health Education Division, Ministry Of Public Health; 2017. (in Thai)
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30:607-10.
20. Chiangrai Provincial Statistical Office. Statistics report of Chiang Rai Province, 2018. Chiang Rai: Statistical Office; 2019. (in Thai)
21. Kaphingst KA, Goodman MS, MacMillan WD, Carpenter CR, Griffey RT. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *patient education counseling journal*. 2014;95:218–25.
22. Ganguli M, Hughes TF, Jia Y, Lingler J, Jacobsen E, Chang C-CH. Aging and Functional Health Literacy: A Population-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020.
23. Caroline N. Harada, Marissa C. Natelson Love, Kristen Triebel. Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2013;29:737–52.
24. Brandt L, Schultes MT, Yanagida T, Maier G, Kollmayer M, Spiel C. Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. *Public Health*. 2019;174:74-82.

25. Olisarova V, Kaas J, Staskova V, Bartlova S, Papp K, Nagorska M, et al. Health literacy and behavioral health factors in adults. *Public Health*. 2021;190:75-81.
26. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health promotion international*. 2000;15:259-67.
27. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67 2072-8.
28. Haug NA, Padula CB, Sottile JE, Vandrey R, Heinz AJ, Bonn-Miller MO. Cannabis use patterns and motives: A comparison of younger, middle-aged, and older medical cannabis dispensary patients. *Addictive Behaviors*. 2017;72:14-20.
29. Abuhasira R, Ron A, Sikorin I, Novack V. Medical Cannabis for Older Patients-Treatment Protocol and Initial Results. *Journal of clinical medicine*. 2019;8(11):1819.
30. Minerbi A, Häuser W, Fitzcharles M-A. Medical Cannabis for Older Patients. *Drugs & Aging*. 2018;36.
31. Wongsawat S. A development of aging people to become active aging. *Journal Mental Health Thai*. 2016;24:202-7. (in Thai)
32. Thompson JH, Moser DK. Poor Health Literacy is Common in Patients with a Left Ventricular Device and is Predicted by Older Age, Lower Education Levels, and Depressive Symptoms. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2020;39(4, Supplement):S40.
33. van Weert JCM, Alblas MC, van Dijk L, Jansen J. Preference for and understanding of graphs presenting health risk information. The role of age, health literacy, numeracy and graph literacy. *Patient education and counseling*. 2021;104(1):109-17.
34. Lin S-C, Chen IJ, Yu W-R, Lee S-YD, Tsai T-I. Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*. 2019;40(5):494-501.
33. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(Supplement):1-11 (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

Factors Relating to Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Preventive Behaviors of People at Bang Krachao Mueang District in Samut Sakhon Province

ปฐวี ปวกพรหม* อลิสา นิตธิธรรม ณัฐกฤตา ศิริโสภณ

Patawee Puakpromma* Alisa Nititham Nutthakritta Sirisothon

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์บางเขน, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10903

Faculty Education, Kasetsart University Bang Khen, Bangkok, Thailand 10903

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา และค่าสถิติที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร คือ ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson และ Chai-square test

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ไข้เลือดออก

Abstract

The purpose of this survey research was to study factors relating to dengue hemorrhagic fever (DHF) preventive behaviors of people at Bang Krachao Mueang District in Samut Sakhon Province. The sample were 380 people. Questionnaire was used as a research instrument in this study. Data analysis was made to descriptive statistics Pearson's product Moment Correlation Coefficient and chai-square test.

Corresponding Author : *e-mail : patawee.pua@ku.th

วันที่รับ (received) 17 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ก.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ต.ค. 2563

The results showed that the behaviors sample were at the moderate level. The correlation analysis showed that the bio-social factors in the area of age was found significantly related to dengue hemorrhagic fever (DHF) preventive behaviors of the subjects at the .05 level. For internal factors concerning knowledge, Attitude, perceived susceptibility, perceived severity and perceived

benefit were also found significantly related to dengue hemorrhagic fever (DHF) preventive behaviors of the subjects at the .05 level. In addition, external factors about receiving recommendations from family members, health professional and receiving information were found significant related to dengue hemorrhagic fever (DHF) preventive behaviors of the subjects at the .05 level.

Keyword : Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

บทนำ

ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในอดีตจะมีช่วงการระบาดของโรคเพียง 1 ครั้งในแต่ละปี คือช่วงฤดูฝน (seasonal variation) แต่ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกสามารถพบได้ตลอดปี โดยเฉพาะในพื้นที่น้ำขัง และมีการแพร่ระบาดอย่างมากในช่วงการเกิดมหาอุทกภัยของประเทศไทยที่ผ่านมา การเกิดโรคไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกวิธี ผู้ป่วยจะเกิดภาวะช็อก และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนีกลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้ยังคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 402,500 ล้านคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งเป็น single - strand RNA จัดอยู่ใน genus Flavivirus และ family Flaviviridae มี 4 serotypes คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4¹

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกนอกจากจะเป็นภาระของครอบครัวแล้วยังมีผลต่อการเรียนการทำงาน ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของญาติผู้ป่วย ตลอดจนอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอีกด้วย นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียงบประมาณของประเทศใน การรณรงค์ควบคุมและป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก² ดังนั้นทุกหน่วยงาน องค์กรชุมชนหน่วยงานภาครัฐ

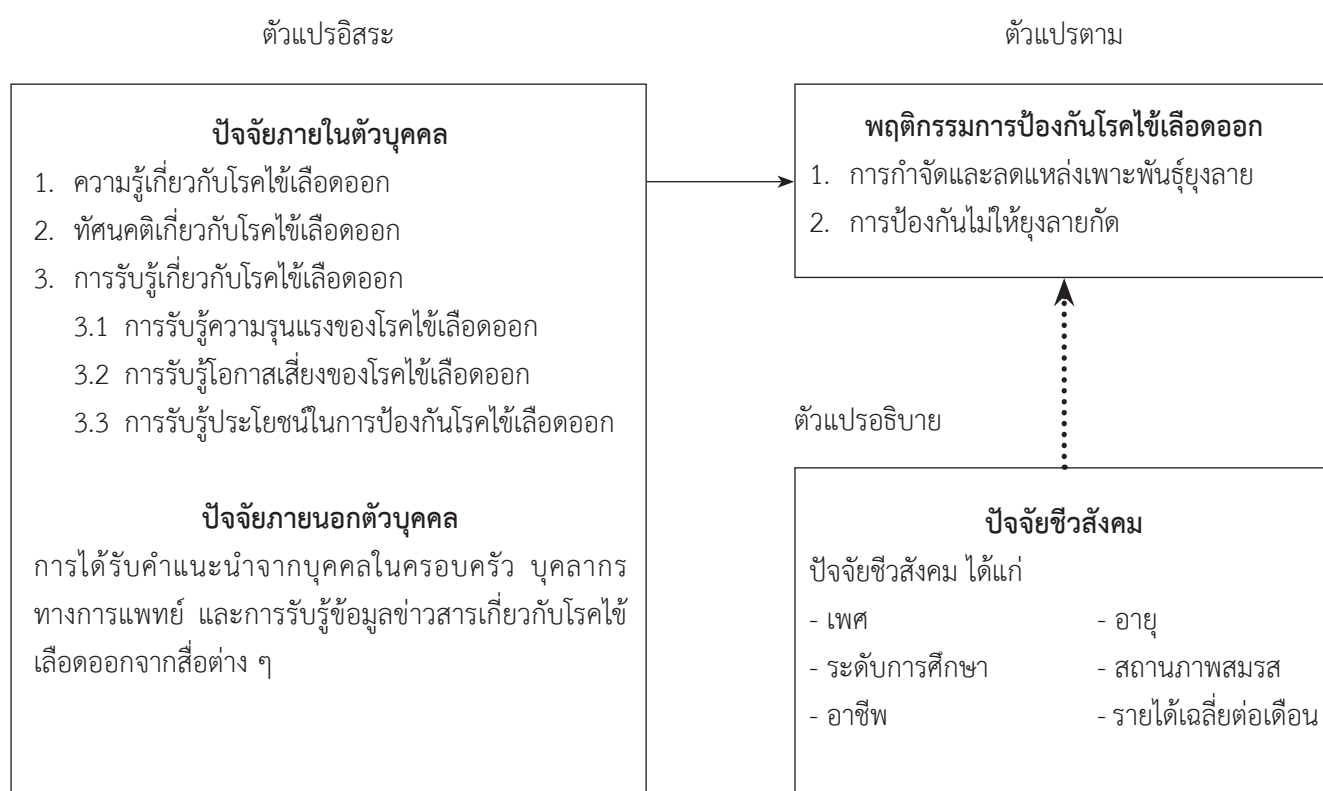
ภาคเอกชนรวมไปถึงประชาชน ต้องมีความตระหนักถึงอันตรายของโรคที่มีต่อชีวิตและสุขภาพ ซึ่งประชาชนควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มาตรการที่สำคัญที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลดีนั้น ต้องตัดวงจรการแพร่ระบาดของโรค คือ การกำจัดแหล่งโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค และป้องกันบุคคลไม่ให้เกิดเชื้อหรือเกิดโรคและกลวิธีสำคัญที่ใช้ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หรือการกำจัดลูกน้ำยุงลาย สามารถทำได้หลายวิธี เช่น วิธีการกำจัดทางกายภาพโดยการปิดฝาภาชนะที่เก็บน้ำทุกชนิด การคว่ำภาชนะที่มีน้ำขังการกำจัดทางชีวภาพ โดยการเลี้ยงปลาหางนกยูงเพื่อให้กินลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขัง วิธีการทางเคมีโดยใช้สารเคมี เช่น ใสทรายที่บีบฟอสในภาชนะที่มีน้ำขังในการดำเนินการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลดีมีความต่อเนื่องและยั่งยืนนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องมีพฤติกรรมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้องเหมาะสมมีการปฏิบัติที่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพาหะของโรคก็จะทำให้การป้องกันและควบคุมโรคได้ผลดียิ่งขึ้น³

สำหรับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตำบลบางกระเจ้าที่ผ่านมา ได้มีการสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดเตรียมจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นมาใช้ โดยเน้นการดำเนินการช่วงก่อนการระบาดของโรค เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในพื้นที่ เพื่อช่วยในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และเมื่อมีการเกิดโรคในพื้นที่ ก็จะมีทีมระดับอำเภอและตำบลเข้าไปดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค รวมถึง

สนับสนุนทางด้านวิชาการ มีการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในรูปของวัสดุ อุปกรณ์ เช่นทรายที่บีฟอส น้ำยาพ่นหมอกควัน และงบประมาณสนับสนุนในการการจัดทำกิจกรรมเพื่อการรณรงค์และประชาสัมพันธ์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น และเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกน้อยลง ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับประชาชนในเขตพื้นที่อื่น ๆ ที่มีสภาพปัญหาของโรคคล้ายคลึงกัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป และเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือประชาชนที่อาศัยอยู่ตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 380 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งตามลักษณะต่าง ๆ เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชีวิตสังคม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสถานภาพสมรส มีจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล มี 5 ด้าน ได้แก่ 1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เป็นแบบทดสอบด้านสติปัญญาความรู้สึนึกคิด 2. ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก 4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก 5. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 50 ข้อ ประเมินตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประเมินตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ประเมินตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือด้านความตรง (validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาโดยการตรวจสอบความถูกต้องครั้งนี้ด้วยวิธี IOC (Index of item objective

congruence) ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .911

คุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronhbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามครั้งนี้ด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .803 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .834 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .845 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .832 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .832 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .829 ข้อมูลทางด้านปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เท่ากับ .884 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .838

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ และวิธีการดำเนินการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการ เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการเก็บจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับในการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสตัวเลขในการบันทึกและนำข้อมูลที่ได้ไปนำเสนอโดยภาพรวม เฉพาะงานวิจัยฉบับนี้เท่านั้น และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับยินดียินดีเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและดำเนินการเก็บข้อมูล การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COE63/026 ลงวันที่ 17 มกราคม 2563 และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่ตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ในเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2563 ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำการขออนุมัติรวบรวมข้อมูล โดยการขอหนังสือรับรองจากคณบดี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูล

2. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางกระเจ้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยชีวสังคม	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก						χ ²	P - value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					2.25	.324		
ชาย	21	5.5	63	16.6	35	9.2		
หญิง	63	16.6	133	35.0	65	17.1		
อายุ					26.78	.001*		
20 – 29 ปี	15	3.9	60	15.8	101	26.6		
30 – 39 ปี	16	4.2	60	15.8	104	27.4		
40 – 49 ปี	18	4.7	41	10.8	87	22.9		
50 – 59 ปี	30	7.9	31	8.2	79	20.8		
60 ปีขึ้นไป	5	1.3	4	1.1	9	24.0		
ระดับการศึกษา							16.26	.179
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.3	5	1.3	5	1.3		
ประถมศึกษา	32	8.4	49	12.9	26	6.8		
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	3.7	26	6.8	13	3.4		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	3.7	50	13.2	30	7.9		
อนุปริญญา/ปวส.	8	2.1	23	6.1	15	3.9		

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้ผู้ร่วมวิจัยตอบด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้ร่วมวิจัยที่ไม่สะดวกในการเขียน-อ่าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ผู้ร่วมวิจัยตอบทีละข้อ และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

4. ตรวจสอบแบบสอบถามแต่ละฉบับให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ สำหรับส่วนที่ไม่สมบูรณ์ขอความร่วมมือให้กลุ่มประชากรตอบจนครบสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลบางกระเจ้ารวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับระดับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลบางกระเจ้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัยชีวสังคม	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก						χ ²	P - value	
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานะ	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	14	3.7	41	10.8	11	2.9		
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3	2	0.5	0	0.0		
							7.29	.295	
	โสด	13	3.4	55	14.5	20	5.3		
	สมรส	61	16.1	126	33.2	69	18.2		
	หย่า/แยกกันอยู่	5	1.3	9	2.4	5	1.3		
อาชีพ	ไม่ระบุสถานะ	5	1.3	6	1.6	6	1.6		
							21.00	.102	
	เกษตรกร	7	1.8	12	3.2	8	2.1		
	ประมง	6	1.6	26	6.8	20	5.3		
	รับจ้าง	35	9.2	74	19.5	32	8.4		
	ค้าขาย	9	2.4	38	10.0	20	5.3		
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	1.8	12	3.2	6	1.6		
	นักเรียน/นิสิต-นักศึกษา	3	0.8	15	3.9	2	0.5		
	แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	13	3.4	14	3.7	8	2.1		
	อื่น ๆ (ขายของออนไลน์ , ธุรกิจส่วนตัว)	4	1.1	5	1.3	4	1.1	1.1	
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							7.01	.135
	น้อยกว่า 5,000 บาท	11	2.9	37	9.7	21	5.5		
	5,000 – 10,000 บาท	21	5.5	42	11.1	32	8.4		
	10,001บาทขึ้นไป	52	13.7	117	30.8	47	12.4		

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยชีวสังคม อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		P - value
	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
	ของประชาชนตำบลบางกระเจ้า		
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	.371		.000*
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	.360		.000*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	.265		.000*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	.378		.000*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกัน	.344		.000*
และควบคุมโรคไข้เลือดออก			

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนตำบลบางกระเจ้า	P - value
การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ	.509	.000*

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าปัจจัยชีวสังคม อายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี อาจมีช่องทางการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากกว่าในวัยอื่น ๆ เช่น การใช้โซเชียลมีเดียในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งในผู้สูงอายุ ยังอาจเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้น้อยกว่าอายุ 30-39 ปีสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05⁴ เนื่องจากเด็กอาจจะยังไม่มีประสบการณ์ที่เพียงพอและอาจใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ที่โรงเรียนส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบมากกว่าและใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านทำให้มีเวลามากกว่า

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน

เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนจังหวัดจันทบุรี พบว่า ประชาชนที่มีที่ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นข้อเท็จจริง ก็จะสามารถทราบถึงวิธีการติดต่อ อันตรายหรือความรุนแรงและการป้องกันโรคที่ถูกวิธี อีกทั้งยังนำความรู้ที่ได้นั้นไปบอก แนะนำสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านให้มีการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้อง⁵ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก : ศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่อ่อนแอของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ทักษะคิดต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁶ อธิบายได้ว่า ทักษะคิดเป็นผลมาจากการเรียนรู้และความรู้สึก เมื่อคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีความรู้สึกชอบหรือพึงพอใจต่อสิ่งนั้นแล้ว สิ่งก็ตามมาก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่ง จากการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรม

ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมกกว่าบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ⁸ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกกับตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก จังหวัดอำนาจเจริญ ที่พบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกและตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์ของโรคไข้เลือดออกสูง ก็จะมีแนวโน้มที่แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมกกว่า และการที่แต่ละบุคคลจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือมีการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์เหมาะสมที่จะทำให้โรคนั้นหายสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดกับหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดในพื้นที่ อำเภอยะผาย จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดมีคะแนน ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติมากกว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05⁹

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางสาธารณสุข และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลบางกระเจ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .509 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า สิ่งที่คุณจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากผู้อื่น อันเป็นผล

จากการกระทำของตน สิ่งที่คุณจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ (Reward) คำชมเชย ผลตอบแทน (Incentive) การให้กำลังใจ การยอมรับ หรือการตำหนิต่อตนเอง การลงโทษ (Punishment) หรือการไม่ยอมรับ การกระทำนั้น ซึ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู นายจ้าง หัวหน้างาน คนไข้ บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจ เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนและสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับสนับสนุนหรือกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง พบว่า การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจดูด้วยตัวเอง¹⁰

สรุปได้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.68 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 27.37 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 28.16 สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.37 มีอาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง ร้อยละ 37.11 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 56.84

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.68 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.63 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับดี ร้อยละ 37.37 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.89 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง ร้อยละ 39.21 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 32.63 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง ร้อยละ 38.68 รองลงมาอยู่ในระดับระดับน้อย ร้อยละ 34.47

มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค และควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.58 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 29.47 ได้รับข้อมูลทางด้าน ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลต่อโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.05 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 33.95 และมี พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.58 รองลงมาอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 26.32

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือด ออก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคล ในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรส่งเสริมพฤติกรรมและ ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่ประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดอบรม สัมมนา โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน ควรเน้นให้ประชาชนเกิดความรู้ ทัศนคติ รวมไปถึง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความ รุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตลอดจนการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับ ควรปรับปรุง ดังนั้น การที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ดีและต่อเนื่องควรให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน ร่วมกันจัดทำโครงการและ กิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่องและจริงจัง มุ่งเน้นกิจกรรมการ ป้องกันโรคที่สามารถเข้าถึงได้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันยุงลายกัด การกำจัดลูกน้ำยุงลายทั้งทางด้าน กายภาพ ชีวภาพ และเคมี ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วย โรคไข้เลือดออกลดลงในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบล บางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง การมีส่วนร่วม ขององค์การส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน ในเขตตำบลบางกระเจ้าในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก เพื่อที่จะได้ข้อมูลในเชิงลึกและเป็นประโยชน์ ในมุมมองของชุมชนโดยตรงสามารถนำไปใช้ปรับใช้กับการ ดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป

3. ควรมีการขยายผลในการศึกษาวิจัยครั้งต่อ ๆ ไป ในเขตพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะพื้นที่แตกต่างกัน เนื่องจากโรคไข้ เลือดออกสามารถแพร่กระจายได้ทุก ๆ พื้นที่ เพื่อจะได้นำผล การศึกษามาปรับใช้ได้เหมาะสม เช่น ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในจังหวัด สมุทรสาคร

References

1. World Health, O. Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. 2009, Geneva: World Health Organization. 1-147.
2. Supaporn B. The Effect Of Promoting Critical Thinking Program On Caregivers' Ability To Early Detection And Care For Child At-Risk Of Dengue Hemorrhagic Fever. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15 (suppl): 261-269. (in Thai)
3. Jackie H. Developing Critical Thinking in the Perioperative Environment. AORN Journal (2) : 248-256; (2010).
4. Chakrit N. Factors influencing dengue hemorrhagic fever (DHF) preventive behavior of people in Lao Khwan district, Kanchanaburi province. M.Sc. (Environmental Science): Silpakorn university; 2014. (in Thai).
5. Aekkarat K. Factors Relating to Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Preventive Behaviors in People of Nonthaburi Province. Master of Public Health.: Burapha university; 2010. (in Thai).
6. Samran S. Factors affecting dengue hemorrhagic fever control-related health behavior between the DHF control active community and DHF control inactive community in Nakhon Sawan province. M. Sc. (Health Education): Kasetsart university; 2014. (in Thai).
7. Theerasak M. The effectiveness of Health education activity with Social support from Village Health Volunteers to Preventive behavior on hemorrhagic fever and diarrhea among Family health Leaders in Trang Province. Srinakharinwirot university; 2014. (in Thai).
8. Siriporn P. Health Beliefs and Self-care Behaviors in Diabetes Mellitus Patients at Lee Hospital, Lamphun Province M.Ed. (Education Psychology and Guidance) Chiang Mai university; 2015. (in Thai).
9. Ruetai S. A Comparative Study of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behavior among the people living in the Epidemic and Non-epidemic Villages :A case study in Phimai District, Nakhon Rachasima Province. M.Sc. (Health Education). Department of Health Education Faculty of Public Health KhonKaen University; 2012. (in Thai).
10. Janporn J. Factors related to dengue haemorrhagic fever prevention and controlling behaviors of people in Sop Prap Tambon Municipality, Sop Prap District, Lampang Province. M.Ns. (Community Nursing) Chiang Mai university; 2012. (in Thai)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร

Health Literacy and Dengue Control and Prevention Behaviors of People in Min Buri District Bangkok

พิชยารัตน์ จันทร์เพ็ญ* อลิสา นิติธรรม ณัฐกฤตา ศิริโสภณ

Pichayarat Chanpen* Alisa Nititham Nutthakritta Sirisophon

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์บางเขน, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10903

Faculty Education, Kasetsart University Bang Khen, Bangkok, Thailand 10903

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 410 คนโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่า Chi-Square test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับควรปรับปรุง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล อายุ อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรอบรู้ทางสุขภาพได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ความเข้าใจในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก การสื่อสารในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดการตนเอง ให้ความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก การตัดสินใจในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกและ การรู้เท่าทันสื่อในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ไข้เลือดออก, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

The purposes of this survey research was to study of relationship between Health Literacy and Dengue Control and Prevention Behaviors of People in Min Buri District Bangkok. The sample were 410 people selected by random sampling. Questionnaires was used as research instrument in this study developed by researcher. Data analysis was made for frequency, percentage, mean, maximum-minimum, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Corresponding Author: *E-mail: krongkaew@pnc.ac.th

วันที่รับ (received) 21 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 มิ.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 ก.ค. 2565

The results showed that the behaviors sample were at the moderate level. The correlation analysis showed that the personal factors in the area of age and occupation and salary had relationship with the Control and Prevention Behaviors of People in Min Buri District Bangkok statistical significant at the level .05. The study results showed that health literacy include access to health information and health services for the control and prevention of dengue fever, knowledge of Control and Prevention Behaviors communication for Control and Prevention Behaviors, safe self managed dengue fever, decisions about Control and Prevention Behaviors media literacy for Control and Prevention Behaviors had relationship with the Control and Prevention Behaviors of People in Min Buri District Bangkok statistical significant at the level .05.

Keyword : Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), Health Literacy

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีโดยมี ยุงลายเป็นพาหะนำโรคทำให้เกิดการเจ็บป่วยหากรุนแรงอาจ เกิดการช็อกทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อทางสังคม เศรษฐกิจและสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ระดับครอบครัวชุมชน จนถึงระดับชาติ โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขใน หลายประเทศทั่วโลกเนื่องจากโรคนี้ได้แพร่กระจายอย่างกว้าง และมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก โรคนี้กลายเป็นโรคประจำถิ่น และยังคงคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบในประเทศเขตร้อน และเขตอบอุ่น โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกี สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ¹ โดยมียุงลายเป็นพาหะ นำโรคทำให้เกิดการเจ็บป่วยหากรุนแรงอาจเกิดการช็อกทำให้ เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว¹ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้ เลือดออก นอกจากจะเป็นภาระของครอบครัวแล้วยังมีผลต่อ การเรียน การทำงาน ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของญาติผู้ป่วย ตลอดจนอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัย อันควรอีกด้วย² โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลาย ประเทศทั่วโลก³

จากผลกระทบของโรคไข้เลือดออก ดังกล่าวข้างต้น ทุกหน่วยงาน ต้องมีความตระหนักถึงอันตรายของโรคที่มีต่อชีวิต และสุขภาพ โดยประชาชนควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการ ป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนมาตรการที่สำคัญที่ ใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลดีนั้น ต้องตั้งดวงจรการแพร่ระบาดของโรค คือ การกำจัดแหล่ง โรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค และป้องกันบุคคลไม่ให้ติดเชื้อหรือเกิดโรค ซึ่งความต่อเนื่อง และยั่งยืนนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องมีพฤติกรรมในการ

ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้องเหมาะสม มีการ ปฏิบัติที่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พาหะของโรคก็จะทำให้การป้องกันและควบคุมโรคได้ผลดี ยิ่งขึ้น⁴

ในประเทศไทยพบว่าการเกิดโรคไข้เลือดออก ระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ ผู้ป่วย ประมาณ 2,000 กว่าราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 14 ในระยะ 5 ปีต่อจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปีส่วนใหญ่ รายงานจากกรุงเทพฯ และธนบุรี หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้ แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ จนในที่สุดก็พบว่ามียารายงาน ผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย ซึ่งประเทศไทย จัดเป็นประเทศในกลุ่มที่มีการระบาดโรคสูงเป็นอันดับ 6 ใน 30 ประเทศ³ อัตราป่วยสะสมโรคไข้เลือดออกจำแนกตาม รายภาคในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 8 พฤษภาคม 2562 พบว่า ภาคกลางมีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุดถึง 8,140 ราย ผู้ป่วยตาย 14 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สถานการณ์โรค ไข้เลือดออกนั้นพบผู้ป่วยแล้วถึง 1,552 ราย และผู้ป่วยตาย 1 ราย ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในประเทศไทย⁵

กองสุศึกษาฯมีเป้าประสงค์ให้คนไทยทุกคนมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจึงได้นำแนวคิดของความรู้ด้าน สุขภาพมาใช้เป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการทางาน สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากความรู้ด้าน สุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา⁶ เมื่อ บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพน้อยและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ถูกต้องก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ดี ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ ลำบากในแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็น ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้นการเสริมสร้างให้บุคคลมี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น⁷

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพนักงานช่วยงานด้านควบคุมโรค รับผิดชอบและควบคุมงานงานควบคุมโรคเขตมินบุรี มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้กับตนเองและครอบครัวโดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ดังเช่น โรคไข้เลือดออกผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเพื่ออธิบายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁷ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ

ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับ จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการค้นคว้าและศึกษาหารูปแบบการจัดโปรแกรมสุขภาพในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและกำหนดนโยบาย แนวทางหรือมาตรการ รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. ความรู้ความเข้าใจ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
3. การสื่อสาร ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
4. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก
5. การตัดสินใจ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
6. การรู้เท่าทันสื่อในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมควบคุมและป้องกัน
โรคไข้เลือดออกของประชาชน
ในเขตมินบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานครอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือประชาชนที่อาศัยอยู่
ประชาชนในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน 410 คน
โดยกำหนดตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)
โดยเก็บข้อมูลจากฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักงานเขตมีนบุรี เดือน
เมษายน 2562 โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1. เป็น
ประชาชนที่มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย 2. เป็นประชาชนที่มี
ทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในเขตมีนบุรี 3. เป็นประชาชนทั้ง
เพศชายและเพศหญิงมีความพร้อมสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็น
แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลให้มี
ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้
ในการวิจัยแบ่งตามลักษณะต่าง ๆ เป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ได้แก่ 1. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ
ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก 2. ความรู้ความเข้าใจ
ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก 3. การสื่อสารในการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก 4. การจัดการตนเองให้มี
ความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก 5. การตัดสินใจ ในการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก 6.การรู้เท่าทันสื่อในการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 57 ข้อ ประเมิน
ตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุม
และป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามที่สร้างตามแบบการ
วัดของ Likert's Scale แบบRating scale มี 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือด้านความตรง (validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความ
ตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถาม
ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาโดยการตรวจสอบความถูกต้อง

ครั้งนี้ด้วยวิธี IOC (Index of item objective congruence)
ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .912

คุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชน
ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียง
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์
หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronhbach's alpha
coefficient ได้ผลความเชื่อมั่นได้ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูล
ทางสุขภาพเท่ากับ .828 ด้านความรู้ความเข้าใจเท่ากับ .709
ด้านการสื่อสารเท่ากับ .707 ด้านการจัดการตนเองเท่ากับ .939
ด้านการตัดสินใจเท่ากับ .883 ด้านการรู้เท่าทันสื่อเท่ากับ .736
ด้านพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
เท่ากับ .864

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ วิธีการดำเนินการศึกษา
สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ให้กลุ่ม
ตัวอย่างได้ทราบ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษา
สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ โดยไม่จำเป็นต้องชี้แจง
เหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้
จากการเก็บจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การดำเนิน
การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
เพื่อการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COE63/038
วันที่ได้รับจริยธรรมการวิจัย 4 มีนาคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดย
ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่ประชาชนในเขตมีนบุรี
กรุงเทพมหานคร ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ดำเนินการ
เก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัย
กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำการขออนุมัติรวบรวมข้อมูล โดยการ
ขอหนังสือรับรองจากคณบดี คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี
เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรวบรวม
ข้อมูล
2. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มินบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้ผู้ร่วมวิจัยตอบด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อ 1 ฉบับ ผู้ร่วมวิจัยที่ไม่สะดวกในการเขียน-อ่าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้ร่วมวิจัยตอบที่ละข้อ และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

4. ตรวจสอบแบบสอบถาม แต่ละฉบับให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ สำหรับส่วนที่ไม่สมบูรณ์ขอความร่วมมือให้กลุ่มประชากรตอบจนครบสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เป็นการบรรยายข้อมูล โดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้ทดสอบค่า Chi- Square test

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยวิธีการของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของของกลุ่มตัวอย่าง n = 410

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรรมการคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของของกลุ่มตัวอย่าง						x ²	p - value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							2.95	.229
ชาย	93	22.70	24	5.90	37	9.00		
หญิง	317	77.30	87	21.20	97		23.70	
อายุ							22.30*	.004
20-29 ปี		11	2.70	9	2.20	22	5.40	
30-39 ปี	7	1.70	8	2.00	16	3.90		
40-49 ปี		23	5.60	20	4.90	25	6.10	
50-59 ปี	70	17.10	36	8.80	33	8.04		
60 ปีขึ้นไป	54	13.20	38	9.30	38	9.26		
ระดับการศึกษา							9.96	.620
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.50	2	0.50	2	0.50		
ประถมศึกษาตอนต้น	50	12.20	38	9.30	36	8.80		
ประถมศึกษาตอนปลาย	25	6.10	14	3.40	15	3.70		
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	4.60	18	4.40	26	6.30		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	25	6.10	14	3.40	15	3.70		

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง
n = 410 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการการคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของของกลุ่มตัวอย่าง						x ²	p - value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปวส./อนุปริญญา	19	4.60	12	2.90	20	4.90		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	23	5.60	10	2.40	10	2.40		
รับจ้างทั่วไป	44	10.70	37	9.00	56	13.70		
อื่นๆ	47	11.50	22	5.40	24	5.90		
รายได้							19.89*	.011
ต่ำกว่า 10,000 บาท	127	31.00	90	22.00	98	23.90		
10,000–19,999 บาท	23	5.60	15	3.70	25	6.10		
20,000–29,999 บาท	2	0.5	5	1.20	9	2.20		
30,000–39,999 บาท	8	2.00	-	-	2	0.5		
สูงกว่า 39,999 บาท	5	1.20	1	0.2	-	-		

p* < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล อายุ อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน เพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการการคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value
การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ	.342**	.000
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.158**	.001
การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างทางสุขภาพ	.367**	.000
การจัดการตนเองทางสุขภาพ	.398**	.000
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	.450**	.000
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.200**	.000

p* < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างทางสุขภาพ การจัดการตนเองทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อายุ อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนเพศ และ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้มีรายได้สูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก⁸ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะคนที่มีความร่ำรวยน้อย จะคำนึงถึงรายจ่ายถ้าหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น อาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น จึงมีแรงจูงใจในไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคไข้เลือดออก ดังนั้นรายได้จึงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก⁹ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ใช่ทุกอาชีพที่จะมีส่วนร่วมได้ เพราะบางอาชีพมีเวลาเป็นข้อจำกัด เช่น อาชีพพนักงานบริษัทและอาชีพรับจ้างทั่วไปที่อาจไม่มีเวลามากพอในการมีส่วนร่วม ดังนั้นอาชีพจึงมีผลต่อระดับพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 33.90 รองลงมาคืออายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 31.70 ผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการทำแบบสอบถามจะเป็นกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปเกือบร้อยละ 70 จะมีระดับพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าไม่ใช่บุคคลทุกวัยที่จะมีส่วนร่วม เพราะการมี พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้นอาจขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาที่อยู่ในที่พักอาศัย วัยทำงานจะต้องออกไปทำงาน และไม่ค่อยมีเวลาอยู่ที่ที่พักอาศัย ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุ ที่ ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยได้ออกไปทำงาน จึงทำให้มีเวลาดูแลความ สะอาดเรียบร้อยของที่พักอาศัย อันนำมาซึ่งพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อให้เกิดการแสดง

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก¹⁰

ด้านความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 37.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 32.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง และอีกร้อยละ 30.00 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

หากวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยจำแนกเป็นรายด้าน ของความรู้ด้านสุขภาพจำสามารถจำแนกได้ดังนี้

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่ามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นไปตาม สมมุติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.10 รองลงมาที่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 34.20 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หากประชาชน มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ สามารถเข้ารับบริการ และป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ สอดคล้องกับกรมควบคุมโรค⁵ ได้อธิบายแนวทางการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารของประชาชน ว่าต้องอาศัยสร้างความเข้าใจให้ ประชาชน และสนับสนุน แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านโรคติดต่อ ที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูล จึงจะทำให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรับรู้และการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสาร พบว่า การที่ประชาชนมีการรับรู้และการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารได้ต่ำ จะทำให้ประชาชนดูแลตัวเองได้น้อย ป้องกันตนเองจากโรคได้ไม่ดี¹¹

ความรู้ความเข้าใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.00 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32.40 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออกจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดี เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ก็จะทำให้ประชาชนนำความรู้ ที่ได้มาปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนใน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁹

การสื่อสารทางสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน
ในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน
โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสื่อสารทางสุขภาพอยู่ในระดับ
ต่ำร้อยละ 40.20 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.70
ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสื่อสาร เป็นกระบวนการสำคัญทาง
สุขศึกษาที่นำมาใช้พัฒนาสุขภาพประชาชนให้มีความสามารถ
ในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี
สอดคล้องการศึกษาทักษะการสื่อสาร กล่าวว่าทักษะการสื่อสาร
และการใช้สื่อประสมประเภทต่าง ๆ (multi media) ในการ
เผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน
ที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก ในระดับปัจเจกบุคคล และ
สังคมรวมทั้งเป็นแรงเสริมให้คนมีพฤติกรรมเรียนรู้ ข้อมูล
สุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับ
ตนเองได้¹²

การจัดการตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี
กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานโดยกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 39.00
รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.00 ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาการจัดการตนเอง ได้กล่าวว่า การจัดการตนเอง
เป็นการควบคุมภาวะเจ็บป่วย เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม และเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุม
อาการความเจ็บป่วยของโรคด้วยตนเอง¹³ และยังสอดคล้อง
กับการศึกษาเรื่องการจัดการตนเอง ที่กล่าวไว้ว่าการจัดการ
ตนเองเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ บุคคลสามารถ
เรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างมีระบบ ซึ่งปัจจุบันการจัดการ
ตนเองมาปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ โดยที่การจัดการตนเอง
จะทำให้บุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับโรค เพื่อให้สามารถควบคุมโรค
ได้อย่างเหมาะสม¹⁴

การตัดสินใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
คุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี
กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่พบว่าประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร
ส่วนใหญ่มีการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 37.80 รองลงมา
มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.30 ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับ

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสา
สมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ
ด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวก ที่ระดับสูง กับ
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสา
สมัครสาธารณสุข (อสม.)¹⁵ อธิบายได้ว่าทักษะการตัดสินใจ
ของประชาชน ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
จะมีการคิดและวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา กำหนดทางเลือก
และวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ให้กับตนเอง
และสมาชิกในครอบครัว โดยประชาชนจะคำนึงถึงผลดีที่จะได้
รับมีมากกว่าผลเสียที่จะได้รับ

การรู้เท่าทันสื่อ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี
กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานโดยกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่ พบว่ามีการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.40
รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 29.00 ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับ
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสา
สมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่าการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
อธิบายได้ว่า ปัจจุบันนี้สื่อมีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เป็น
อย่างมาก เพราะสื่อสามารถนำเสนอทำให้ประชาชนมีพฤติกรรม
สุขภาพทางบวกหรือทางลบได้ ดังนั้นการรู้เท่าทันสื่อ จะนำมา
ซึ่งการทำให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก¹⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง
ยังมีทักษะในการเลือกปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ควรให้ความสำคัญ
กับการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำดังนั้นควรมีการประเมิน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อนำไปเลือก
วิธีการให้ความรู้ ที่เหมาะสมแก่ประชาชน
3. ตัวแปรด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
การจัดการตนเองการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น
ควรให้ความสำคัญกับการ เสริมสร้างกระบวนการคิดวิเคราะห์
และเลือกตัดสินใจปฏิบัติแก่ประชาชน
4. องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์

ประกอบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุม
และป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ
ควรมีนโยบาย แผนงาน และมีการณรงค์ส่งเสริมความรอบรู้
ด้านสุขภาพ แก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริม
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกัน
โรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษา
เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ ประชาชนในด้าน
อื่น ๆ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

References

1. Nuntita Kunracha. Supaporn Trongsakul. Wannarat
Lawang. Phitsanuruk Kanthawee. Factor
Related to Dengue Hemorrhagic Fever
Preventive Behavior and Control Among Akha
Hill Tribe in Mae Chan. 2017; Chiang Rai.
Master degree student of Public Health. School
of Health Science, Mae Fah Luang University.
(in Thai).
2. The Effect Of Promoting Critical Thinking Program
On Caregivers' Ability To Early Detection
And Care For Child At-Risk Of Dengue
Hemorrhagic Fever. Journal of The Royal
Thai Army Nurese. 2014; 15 (suppl): 261-269.
(in Thai)
3. Department of Disease Control. Technical
manual for dengue infections and diseases
Dengue fever in medicine and public health.
2015; Aksorn Graphic and Design Publication
Limited Partnership. Bangkok.
4. Theerapong T. Ausa T. Dengue.1st. Bangkok:
textandjournal Publishing; 2018.
5. Darin A. Supawadee P. Wirot I, Rattanapron B.
editors. Dengue Fever Prognosis Report.
Nonthaburi :Department of Disease Control;
2019. Sponsored institution of Communicable
Diseases by Insects.
6. Rootman I. Health literacy, what should we do
about it? Presentation the faculty of education
at the university of victoria. british. Columbia:
Canada Personal Communication. 2009.
7. Health Education Division. Health Literacy.1st.
Bangkok: New Thammada Publishing; 2018.
8. SamranSiriphakhamongkhon. Factors affecting
dengue hemorrhagic fever control-related
health behavior between the DHF control
active community and DHF control inactive
community in Nakhon Sawan province. M.Sc.
(Health Education): Kasetsart university; 2014.
(in Thai).
9. Banteng Suphan. Poonsuk Chuoytong.
Supreya Tansakun. Wongdean Pandee.
National academic conference; 2012.
Srinakharinwirot University. Bangkok:
Srinakharinwirot University Publishing; 2012.
10. Nikom Keawwandee. Waraphorn Siriswang,
Sirikwan Borriharn. Factors Relating to the
Participation of People in Prevention and
Control of Dengue Hemorrhagic Fever in
Nakhonjaedee Subdistrict Pasang District,
Lamphun Province. M.Sc; Chang mai Rajaphat
university; 2014. (in Thai).
11. Dewalt, D.A. et al. Literacy and health outcomes:
a systematic review of the literature. J Gen
Intern Med, 2004. 19(12): p. 1228-39.

12. Malinee S. Health communication situation. Journal of Health Education. 2008. (31):1-11.
13. Creer, L. T. Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation. California: Academic; 2000.
14. Iadawan Ritklar. Chodchoi Wattana. Peerapong Kitipawong. Effects of a Self-management Program on Self-management Behaviors, Dyspnea, Activities of Daily Living, and Quality of Life among Patients with Congestive Heart Failure. M.N.S. 2012 ; Thammasat University.
15. Anchalee Chantarintrakorn. Relationship between Health Literacy and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors of Public Health Volunteers in Suanluang Subdistrict Municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province. 2014; M.Sc. (Health Education).: Kasetsart university. (in Thai).

ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี

Predictive Factors of Dual Contraceptive Protection among Female Vocational Students In Chon Buri Province

ภัทราภรณ์ ปามุทา รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์* Pornnapa Homsin
Pattraporn Pamuta Rungrat Srisuriyawate* Pornnapa Homsin
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20130
Faculty of Nursing Burapha University, Chonburi, Thailand, 20130

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราของการคุมกำเนิดแบบสองวิธีและปัจจัยทำนาย การคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงอายุ 18-24 ปี ที่ระบุว่ามีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 393 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีอัตราการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 64.6 และปัจจัยที่สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Adjusted Odds Ratio (AOR) = 1.082, 95%CI = 1.003-1.266), การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ (AOR = 1.148, 95%CI = 1.003-1.313) และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 1.188, 95%CI = 1.005-1.405), การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน (AOR = 1.587, 95%CI = 1.275-1.976), และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 4.172, 95%CI = 2.728-6.380) ในขณะที่ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 0.946, 95%CI = 0.827-1.083) และการสนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 0.922, 95%CI = 0.760-1.119) ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้

การส่งเสริมให้เยาวชนหญิงที่มีความเสี่ยงใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีควรเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ และความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการปฏิเสธ

คำสำคัญ : การคุมกำเนิดแบบสองวิธี การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract

This study aimed to determine prevalence rate and predictors of dual contraceptive protection among female vocational students in Chon Buri province. The samples of 393 female vocational students aged 18-24 years old who were sexually active within last six months. The e-questionnaires were used to collect the data. Descriptive statistics and Binary Logistic Regression were employed for data analysis

Corresponding Author: *E-mail: sroongrat12@gmail.com

วันที่รับ (received) 14 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 ส.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ก.ย. 2563

The findings indicated that 64.6% of the female vocational students reported they have used the dual contraceptive protection. Predicting factors of dual contraceptive protection were knowledge of dual contraceptive protection (Adjusted Odds Ratio (AOR) = 1.082, 95%CI = 1.003-1.266); perception about risk of sexually transmitted disease and un-wanted pregnancy (AOR = 1.148, 95%CI = 1.003-1.313); perception about benefits of dual contraception protection (AOR = 1.188, 95%CI = 1.005-1.405); communication about dual contraceptive protection with partner (AOR = 1.587, 95%CI = 1.275-1.976); and self-efficacy of dual contraceptive protection (AOR = 4.172, 95%CI = 2.728-6.380). However, the attitude towards the dual contraceptive protection (AOR = 0.946, 95%CI = 0.827-1.083) and the contraception partner support (AOR = 0.922, 95%CI = 0.760-1.119) could not predict the dual contraceptive protection.

To promote dual contraceptive protection among female youth at risk, it is recommended to provide information related benefits of protection, STIDs risks, and communication skill training.

Keywords : Dual Protection, unwanted pregnancy, sexually transmitted disease

บทนำ

การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญในทั่วทุกภูมิภาคของโลก โดยพบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีการตั้งครรภ์และให้กำเนิดปีละประมาณ 10 ล้านคน และมีการทำแท้งโดยประมาณ 5.6 ล้านครั้งที่เกิดขึ้นในแต่ละปี ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่า 3.9 ล้านคน มีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย¹ ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวเช่นกัน จากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559-2561 พบว่า การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี มีจำนวนมากถึง 94,584, 84,578 และ 72,566 คนต่อการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 14.2, 12.9 และ 11.5 ตามลำดับ แม้สถิติในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมาการคลอดในวัยรุ่นเริ่มมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามปัญหาการคลอดซ้ำในวัยรุ่นยังคงมีปัญหามากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย โดยพบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุ 19 ปี พ.ศ.2561 เท่ากับร้อยละ 16.4 สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ไม่เกินร้อยละ 10² ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาเหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขที่รอบด้าน จังหวัดชลบุรี เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือมีจำนวนการคลอดเท่ากับ 2,253 คน คิดเป็น 50.1 ต่อพันประชากร³ ดังนั้นวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีเป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีอัตราความเสี่ยงสูงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และอยู่ในอันดับหนึ่งของประเทศ ซึ่งสภาพปัญหา ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเยาวชน อาทิเช่น แนวโน้มอัตราการป่วยด้วยโรค

ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของช่วงอายุ 15-24 ปี ใน พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2561 ต่อแสนประชากร เท่ากับ 143.9, 161.2 และ 189.5 ตามลำดับ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น พบในช่วงอายุ 15-24 ปี มากที่สุด⁴ ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นหญิง

จากสภาพปัญหาดังกล่าว สะท้อนว่าปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือการป้องกันที่ไม่ถูกวิธี หรืออีกนัยหนึ่งคือ สะท้อนความล้มเหลวในการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ที่ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในปัจจุบัน ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นไทย ทั้งนี้การคุมกำเนิดที่น่าเชื่อถือได้ในปัจจุบันแต่ละวิธียังคงมีจุดด้อยที่แตกต่างกัน เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจำเป็นต้องรับประทานสม่ำเสมอและไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ การใช้ถุงยางอนามัยมีโอกาสฉีกขาดแตกได้⁵ การคุมกำเนิดเหล่านี้สามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ แต่มีวิธีเดียวที่จะช่วยป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือการใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual Protection) หมายถึง การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดชนิดอื่นๆ ในคราวเดียวกันของการมีเพศสัมพันธ์⁵

จากการทบทวนศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการศึกษามากเกี่ยวกับพฤติกรรมและการคุมกำเนิดของวัยรุ่น แต่เป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดหรือการใช้ถุงยางอนามัย อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น^{6,7,8} และ

การศึกษาส่วนใหญ่เน้นกลุ่มมารดาวัยรุ่น^{9,10} หรือศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์และไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์^{6,11} ผลการศึกษาจึงมีข้อจำกัดในอ้างอิงถึงประชากรวัยรุ่นหญิงทั่วไปที่มีพฤติกรรมทางเพศเป็นปัจจุบัน ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะองค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Dual Protection) ยังมีอยู่จำกัดมาก มีเพียงการศึกษาเดียวในประเทศไทยที่ศึกษาพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในวัยรุ่นหญิงในภาคใต้ตอนบน¹² ซึ่งมีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกับวัยรุ่นไทยทั่วไป ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีในวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในบริบทที่มีสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกันจึงมีความสำคัญ

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าวัยรุ่นหญิงยังขาดความรู้ และทัศนคติ ในเรื่องของการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ส่วนหนึ่งเกิดจากมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศ และการเลือกวิธีการคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ที่ยังไม่ปลอดภัย และยังไม่มีประสิทธิภาพ วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิดและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับที่ต่ำมาก^{6,7} วัยรุ่นใช้การคุมกำเนิดหลายวิธีร่วมกัน โดยใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับยาเม็ดคุมกำเนิด และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินเพียงร้อยละ 16.98 รองลงมาใช้วิธีหลังข้างนอก ใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 13.89¹² และจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัยหรือการใช้ยาคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่ามีปัจจัยหลายกลุ่ม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด^{6,12,13} ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด^{7,10,12,14,15} การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์^{8,16} การรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิด⁸ การสนับสนุนของคู่นอนในการคุมกำเนิด^{7,9} นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{8,9,10,12,15} และทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ^{11,13,17,18} มีผลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดด้วย

การศึกษานี้จึงใช้ The Information Motivation Behavioral Skills Model^{19,20} เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม ปัจจัยกลุ่มแรกคือการได้รับข้อมูลความรู้ (Prevention information) ข้อมูลความรู้มีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรมและนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Prevention behavior) ปัจจัยกลุ่มที่สอง คือ แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน

(Prevention motivation) แรงจูงใจหรือทัศนคติ เป็นตัวผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจระดับบุคคล คือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และแรงจูงใจระดับสังคม คือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และประการสุดท้ายคือทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Skills) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมรวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วย

โดยในการศึกษานี้ได้เลือกศึกษาปัจจัยปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ดังต่อไปนี้ตามกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้นได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลในการคุมกำเนิด ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิด 2) แรงจูงใจในการคุมกำเนิด ประกอบด้วย ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนของคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และ 3) การมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำในการคุมกำเนิด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้อธิบายสถานการณ์ปัญหาการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง โดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในวัยรุ่น และการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงการลดอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราชุกของการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี จากปัจจัยด้านความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี

คำถามการวิจัย

1. อัตราชุกของการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร

2. ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ทักษะต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อนสามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดชลบุรีหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิด

พฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดของ The Information Motivation Behavioural Skills Model⁷ ที่กล่าวว่าปัจจัย 3 กลุ่มหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลความรู้ (Prevention information) ซึ่งข้อมูลความรู้มีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรมและนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Prevention behaviour) ประการที่สองต้องเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (Prevention motivation) แรงจูงใจหรือทัศนคติเป็นตัวผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจระดับบุคคล คือ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม และแรงจูงใจระดับสังคม คือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการกระทำพฤติกรรม และประการสุดท้ายคือทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioural Skills) ซึ่งการที่บุคคล จะตั้งใจกระทำพฤติกรรมจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรม รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้และเกิดแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดทักษะในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลในการคุมกำเนิด (Prevention information) ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี 2) การเกิดแรงจูงใจในการคุมกำเนิด (Prevention motivation) ประกอบด้วย ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และ 3) การมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำในการคุมกำเนิด

(Prevention behavioural skills) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อน โดยปัจจัยทั้งสามกลุ่มสามารถร่วมทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในวัยรุ่นหญิงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐ ในเขตจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2562

กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐ ในเขตจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวน 393 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือเป็นนักเรียนเพศหญิงระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในทศเดือนที่ผ่านมา และยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งมีวิธีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยใช้ข้อคำถามคัดกรอง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้คำนวณจากสัดส่วนการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง² ที่พบว่านักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีประสบการณ์ทางเพศเท่ากับ ร้อยละ 43.6 ดังนั้นในการศึกษานี้ที่ต้องการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ที่มีประสบการณ์ทางเพศจึงต้องใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ในการคัดกรองจากนักเรียนทั้งหมด 900 คน เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์เป็นจำนวน 393 คน ตามที่ได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างไว้ข้างต้น

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้คือจังหวัดชลบุรี โดยเลือกพื้นที่เสี่ยงในเขตจังหวัดชลบุรี จากอำเภอที่มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูง (เกินร้อยละ 10) ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบางละมุง และอำเภอสัตหีบ โดยในแต่ละอำเภอที่ถูกเลือกมีโรงเรียนอาชีวศึกษาของภาครัฐ 3 แห่ง ตั้งอยู่ ได้แก่ วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี วิทยาลัยเทคนิคสัตหีบ และวิทยาลัยเทคนิคพัทยา จากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละวิทยาลัยตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและจึงคำนวณสัดส่วนตามชั้นปีการศึกษาของนักเรียนในแต่ละ

วิทยาลัย สุดท้ายสุ่มเลือกห้องเรียนทีละ 1 ห้อง ตามสัดส่วนของ
ชั้นปีการศึกษา จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบโดยการสุ่มอย่างง่าย
หากไม่ครบจะสุ่มเพิ่มอีกทีละ 1 ห้อง จนครบตามจำนวน

เครื่องมือในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 9 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ
ระดับการศึกษาในปัจจุบัน ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา อาศัยอยู่
กับบิดามารดา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศและ
พฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง
ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย ประสพการณ์ทางเพศ
(ที่เป็นคำถามคัดกรอง) อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คนแรกที่มี
เพศสัมพันธ์ด้วย) พฤติกรรมการป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์
ครั้งแรก และครั้งสุดท้ายว่ากลุ่มตัวอย่างเคยหรือไม่เคยใช้ และ
การคุมกำเนิดแบบสองวิธี (การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุม
กำเนิดวิธีอื่น เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฝังคุมกำเนิด)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่นอนใน
การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถาม
ทั้งหมด 5 ข้อ เป็นข้อคำถามความรู้สึก หรือความคิดเห็นของ
นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับการกระทำด้วยประการใด ๆ
อันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการใช้การคุมกำเนิด
แบบสองวิธีของคู่นอนประเมินโดยใช้แบบสอบถามการ
สนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ลักษณะ
มาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) แบ่งคะแนนเป็น
5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ค่าความ
เชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารเกี่ยวกับการคุม
กำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัด
การสื่อสารเรื่องเพศ¹¹ ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นข้อคำถาม
เกี่ยวกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษา
หญิงเกี่ยวกับความสะดวกใจของนักเรียนถึงพฤติกรรม
ความคิดของคู่นอนที่มีต่อวิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี
ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale)
แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ สะดวกใจมาก (4) - ไม่สะดวกใจ
เลย (1) ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถาม
ทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิดหรือ

ความคิดเห็นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีต่อความสามารถ
หรือความมั่นใจของตนเองในการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี
ในสถานการณ์ต่าง ๆ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต
(Likert Scale) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ มั่นใจมากที่สุด (4) -
ไม่มั่นใจเลย (1) ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี
ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยเป็นข้อ
คำถาม ความรู้ของการคุมกำเนิดจำนวน 1 ข้อ ความรู้เรื่องการ
คุมกำเนิดแต่ละวิธีรวมถึงผลกระทบต่อการใช้วิธีต่างจำนวน
5 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี จำนวน 8 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ให้คะแนน
1 ถ้าตอบผิด ให้คะแนน 0 ค่าความเชื่อมั่น (KR-21) เท่ากับ
0.79

ส่วนที่ 7 แบบวัดทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสอง
วิธี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถามทั้งหมดประกอบด้วย 12
ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นความเชื่อ ความ
รู้สึกในลักษณะพอใจ ดี ยอมรับ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยของ
นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี เป็น
คำถามด้านบวก 4 ข้อ และคำถามด้านลบ 8 ข้อ มีลักษณะมาตร
วัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ข้อ
คำถามเชิงบวก ให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) - ไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง (1) ข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) - ไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง (5) คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติเชิงลบต่อการคุม
กำเนิดแบบสองวิธี) ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติด
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง
ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด
หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับโอกาสในการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์
และป่วยจากการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียน
อาชีวศึกษาหญิง ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert
Scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) - ไม่เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง (1) ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้
การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถาม
ทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อคำถามความรู้สึก หรือความคิดเห็นของ
นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงเกี่ยวกับข้อดีของการใช้การป้องกัน
แบบสองวิธี ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการใช้
การคุมกำเนิดแบบสองวิธี ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต
(Likert Scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รหัสจริยธรรม 06-07-2562 วันที่ได้รับจริยธรรม วันที่ 15 สิงหาคม 2562 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการแสดง QR Code จากนั้นให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเข้าร่วมการวิจัย ผ่านระบบ Google form จากนั้นจึงตอบแบบสอบถามใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จะได้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติ และการรับรู้ความเสี่ยง และประโยชน์ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความรู้ความเข้าใจของตนเองไปด้วย และเป็นการรักษาความลับส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีพฤติกรรมทางเพศแล้ว โดยทุกคนจะได้นั่งอยู่ในห้องในระยะเวลาใกล้เคียงกันในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อลดการตีตรา (Stigma) จากสังคม จากนั้นให้นักเรียนนำเสนอให้กับผู้วิจัยทางระบบออนไลน์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.7) มีอายุระหว่าง 15-18 ปี อายุเฉลี่ย 17.76 ปี ร้อยละ 25.4 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ 3 (ปวช. 3) มากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 23.9 ศึกษาในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ 2 (ปวช. 2) และร้อยละ 19.6 กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 (ปวช. 1) ร้อยละ 41.0 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย เท่ากับ 2.50-3.00 รองลงมา ร้อยละ 33.8 เท่ากับ 3.01-3.50 การพักอาศัยในปัจจุบันมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.9) พักอาศัยบิดามารดา ร้อยละ 70.0 ได้รับค่าใช้จ่ายจากบิดา มารดา และผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย

เท่ากับ 4,537.35 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพียงพอ ร้อยละ 67.9 ด้านพฤติกรรมทางเพศ พบว่า อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 15-17 ปี (ร้อยละ 70.2) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 15.67 ปี คนแรกที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยส่วนใหญ่คือ คู่รัก (ร้อยละ 93.9)

2. ข้อมูลพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ร้อยละ 84.5) วิธีการป้องกันที่ใช้ในครั้งแรก กว่าครึ่งใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (ร้อยละ 55.7) อย่างไรก็ตามวิธีป้องกันที่ใช้มากที่สุด คือ ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 91.8) รองลงมา ใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 43.8) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย กว่าครึ่งหนึ่งมีการป้องกัน (ร้อยละ 76.8) จะเห็นได้ว่าการป้องกันลดลงจากครั้งแรก แต่ยังคงใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธีมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) และวิธีที่ใช้ก็ยังเป็นการใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 86.2) รองลงมาคือ ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 43.3) สรุปโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.6 มีการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ในรอบหกเดือนที่ผ่านมา

3. ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ได้แก่ ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (Adjusted OR(AOR) = 1.082, 95%CI = 1.003-1.266) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ (AOR = 1.148, 95%CI = 1.003-1.313) การรับรู้ประโยชน์ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 1.188, 95%CI = 1.005-1.405) และการสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน (AOR = 1.587, 95%CI = 1.275-1.976) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 4.172, 95%CI = 2.728-6.380) ในขณะที่ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และการสนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีไม่สามารถทำนาย การคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = .946, 95%CI = .827-1.083; AOR = .922, 95%CI = .760-1.119) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกส์ ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีของกลุ่มตัวอย่าง (n = 393)

ปัจจัย	β	S.E.	Wald	df	p-value	ORadj	95% CI for OR
1. ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	.079	.038	4.207	1	.040	1.082	1.003-1.266
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์	.138	.069	4.017	1	.045	1.148	1.003-1.313
3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี	.172	.086	4.053	1	.044	1.188	1.005-1.405
4. ทศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	-.055	.069	.647	1	.421	.946	.827-1.083
5. การสนับสนุนจากเพื่อนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	-.081	.099	.673	1	.412	.922	.760-1.119
6. การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับเพื่อน	.462	.112	17.138	1	.000	1.587	1.275-1.976
7. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี	1.428	.217	43.421	1	.000	4.172	2.728-6.380
Constant	-28.125	3.404	68.258	1	.000	.000	

Pseudo R^2 (Nagelkerke R^2) = 0.893, p-value < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. อัตราการมีเพศสัมพันธ์และอัตราชุกของการป้องกันแบบสองวิธี ในการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการคัดกรองกลุ่มที่ศึกษาจากจำนวนนักเรียนหญิงในระบบการศึกษาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากถึงร้อยละ 46.84 จะเห็นได้ว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษายังค่อนข้างสูง และใกล้เคียงกับการสำรวจระดับประเทศล่าสุดในปี 2560 พบว่า กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เพศหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 43.6 โดยคนแรกที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยส่วนใหญ่เป็นคนที่รัก เนื่องจากวัยรุ่นที่อยากรู้ อยากลอง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์นั้นมักจะเป็นการที่นักเรียนอยู่กันเพียงลำพังสองคน การอยู่ในที่ลับตาคน ทำให้ส่วนใหญ่จะกระทำกับเพศตรงข้ามที่ตนเองไว้วางใจ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 43.6 มีการป้องกันโดยใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีในครั้งแรก เมื่อถามถึงการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 64.6) ตอบว่าใช้ทั้งถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดร่วมกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าในการศึกษานี้วัยรุ่นหญิงมีอัตราการป้องกันแบบสองวิธีค่อนข้างสูง นั่นสะท้อนว่าปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มรู้จักการป้องกันตนเองต่อภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น อาจจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์ในปัจจุบัน ทั้งนี้

อาจเกิดจากวิธีการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ที่ใช้การตอบแบบสอบถามออนไลน์ (e-questionnaire) ผ่านระบบ Google form ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ทำให้นักเรียนมีความเป็นส่วนตัวในการให้ข้อมูล และกล้าเปิดเผยข้อมูลเชิงลึก ผลการศึกษาจึงค่อนข้างสะท้อนสภาพปัญหาที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

2. ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธี ได้แก่

2.1 ความรู้ในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี มีอิทธิพลเชิงบวกกับการคุมกำเนิดสองวิธี (AOR = 1.082, 95%CI 1.003-1.266) นั้นสามารถอธิบายได้ว่านักเรียนที่มีความรู้มากหรือมีความรู้ที่ถูกต้องมีแนวโน้มที่จะใช้การป้องกันแบบสองวิธีมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษา และกรอบแนวคิด²¹ ที่อธิบายว่า การได้รับข้อมูลความรู้การป้องกันโรคนั้นเปรียบเสมือนแนวทางในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคซึ่งเป็นปัจจัยนำ (Prerequisite) ที่สำคัญของการกระทำพฤติกรรม โดยข้อมูลความรู้มีผลโดยตรงกับพฤติกรรม และนำไปสู่ การกระทำพฤติกรรม การป้องกัน (Prevention behavior) นั้นหมายความว่าถ้าวัยรุ่นหญิงได้รับความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์และการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นหญิง

ก็จะป้องกันตนเองได้ด้วยการป้องกันแบบสองวิธี ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศในวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิง พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิด^{9,11,14}

2.2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ มีอิทธิพลเชิงบวกกับการคุมกำเนิดสองวิธี (AOR = 1.148) นั่นคืออธิบายว่า ถ้าวัยรุ่นหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยง หรือผลที่เกิดขึ้นหลังมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นจะมีแนวโน้มการใช้วิธีการป้องกันตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษา และกรอบแนวคิด²⁰ กล่าวว่าถึงแม้ว่าบุคคลจะได้รับข้อมูลความรู้การป้องกันโรคที่ดี และมีประโยชน์แต่สามารถเกิดการลังเลในการกระทำพฤติกรรมในการป้องกันตนเองได้ ถ้าปราศจากแรงจูงใจที่ดี ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นแรงจูงใจระดับบุคคล (Personal motivation) ถ้าบุคคลไม่มีแรงจูงใจเพียงพอในการ กระทำตัวได้รับผลทางบวก บุคคลนั้นก็จะมีความมั่นใจที่มีทัศนคติและความตั้งใจที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี มีอิทธิพลเชิงบวกกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธี (AOR = 1.188) นั่นคืออธิบายว่า เมื่อวัยรุ่นหญิงมีการรับรู้คุณค่าของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีแล้ว จะส่งผลให้กระทำพฤติกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจ มากขึ้นซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิด IMB ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ เป็นแรงจูงใจหรือแรงผลักดันระดับบุคคล ร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ ที่จะส่งผลให้วัยรุ่นหญิงมีทัศนคติที่ดี และตั้งใจในการใช้การป้องกันแบบสองวิธี รวมทั้งสามารถใช้การป้องกันแบบสองวิธีตามมา สอดคล้องจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น⁶

2.4 การสื่อสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบสองวิธีกับคู่นอน มีอิทธิพลเชิงบวกกับการคุมกำเนิดสองวิธี (AOR = 1.587) นั่นคือถ้าวัยรุ่นหญิงสะดวกใจที่จะสื่อสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันกับคู่นอนของตนเองแล้วจะทำให้วัยรุ่นหญิงมีความมั่นใจในการใช้การป้องกันการแบบสองวิธีได้สำเร็จ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับกรอบแนวคิด IMB ที่กล่าวว่าทักษะที่เฉพาะเจาะจงจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมการป้องกันให้สำเร็จ ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ดังนั้นทักษะพฤติกรรมจะเป็นส่วนประกอบที่ช่วยในการตั้งเป้าหมาย การพัฒนาทักษะการสื่อสารกับคู่นอนสำหรับวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง^{17,18}

เนื่องจากเป็นความสามารถระดับบุคคลเชิงประจักษ์ (Individual's objective ability) ที่จะทำวัยรุ่นหญิงมีทักษะในการป้องกันตนเองสำเร็จต่อไป การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาในต่างประเทศ^{22,23,24}

2.5 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคุมกำเนิดแบบสองวิธี มีอิทธิพลเชิงบวกกับการคุมกำเนิดสองวิธี (AOR = 4.172) นั่นคือถ้าวัยรุ่นหญิงรับรู้ว่าคุณมั่นใจที่จะใช้การป้องกันแบบสองวิธี จะทำให้วัยรุ่นหญิงมีความมั่นใจในการใช้การป้องกันการแบบสองวิธีได้สำเร็จ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิด IMB ที่กล่าวว่าที่กล่าวว่าการกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลนั้น ต้องมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และทักษะในการกระทำพฤติกรรมในทฤษฎีนี้มาจาก 2 องค์ประกอบคือ ความสามารถระดับบุคคลเชิงประจักษ์ (Individual's objective ability) และการรับรู้สมรรถนะของตน (Self-efficacy) ในการกระทำพฤติกรรมการป้องกัน (Prevention behavior)²⁵ การจัดการตนเองในการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี หากวัยรุ่นหญิงมีความมั่นใจในตนเองในการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้ จะส่งผลให้วัยรุ่นหญิงปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุมกำเนิดในวัยรุ่น^{9,15,21,26,25}

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดแบบสองวิธีได้ คือ ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดแบบสองวิธี และการสนับสนุนจากคู่นอนในการคุมกำเนิดแบบสองวิธีซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นผลมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มวัยรุ่นหญิงที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และเป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ในหกเดือนที่ผ่านมา จึงอาจทำให้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากทั้งในด้านประสบการณ์และมุมมอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่ว่าวัยรุ่นจะมีทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงลบ ก็เลือกใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีพอๆ กัน และอาจเนื่องด้วยปัจจุบันวัยรุ่นหญิงรู้จักการป้องกันดูแลตนเองมากขึ้น มีพลังอำนาจในตนเอง (empowerment) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนวัยรุ่นหญิงจะมีคู่นอนที่คบกันเป็นคู่รัก ซึ่งมีความคุ้นเคยสนิทสนม และยังไม่พร้อมจะมีบุตรในขณะที่เรียน คู่นอนส่วนใหญ่จึงสนับสนุนการป้องกันที่ปลอดภัยมากที่สุดเป็นอย่างดีไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่เน้นความสำคัญของการคุมกำเนิดแบบสองวิธีแก่วัยรุ่นหญิง และพัฒนาช่องทางสื่อสารให้มีความหลากหลาย โดยเฉพาะการคัดกรองข้อมูลจากสื่อออนไลน์ที่มีคุณภาพ พัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ง่าย การพัฒนาให้วัยรุ่นหญิงรู้เท่าทันสื่อด้านเพศ เน้นให้ข้อมูลข่าวสารที่เน้นถึงความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธีอย่างเพียงพอ รวมทั้งให้ความสำคัญกับโครงการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศที่จำเป็นกับวัยรุ่นหญิง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี เพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดแบบสองวิธีในกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมตามหลักแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการทักษะพฤติกรรม (The information motivation behavioral skills model: [IMB model])

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนที่แตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ เช่น ในนักเรียนมัธยมศึกษา ในนักศึกษามหาวิทยาลัย และที่ยังคงมีปัญหาด้านการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

3. ควรมีการศึกษาโดยประเมินตัวแปรเกี่ยวกับการใช้การคุมกำเนิดแบบสองวิธี เชิงคุณภาพด้านความสม่ำเสมอ เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ที่สม่ำเสมอจะเป็นตัวชี้วัดถึงประสิทธิภาพที่ดีในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

References

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Switzerland: World Health Organization; 2019. Geneva 27. World Health Organization.

2. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Metric details of Ministry of Public Health annual budget 2018. Nonthaburi: Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary; 2018. (in Thai)
3. Bureau of Reproductive Health. Annual report 2020 Bureau of Reproductive Health. Nonthaburi: Department of Health; 2020. Bureau of Reproductive Health.
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report of AIDS TB and STIs 2018. Nonthaburi: Department of Health; 2020. Bureau of Reproductive Health.
5. Dhlomo SO. Dual Protection campaign launch well-received by students and management at UMgungundlovu TVET campus. KwaZulu: Health Republic of south Africa; 2015. Kwa-Zulu-Natal Department of Health.
6. Krinara P. Knowledge about Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention among Secondary School Students in Schools under the Saraburi Municipality. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2013; 30(4):274-86. (in Thai)
7. Sriring P, Chanaboon S, Khonroochinnapong K. Knowledge, Attitudes, Intention and Factor Effecting Intention in Prevention of Unplanned Pregnant and Having Safe Sex between Teenagers in Khon Kaen Province. Academic Conference "Rethink: Social Development for Sustainability in ASEAN Community. 2014: 470-7. (in Thai)
8. Tatape N, Thato R. Factors Predicting Contraceptive Behaviors among Vocational Female Students in Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2014; 30(2): 1-11. (in Thai)

9. Jumklang S, Srisuriyawet R, Homsin P. Correlated Factors with Decision Making of Birth Control Implant Used based on the Information-Motivation Behavioral Skills Model (IMB Model) among Teen Mothers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017; 25(2): 31-42. (in Thai)
10. Wattanathamrong V, Sirisophon N, Kainakha P, Onsiri S, Amitpie C, Anek A, Napatpittayatorn P, Polsron K. Factors Related Intention Contraception Type Implants in repeat Pregnancies adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18 (Supplement): 102-111. (in Thai)
11. Kawila T, Thananowan N, Yusamran C, Kaesornsamut P. Influence of Knowledge, Attitude, Communication about Sex, Substance Use, and Sexual Arousal Media on Sexual Relation in Secondary School Female Students. Journal of Nursing Science. 2017; 35(2): 74-85. (in Thai)
12. Narkarat P, Thato R. Relationships between Information, Motivation, Contraceptive Behavioral Skill and Contraceptive Use of Vocational Female Students in the Upper South of Thailand. Thai Journal of Nursing. 2013; 63(3): 29-36. (in Thai)
13. Intharueang U, Masingboon K, Wacharasin C. A Causal Model of Contraceptive Behavior among Female Adolescents. Journal of Nursing and Health Care. 2015; 33(4), 43-53. (in Thai)
14. Jumneansuk A, Arsa R, Detboon P. Attitudes Towards Birth Control among Female Students of University in Pathum Thani Province. VRU Research and Development Journal Science and Technology. 2017; 12(3): 79-90. (in Thai)
15. Tubtimsoun B, Thato R. Factors Predicting Contraceptive Behaviors among Vocational Female Students in the Upper North of Thailand. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2014; 26(2): 50-61. (in Thai)
16. Sieving RE, Bearinger LH, Resnick MD, Pettingell S, Skay C. Adolescent dual method: Relevant attitudes normative beliefs and self-efficacy. J Adolesc Health. 2007; 40.
17. Srisuriyawet R, Homsin P. Mother-Daughter Sexual Risk Communication and Psychosocial Factors Related to Sexual Experience among Female Students. The Public Health Journal of Burapha University. 2014; 9(2): 33-44. (in Thai)
18. Srisuriyawet R, Homsin P. Relationship between Sexual Communication and Condom Use Behavior among Young Thai Men Who Have Sex with Men (MSM) in Chonburi Province. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017; 29(2): 62-75. (in Thai)
19. Fisher JD, Fisher WA, Shuper PA. The information motivation behavioral skill model of HIV prevention behavior. In: R. J. DiClemente, R. A. Crosby, M. C. Kegler, editors. Emerging theory in health promotion practice and research. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
20. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. Psychol Bull. 1992; 111(3): 455-74.
21. Hemtanon T, Thato R. Factors Predicting Dual Contraceptive Method Use Of Female Vocational Students, Upper South Region: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)

22. De Meyer S, Jaruseviciene L, Zaborskis A, Decat P, Vega B, Cordova K, et al. A cross-sectional study on attitudes toward gender equality, sexual behavior, positive sexual experiences, and communication about sex among sexually active and non-sexually active adolescents in Bolivia and Ecuador. *Glob Health Action*. 2014; 7: 24089-.
23. Deutsch AR, Crockett LJ. Gender, Generational Status, and Parent Adolescent Sexual Communication: Implications for Latino/a Adolescent Sexual Behavior. *J Res Adolesc*. 2016 ; 26(2): 300-15.
24. Widman L, Choukas-Bradley S, Helms SW, Golin CE, Prinstein MJ. Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *J Sex Res*. 2014; 51(7): 731-41.
25. Htay N, Mancesriwong w, Phuphaibul R, Orathai P. A causal model of condom use among people living with HIV/AIDs in Myanmar. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2013; 17(3): 234-48.
26. Addoh O, Sng E, Loprinzi PD. Safe sex self-efficacy and safe sex practice in a Southern United States College. *Health Promot Perspect*. 2017; 7(2): 74-9.
27. White AL, Mann ES, Larkan F. Contraceptive knowledge, attitudes, and use among adolescent mothers in the Cook Islands. *Sexual & Reproductive HealthCare*. 2018; 16: 92-7.
28. Chaleoykitti S. Suggestions of preparing and submitting the Journal of The Royal Thai Army Nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015; 16(3): 138-9. (in Thai)
29. Karuhadej P. Outcome of Contraception Education Program on Pregnancy in Sex-Risk Female Adolescents. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 24(2): 145-61 (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก

Factors Related to Perceived Self-Efficacy in Coping with Labor Pain in Primiparous Pregnant Women

ชนกพร ศิลธรรมกิจ* รัชดา พ่วงประสงค์

Chanokpron Sinlatamkij * Rachada Phuangprasonka

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Thailand, 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 128 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง แบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการคลอด เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .237, p < .05$, $r = .240$, $p < .05$, $r = .223$, $p < .05$, $r = .250$, $p < .05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด, หญิงตั้งครรภ์แรก

Abstract

The objective of this descriptive study was to examine factors related to Perceived Self-Efficacy in Coping with Labor Pain Among Primiparous Women. Research participants were 128 first-time pregnant women attending ante natal care clinic at Samutprakarn hospital. They were recruited in the study by simple random sampling. Data were collected by using questionnaires of including Personal record form, Childbirth self-efficacy inventory Questionnaire, Attitude towards Childbirth Questionnaire, Labor Social support Questionnaire and Thai Version of Childbirth Self-efficacy Inventory. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson product moment correlation coefficients.

The results showed that there was statistically significant positive correlation between education ($r = .069$, $p = .438$), status ($r = .029$, $p = .745$), length time of labor ($r = .074$, $p = .405$), Attitude towards Childbirth ($r = .046$, $p = .604$), and Social support at the alpha level .05.

Keywords: Perceived Self-Efficacy in Coping with Labor Pain, Primiparous Pregnant Women

Corresponding author: *E-mail: chanokpron.siltam@gmail.com

วันที่รับ (received) 7 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 มิ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ธ.ค. 2564

บทนำ

การคลอดเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้บุคคลได้พัฒนาตนเองตามพัฒนาการ แต่หญิงตั้งครรภ์อาจคิดว่าการคลอดคุกคามสุขภาพที่อาจมีสาเหตุจากการเจ็บครรภ์คลอดอย่างหรืออาจมีความเสี่ยงเป็นอันตรายในระยะคลอดได้¹ ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลัวการเจ็บครรภ์ กลัวการคลอดและกลัวว่าทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก โดยเกิดจากกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการยืดขยายและมีการหดตัวทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ ช่วงขณะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด จะเกิดขึ้นและหายไปเมื่อสิ้นสุดการคลอด²

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดหรือความเชื่อมั่นของตนเองว่าจะสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความอดทนต่อการเจ็บครรภ์คลอด³ หากหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะเกิดแรงจูงใจในการเผชิญความเจ็บปวด และควบคุมตนเองให้ผ่านการคลอดไปได้โดยปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ คือ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ⁴ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ระยะเวลาในการคลอด การหดตัวของมดลูกจะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับความก้าวหน้าทางการคลอด เป็นสาเหตุหลักทำให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บครรภ์^{2,5} ซึ่งระดับความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นนี้จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม เช่น ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้มีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอด^{3,5} ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ⁶ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน⁴ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา อารมณ์ ร่างกาย) และสภาพแวดล้อม (สิ่งแวดล้อม สถานการณ์) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมุ่งมั่น การรับรู้ ความสามารถของตนเองเป็นกระบวนการทางปัญญาที่บุคคลสร้างความคาดหวังทั้งในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancy) และความคาดหวังว่าตนเองจะ

สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ (Efficacy expectancy)⁷ หากได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ หญิงตั้งครรภ์ก็สามารถคลอดเองธรรมชาติหรือการทางช่องคลอดได้ จะส่งผลดีทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกภูมิใจที่สามารถคลอดบุตรด้วยตนเอง ทำให้มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด และมีแนวโน้มที่จะคลอดเองโดยไม่ต้องผ่าตัดคลอดในครรภ์ถัดไป^{6,8}

โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นอีกโรงพยาบาลหนึ่งที่มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์และมาคลอดเป็นจำนวนมาก จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในปี พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งหมด 5,598 ราย โดยเป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งหมด จำนวน 1,992 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.58 ของการคลอดทั้งหมด โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2563 โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ มีรายงานของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 34.19, 35.58 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มขึ้นมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัญหาทางสูติศาสตร์ กลัวการคลอดเอง กลัวการเจ็บครรภ์คลอด ความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจในการคลอด และขาดความมั่นใจในตนเอง จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และอีกปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการคลอด เป็นสิ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อวิธีการคลอด ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถเผชิญเหตุการณ์ขณะคลอด และสามารถคลอดด้วยตนเองย่อมช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจุบันอัตราผ่าคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นทั่วโลก^{8,10} สาเหตุที่เพิ่มขึ้นนอกจากปัจจัยทางสูติกรรมแล้วยังมีปัจจัยการคำนึงถึงความสะดวกและถูกสุขอนามัย ปัจจัยที่มีความต้องการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่เกิดจากความกลัว และไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกยังมีน้อย แต่มีการศึกษาในเรื่องปัจจัยอื่น ๆ จากการคลอดมีจำนวนมาก^{9,10} ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัย

จึงเลือกศึกษาองค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และเลือกศึกษาองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม (Environment condition) คือ การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ซึ่งแนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อรับรู้ความสามารถของตนเองหรือเชื่อมั่นในตนเอง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการคลอดว่าจะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม^{8,11} ทำให้สามารถผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี องค์ความรู้ที่ได้ในครั้งนี้จะเป็นแนวทางสร้างความเข้าใจ และเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อประเมินหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกและส่งเสริมการรับรู้ต่อการมีบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดกับปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์แรก

สมมุติฐานการวิจัย

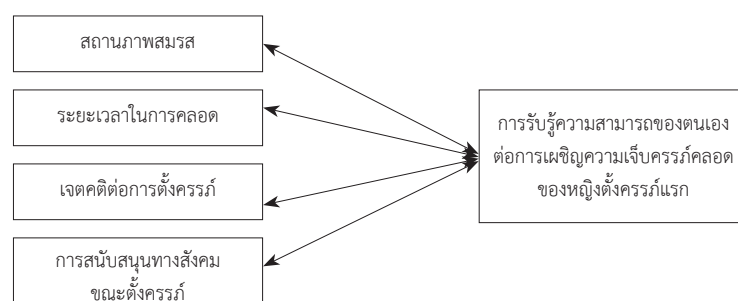
1. สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการคลอด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก

2. เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก

3. การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง^{7,12} กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา อารมณ์ ร่างกาย) และสภาพแวดล้อม (สิ่งแวดล้อม สถานการณ์) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมุ่งมั่น การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกระบวนการทางปัญญาที่บุคคลสร้างความคาดหวังทั้งในผลลัพธ์ ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancy) และความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ (Efficacy expectancy) การศึกษานี้เลือกศึกษาองค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) คือ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์อยู่ในองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม (Environment condition) เจตคติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อสถานการณ์ที่เผชิญมีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์นั้นสูง¹¹ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด มีแนวโน้มที่จะมีความมั่นใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์สูง¹² ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้หญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการโดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ที่มีคุณสมบัติดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป (2) อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขึ้นไป (3) ตั้งครรภ์เดี่ยว (Singleton) ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี (4) ไม่เคยผ่านการคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน (5) ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ขณะตั้งครรภ์ (6) สื่อสารภาษาไทยได้ทั้งฟัง พูด อ่าน เขียน และ (7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.0.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางสำหรับสถิติ multiple regression เท่ากับ 0.15 ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า .05 อำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เป็น .90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 116 ราย มีการเผื่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้จำนวน 128 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วัดโดยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ส่วนผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับครรภ์ขณะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการคลอด

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดวัดโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด^{9,10} แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2 องค์ประกอบ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Outcome expectancy) และความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการเผชิญ

การเจ็บครรภ์คลอด (Efficacy expectancy) เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) คะแนน 1 ถึง 10 ให้คะแนน 1 คะแนน คือ ไม่มั่นใจเลยว่าตนเองจะคลอดได้จนถึง 10 คะแนน คือ มั่นใจเลยว่าตนเองจะคลอดได้ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-150 คะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์แรกมีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดสูง มีความเชื่อมั่น .92 โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ จากการคำนวณหาอันตรายค่าขึ้น คะแนน 15-44 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดต่ำ คะแนน 45-134 คะแนน แสดงว่ามีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดปานกลาง คะแนน 135-150 คะแนน แสดงว่ามีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดสูง

3. เจตคติต่อการตั้งครรภ์ วัดโดยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์¹³ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ที่มีต่อการตั้งครรภ์ แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ด้าน คือ ความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากการตั้งครรภ์¹³ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ข้อคำถามด้านบวกให้คะแนนตามที่ตอบจริง ส่วนข้อคำถามด้านลบให้คะแนน กลับกันกับด้านบวก คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (Index of item-objective congruence [IOC]) ระหว่าง .60-1.00

4. การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ วัดโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์¹⁴ ถามเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นแบบวัด Likert scale 4 ระดับให้ตอบตั้งแต่ไม่เป็นความจริงเลย (1 คะแนน) ถึง เป็นความจริงมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมขณะตั้งครรภ์สูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ รหัสจริยธรรมวิจัย อ.962/2563 รับรองเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2563 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัย ในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่เอกสารรับรอง NQ04263 รับรองเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2563 สิ้นสุดการรับรองเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนิน

การวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในเอกสารดังกล่าว หลังจากนั้นให้อิสระในการตอบแบบสอบถามและตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) จากนั้นใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนวันละ 6 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาประวัติผู้ที่มาคลอดแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการโดยคัดเลือกคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้วทำการสุ่มตัวอย่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติทั้งหมด
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัยครั้งนี้ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย สิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัย ตรวจสอบแบบสอบถามว่าผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามครบถ้วนหรือไม่ หากตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ตอบแบบสอบถาม ถือว่าเป็นสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ด้วยการใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลที่มีระดับการวัด ของตัวแปรเป็นนามบัญญัติ วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปร เป็นอัตราส่วน วิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด วิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา คะแนนที่เป็นมาตรอันดับ (ระดับสูง-กลาง-ต่ำ) วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนคะแนนดิบที่เป็นมาตราอันดับภาค วิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
 - 3.1. สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการคลอด มีระดับการวัดอัตราส่วนเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีระดับการวัดอันดับภาค
 - 3.2. ทดสอบการแจกแจงข้อมูล สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการคลอดมีระดับการวัดอัตรา ส่วนเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม ทดสอบโดยใช้ Fisher's Skewness และ Kurtosis Coefficients ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 ราย ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 128)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส (M = 1.02, SD = .152, min = 1, max = 2)		
อยู่ด้วยกัน	125	97.7
แยกกันอยู่	3	2.3
ระยะเวลาในการคลอด (M = 9.11, SD = 2.657, min = 5, max = 16)		
น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	111	86.7
มากกว่า 12 ชั่วโมง	17	13.3

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.7 (125 ราย) มีระยะเวลาในการคลอด น้อยกว่า 12 ชั่วโมง ร้อยละ 86.7 (111 ราย) โดยมีระยะเวลาในการคลอดเฉลี่ย 9 ชั่วโมง 11 นาที

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ (n = 128)

	ค่าพิสัย จากแบบสอบถาม	ค่าพิสัยคะแนน ของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	14-140	70-106	88.28	6.86	ปานกลาง
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	10-40	16-34	25	3.56	สูง
การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์	15-60	33-60	52.43	5.98	สูง

จากตารางที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 70-106 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน 88.28 คะแนน (M = 88.28, SD = 6.86) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์แรกมีความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับปานกลาง เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 16-34 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน 25 คะแนน (M = 25, SD = 6.86) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์แรกมี

เจตคติต่อการตั้งครรภ์สูง การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 33-60 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน 52.43 คะแนน (M = 52.43, SD = 5.98) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

3. ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (n = 128)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
สถานภาพสมรส	.237	.007
ระยะเวลาในการคลอด	.240	.014
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	.223	.009
การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์	.250	.005

*p< .05

จากตารางที่ 3 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .237$, $p = .007$) ระยะเวลาในการคลอดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .240$, $p = .014$) เจตคติต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .223$, $p = .009$) และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .250$, $p = .005$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .237$, $p = .007$) เนื่องจากสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 125 ร้อยละ 97.7 มีการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจและระดับความเชื่อมั่นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด¹⁵ นอกจากนี้การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีจะสามารถทำนายความกลัวความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดขณะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ได้¹⁶ สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม (สิ่งแวดล้อม สถานการณ์) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมุ่งมั่น การรับรู้ ความสามารถของตนเองเป็น

กระบวนการทางปัญญาที่บุคคลสร้างความคาดหวังทั้งในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancy) และความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ (Efficacy expectancy)^{7,15} และผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการคลอด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .240$, $p = .014$) เพราะระยะเวลาการคลอดที่ยาวนานส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านร่างกายซึ่งหัวใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมุ่งมั่น และความกลัว ทำให้ไม่สามารถเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดได้ไม่ดี¹⁷ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระยะเวลาของการคลอดสั้นจะสามารถควบคุมตนเองได้ดีในระยะเจ็บครรภ์¹⁸

2. ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .223$, $p = .009$) ค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 16-34 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน 25 คะแนน ($M = 25$, $SD = 6.86$) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์แรกมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์สูง อธิบายได้ว่า อารมณ์ความรู้สึก ต่อสถานการณ์หนึ่งๆ มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคล¹⁹ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และการดูแลทารกในครรภ์²⁰ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มความเชื่อมั่นนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญเหตุการณ์ๆ ได้สูง²¹ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกดี ดีใจ และภาคภูมิใจขณะตั้งครรภ์ จะมีความคิดทางบวกต่อตนเองและทารกในครรภ์ นำไปสู่การดูแลตนเองและทารกในครรภ์อย่างดี

ที่สุด ทำให้คลอดบุตรแข็งแรง มีจิตใจที่เข้มแข็งส่งผลให้ผู้คลอด มีความมั่นใจในขณะคลอด หรือมีแนวโน้มการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดสูงอีกด้วย²²

3. ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของ ตนเองต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .046$, $p = .604$) ค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 16-34 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน 25 คะแนน ($M = 25$, $SD = 6.86$) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ แรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์มี ความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือ จากคู่ครองมีแนวโน้มมีความมั่นใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์ คลอด^{12,23} นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจ ที่ดี เข้มแข็ง และการได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นการได้รับสนับสนุนทางสังคม ขณะตั้งครรภ์ จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ในการดูแล ตนเองและทารกในครรภ์ เกิดแรงจูงใจ มีการตั้งจุดหมาย²³ ทำให้สามารถที่จะเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม มีแนวโน้ม นำไปสู่ความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด²⁴

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส ระยะเวลา ในการคลอด เจตคติต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติทางพยาบาล ควรมีการสร้าง และส่งเสริมเจตคติเชิงบวก และควรมีการจัดให้สนับสนุน ทางสังคมจากสามี พ่อแม่ หรือคนรอบตัวของหญิงตั้งครรภ์ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการส่งเสริม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์ คลอดที่ดี

2. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาล นักศึกษา สามารถนำความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก ไปใช้ในการ เรียนการสอนในภาคปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้

หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอดที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้ความ สามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิง ตั้งครรภ์แรก ในระยะคลอดเท่านั้น ไม่ได้มีการประเมินต่อเนื่อง ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์เริ่มมาฝากครรภ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้ง ต่อไป ควรมีการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกตั้งแต่ ฝากครรภ์ ไปถึงระยะหลังคลอด รวมทั้งควรมีตัวแปรการศึกษา อื่นๆ ที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ให้กับหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์วันรุ่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ แทรกซ้อน เป็นต้น

3. ผลการการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไป ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา การทำวิจัยในรูปแบบต่างๆ ทั้งใน ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด และระยะหลังคลอดเพื่อให้ หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดดีขึ้น

References

1. Brubaker, S. J., & Dillaway, H. E. Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*. 2009;3,31-48.
2. Lowdermilk, D.L. Labor and birth processes. In D. L. Lowdermilk, S.E. Perry, K. Cashion, & K.R. Alden (Eds.), *Maternity & women's health care*. 2012; 10thed.,:369-385 St Louis, MO: Elsevier Mosby.
3. Boonpongmanee C, Chunuan S, Somsap Y.Effects of empowerment and continuous support on psychological factors, pain coping behaviors, and birth outcomes. Thesis of Master Nursing (Midwifery), Faculty of Nursing, Prince of Songkla. 2017. (in Thai).

4. winitchai N. An effect of labor support program on anxiety in primiparous parturients with oxytocin augmentation. Thesis of Master Nursing (Midwifery), Faculty of Nursing, Mahidol University, 2017. (in Thai).
5. lumpikanon P. Caesarean section is not the last answer. [journal]. Obstetrics Association. 2018; 27(1): 18-25. (in Thai).
6. Kashanian M. and Javadi F. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2017; 109(3): 198-200.
7. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. Barrows, J., Dunn, S., & Lloyd, A. C. Anxiety, self-efficacy, and college exam grades. Universal Journal of Educational Research. 1997; 1(3): 204-208.
8. World Health Organization [WHO]. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1997; 343(8910): 1399-404
9. Lowe, N. K. Critical predictors of sensory and affective pain during four phases of labor. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 1993; 12: 192-198.
10. Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. Journal of Advanced Nursing. 2018; 67(1): 193-203.
11. Kundu, A., & Ghose, A. The relationship between attitude and self-efficacy in mathematics among higher secondary students. Journal of Humanities and Social Science. 2017; 21(4): 25-31.
12. Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. BioMed Central Pregnancy & Childbirth. 2017; 15(1): 2-9.
13. Klomyong S. Factors influencing qualified antenatal care among pregnant adolescents. Thesis of Master Nursing (Midwifery), Faculty of Nursing, Burapha University, 2019. (in Thai).
14. Tachasuksri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N and Kwannate C. Causal Model for Quality of Life among Pregnant Women. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1): 28-46. (in Thai).
15. Pancharern S. Factors related to the Intention to Repeat Pregnancy Among Pregnant Adolescents. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2020; 4(1): 126-120. (in Thai).
16. Phoeiklang P. Factors Predicting Fear of Childbirth Among Postpartum Women. Nursing Journal. 2017; 43(4): 256-266. (in Thai).
17. Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2008.
18. Lavender, T., Walkinshaw, H., & Walton, I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery. 1999; 28: 40-46.
19. Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. Factors related to childbirth satisfaction. Journal of Advanced Nursing. 2004; 46(2): 212-219.

20. Ledsakonsiri M. Nursing in pregnancy and childbirth. Bangkok: Assumption Printing House; 2018. (in Thai).
21. Kundu, A., & Ghose, A. The relationship between attitude and self-efficacy in mathematics among higher secondary students. *Journal of Humanities and Social Science*. 2017; 21(4): 25-31.
22. Kawintra Preesong. Factors Related to Self-Care Behaviors of Pregnant Women at Bangna 5 Hospital, Samutprakarn Province. *Romphruek journal university*. 2017; 33(3): 116-136.
23. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeys, G., & Sakala, C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, 2017; 1(7): 1-114.
24. Sinlatamkij, C., Sangin, S., Supaksri, P. Effects of Labor Support Program on Pain-Coping Behavior and Childbirth Experience among Primiparous Women Who Received Oxytocin. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2010;20(1):216-225 (in Thai)
25. Lieutenant Colone Saisamorn Chaleoykitti. The development of Positive Psychological (Pregnant Adolescents). Thesis of Master Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University. 2011: 37-47. (in Thai)
26. Chaleoykitti, S., Kamprow, P., Promdet, S. Patient safety and quality of nursing service. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2014;18(1):29-38 (in Thai)

ผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง สำหรับนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

Effects of Multi-scenario Simulation Learning Program for Developing Military Nursing Performance in the Royal Thai Army Nursing Students

เนตรดาว ชัชวาลย์* อริสรา อยู่รุ่ง พัทธกรณ อุ่นเตจ๊ะ อุษณีย์ อังคะนาวัน ชยุตตรา สุทธิลักษณ์ สุภรณ์ยา เทพนมิตร

Natedao Chutchawan* Arisara Yuroong Patcharaporn Untaja Usanee Ankanawin

Chayuttra Sutthilak Supharanya Thepnimit

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ต่อความรู้ด้านการพยาบาลทหาร ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก ทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบก และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนในนักเรียนพยาบาลกองทัพบกชั้นปีที่ 4 จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบวัดความรู้ด้านการพยาบาลทหาร 2) แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก 3) แบบประเมินทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบก และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลวิจัยพบว่า หลังได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการพยาบาลทหาร ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบกอยู่ในระดับดี และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: การพยาบาลทหาร, การสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง, ความมั่นใจ, บทบาทพยาบาลทหารบก, ความพึงพอใจ

Abstract

This research aimed to investigate the effects of multi-scenario simulation learning program to enhance military nursing knowledge, military nursing skill performance, level of self-confidence in military nursing roles and program satisfaction. Study participants were 100 senior nursing students at the Royal Thai Army Nursing College. Research instruments composed of 1) the multiple-choice questions of military nursing knowledge 2) the self-confidence in military nursing roles questionnaire 3) the military nursing skill evaluation form, and 4) the program satisfaction questionnaire. Data was analyzed by using average score, standardized deviation, and paired t-test.

Corresponding Author: *E-mail: natedao_c@rtanc.ac.th

This research project was funded by the Royal Thai Army Nursing College.

วันที่รับ (received) 5 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 มี.ค. 2565

The research result showed that the average score of military nursing knowledge and self-confidence level in military nursing roles among nursing students after engaging in the training program was statistically significantly higher than before. Furthermore, the result showed that the average score of military nursing skill performance was at good level and the average score of program satisfaction was at an excellent level.

Keywords: Military nursing, Simulation-based learning, Self-confidence, Army nurse's roles, Satisfaction

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก (วพบ.) จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการได้ทั่วช่วงวัย สามารถให้การพยาบาลได้ในทุกสถานการณ์ และสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและภารกิจของกองทัพบกได้¹ ไม่ว่าจะเป็นการให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพในโรงพยาบาลในสถานการณ์ปกติ รวมทั้งสถานการณ์สาธารณภัยและภัยพิบัติ สถานการณ์ความไม่สงบและในภาวะสงคราม ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรจึงมีความสำคัญเพื่อพัฒนาให้บัณฑิตมีสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลทหารบกตามที่ต้องการได้

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ความสามารถและคุณลักษณะตามที่คาดหวังนั้นมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การบรรยายความรู้ในชั้นเรียน การวิเคราะห์กรณีศึกษา การฝึกสาธิตในห้องปฏิบัติการและการฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นพยาบาลทหารบกที่สามารถปฏิบัติงานตอบสนองภารกิจของกองทัพบกได้ นั้น พบว่าการให้ความรู้ด้วยการบรรยายในห้องเรียน การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจริงทั้งในและนอกโรงพยาบาลในสถานการณ์ปกตินั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดสมรรถนะที่ต้องการดังกล่าวได้ เนื่องจากพยาบาลทหารต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลแก่ทหารในภาวะสงครามและภาวะไม่ปกติ ซึ่งมีความซับซ้อนและยุ่งยาก การจะเพิ่มพูนทักษะดังกล่าวได้ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติที่มีความเฉพาะและเสมือนจริงเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดันและทรัพยากรทางการแพทย์มีจำกัด ผู้สอนจึงต้องพัฒนาและออกแบบการสอนให้ผู้เรียนมีสมรรถนะและคุณลักษณะที่พึงประสงค์

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์

จำลองเสมือนจริง มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและในขณะเดียวกันยังลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติจริง ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงและการได้รับข้อมูลป้อนกลับผ่านการสะท้อนคิด ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ พัฒนาทักษะการพยาบาล และพัฒนาทักษะด้านอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น ทักษะการทำงานเป็นทีม การสื่อสาร เป็นต้น²

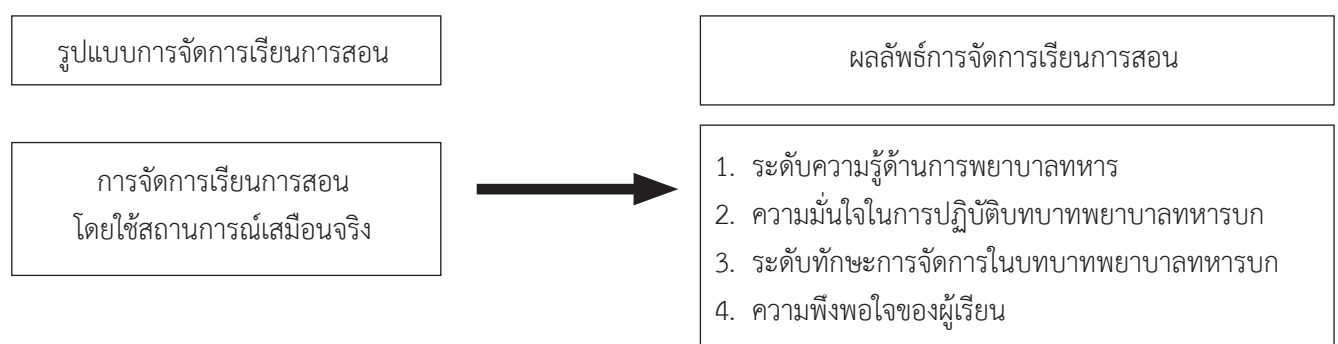
การศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่ผ่านมา พบว่าสามารถพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้³ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบ Simulation-Based Learning (SBL) ต่อความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบ SBL มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้การศึกษา⁴ พบว่า ภายหลังจากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค นักศึกษามีความพึงพอใจ มีความมั่นใจในตนเองในการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่มีการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ผลสอดคล้องกับงานวิจัย⁵ ซึ่งใช้การจัดการเรียนการสอนโดยสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้หุ่นเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองและมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีการนำเอาเหตุการณ์จริงมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ตามที่คาดหวัง ให้ผู้เรียนได้มีการใช้ความรู้ร่วมกับทักษะการทำงาน เรียกรูปแบบการเรียนการสอนนี้ว่า การเรียนรู้โดยใช้ฉากทัศน์เป็นฐาน (Scenario-based learning)

โดยต้องมีการเลือกให้เหมาะสมกับผู้เรียน มีตัวละครและมีพล็อตเรื่อง มีการกำหนดจุดหักเหไว้ในสถานการณ์ให้ผู้เรียนได้เผชิญสถานการณ์ ใช้ทักษะการคิดและการตัดสินใจ นำความรู้ที่เรียนมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ต่างๆ ผู้สอนจะทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ คอยให้คำแนะนำและให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการพัฒนา ช่วยสร้างทักษะการทำงานให้ผู้เรียนมีความพร้อมเมื่อต้องไปประกอบอาชีพจริงในอนาคต ผ่านการเรียนรู้ในสภาพที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ช่วยเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมอีกด้วย⁶

ดังนั้น เพื่อพัฒนาให้บัณฑิตที่จบการศึกษามีสมรรถนะของพยาบาลทหารบกที่สามารถตอบสนองภารกิจของกองทัพบกได้ วทบ.จึงได้จัดโปรแกรมการเรียนการสอนให้กับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 4 ได้ฝึกปฏิบัติบทบาทของพยาบาลทหารบกในสถานการณ์ไม่ปกติ ได้แก่ ในสนามรบหรือในพื้นที่ที่ไม่สงบ สถานการณ์ภัยพิบัติต่าง ๆ และภารกิจสันติภาพ โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนนี้ได้เริ่มใช้ในหลักสูตรมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557⁷ โดยเริ่มแรกเน้นบทบาทพยาบาลทหารบกในการจัดการสาธารณภัยพิบัติและมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนรูปแบบการฝึกมีความชัดเจนในปีการศึกษา 2560⁸ ใช้ระยะเวลาการฝึก 5 วัน และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกเพื่อให้เกิดความทันต่อเหตุการณ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีของ Jeffries Simulation Framework⁹ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งระบอบองค์ประกอบในกระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองไว้ 5 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยด้านผู้สอน (teacher) ปัจจัย

มากขึ้น โดยปีการศึกษา 2564 นี้ การฝึกได้เพิ่มการปฏิบัติภารกิจในการรับมือกับโรคติดต่อเพื่อให้ตอบสนองบทบาทของพยาบาลทหารบกมากขึ้น ใช้ระยะเวลาการฝึก 7 วัน และได้นำ Jeffries Simulation Framework⁹ มาเป็นกรอบแนวคิดในออกแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นพัฒนาทักษะทางด้านการพยาบาลทหาร เพื่อให้ให้นักเรียนพยาบาลได้มีโอกาสลงปฏิบัติในสถานการณ์ที่เสมือนจริง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่ได้ปรับปรุงขึ้นมาใหม่ ต่อการพัฒนาความรู้ด้านการพยาบาลทหาร ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก ทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบก และความพึงพอใจของผู้เรียนต่อโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยสถานการณ์เสมือนจริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อความรู้ด้านการพยาบาลทหาร ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก ทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบก และความพึงพอใจของผู้เรียนต่อโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยสถานการณ์เสมือนจริง ในนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยกองทัพบก

ด้านผู้เรียน (student) การปฏิบัติในการเรียนการสอน (education practices) การออกแบบการจัดการเรียนการสอน (Simulation design) และผลลัพธ์การเรียนรู้ (outcome)

ตารางที่ 1 รายละเอียดโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหาร โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

การเตรียมการก่อน การจัดการเรียนการสอน	แผนและรายละเอียด การจัดการเรียนการสอน	การประเมินผล การจัดการเรียนการสอน
Teacher factor: -ระดมผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการสอน -จัดทำคู่มือการฝึกสำหรับ ครูผู้สอน Student factors: -เตรียมความพร้อมของผู้เรียน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ) -ผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์การฝึกและรายละเอียด การฝึก -จัดทำคู่มือการฝึกสำหรับผู้เรียน Educational practice: -ประชุมร่วมระหว่างผู้สอนเพื่อออกแบบและ กำหนดรายละเอียดการจัดการเรียนการสอน	Multi-scenario simulation learning design: Day 1: บรรยายในชั้นเรียน Day 2: บรรยาย สาธิตและฝึกปฏิบัติในสนาม/ ห้องปฏิบัติการ Day 3: สาธิตและฝึกปฏิบัติทำหัตถการทางการพยาบาล Day 4: บรรยายหลักการจัดการ 4 สถานการณ์ 1) การบริการทางการแพทย์ในสนาม 2) การรักษาสันติภาพ (PKO) 3) การช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการบรรเทาภัยพิบัติ (HADR) 4) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) Day 5: ออกแบบการฝึกซ้อมแผน (Table-top Exercise) Day 6-7: ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงใน 4 สถานการณ์ (multi-scenario simulation learning) (แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน หมุนเวียนทั้ง 4 สถานการณ์)	Outcomes: 1. ระดับความรู้ด้านการพยาบาลทหาร (Military nursing knowledge) 2. ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาล ทหารบก (Self-confidence in military nursing roles) 3. ระดับทักษะการจัดการในบทบาท พยาบาลทหารบก (Military nursing skill-performance) 4. ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner satisfaction with the program)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย แบบ research and development เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ต่อความรู้ด้านการพยาบาลทหาร ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก ทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบกและความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนการสอนในนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ในปีการศึกษา 2564 ที่ผ่านการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนเพื่อฝึกปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบกในการจัดการสถานการณ์ที่ไม่ปกติ พัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2560-2563 ระยะเวลา 5 วัน และนำผลการประเมินโปรแกรมการฝึกมาพัฒนาและปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทำให้มีการเพิ่มเนื้อหาการฝึกและระยะเวลาการฝึกเพิ่มเป็น 7 วัน โดยวันที่ 1-4 เป็นการบรรยายในชั้นเรียนและฝึกทำ

หัตถการทางการพยาบาลทหารในสนาม วันที่ 5 เป็นการฝึกวางแผนบนโต๊ะ วันที่ 6 และ 7 ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงใน 4 สถานการณ์ คือ การบริการทางการแพทย์ในสนาม การกักกันรักษาสันติภาพ การกักกันช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการบรรเทาภัยพิบัติและการจัดการตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความรู้ด้านการพยาบาลทหาร เป็นแบบทดสอบความรู้แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 100 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก พัฒนามาจากเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะพยาบาลทหารบกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด The onion competency model of military nurses in general hospitals¹⁰ เพื่อสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารในสมรรถนะต่าง ๆ 4 ด้าน คือ 1) สมรรถนะด้านแรงจูงใจ (Motive) เป็นสมรรถนะแกนกลาง หมายถึง ความมุ่งมั่น ความพร้อมในการปฏิบัติภารกิจ 2) สมรรถนะด้านคุณลักษณะประจำตัว (Trait) หมายถึง บุคลิกลักษณะและการแสดงออกเพื่อตอบสนองภารกิจ 3) สมรรถนะด้านอัตลักษณ์

พยาบาลทหาร (Self-identity) หมายถึง ค่านิยม เจตคติและ
ภาพลักษณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาททางทหารและบทบาท
พยาบาลวิชาชีพ และ 4) สมรรถนะด้านองค์ความรู้ ทักษะ
และความสามารถ (Knowledge, Skill and Ability) หมายถึง
องค์ความรู้เฉพาะด้านเวชศาสตร์ทหารและการพยาบาลทหาร
โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
5 ระดับ (Likert's Scale) จำนวน 55 ข้อ

2.3 แบบประเมินทักษะการจัดการในบทบาท
พยาบาลทหารบก เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติของ
นักเรียนพยาบาลในการเข้าจัดการสถานการณ์เสมือนจริงที่
กำหนด สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ลักษณะเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ (Likert's Scale) จำนวน 20 ข้อ

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อ
การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง
สร้างโดยคณะผู้วิจัย ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
5 ระดับ (Likert's Scale) จำนวน 25 ข้อ และคำถามปลายเปิด
ให้เขียนโดยอิสระ จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหาร โดยใช้
สถานการณ์เสมือนจริง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจาก
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทหารทั้งจากอาจารย์ภายใน
และภายนอกสถาบัน ร่วมกันวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ
ตรวจสอบความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา ลักษณะกิจกรรม
และระยะเวลาของโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 ชุด
มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis)
โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทหาร จำนวน 3 ท่าน
นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC)
ได้ 0.96, 0.89, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ การตรวจสอบความ
เที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ได้นำเครื่องมือไปทดลอง
ใช้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
30 ราย โดยแบบวัดความรู้ด้านการพยาบาลทหาร หาค่า
ความเที่ยงแบบคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20)
ได้ 0.70 ในส่วนของเครื่องมือที่ 2.2-2.4 หาค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
ได้ 0.96, 0.72 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองพิจารณาจากคณะ
อนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบกตามที่
หนังสือ IRBRTA 1859/2564 รหัสโครงการ: N013h/64_Exp
การเก็บข้อมูลการวิจัยไม่มีการระบุตัวตน นำเสนอผลงาน
วิจัยในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่
เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
ต่อคะแนนและการเรียน ผู้วิจัยขอคำยินยอมในการตอบ
แบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานคณะ
อนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบกแล้ว
ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 4 ก่อนการจัดการเรียน
การสอน 2 สัปดาห์ ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย
วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงการ
พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วม
โครงการ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ
ความรู้ด้านการพยาบาลทหารและแบบสอบถามความมั่นใจ
ในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก ก่อนเริ่มโปรแกรม
1 สัปดาห์ หลังจากนั้นเข้ารับการศึกษาฝึกตามโปรแกรมจนครบ 7 วัน
โดยวันที่ 6 และ 7 ของการฝึก เป็นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์
เสมือนจริงใน 4 สถานการณ์ ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนในแต่ละ
สถานการณ์จะเป็นผู้ประเมินทักษะการจัดการในบทบาท
พยาบาลทหารบกทั้ง 4 กลุ่ม ภายหลังการเสร็จสิ้นการฝึก 3 วัน
กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาท
พยาบาลทหารบก แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติ
การพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และทำแบบ
ทดสอบความรู้ด้านการพยาบาลทหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์ โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
สำเร็จรูป กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1) ระดับความรู้ด้านการพยาบาลทหารของนักเรียน
พยาบาลและระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาล
ทหารบก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

2) ระดับทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบก และระดับความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านการพยาบาลทหาร ของนักเรียนพยาบาลก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลทหารของนักเรียนพยาบาล

คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลทหาร	N	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอน	100	55.82	6.58	-31.776	< 0.001
หลังได้รับการจัดการเรียนการสอน	100	74.64	6.32		

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลทหารหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ($\bar{X} = 74.64$, $SD = 6.32$) สูงกว่าค่าคะแนนก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอน ($\bar{X} = 55.82$, $SD = 6.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. เปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบกก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ตารางที่ 3 คะแนนระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก

คะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก	จำนวนข้อ	$\bar{X}$	SD	t	p-value
1) สมรรถนะด้านแรงจูงใจ (Motive)					
ก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอน	2	4.13	0.13	-10.200	0.062
หลังได้รับการจัดการเรียนการสอน	2	4.39	0.17		
2) สมรรถนะด้านคุณลักษณะประจำตัว (Trait)					
ก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอน	4	4.10	0.06	-4.091	0.026
หลังได้รับการจัดการเรียนการสอน	4	4.32	0.11		
3) สมรรถนะด้านอัตลักษณ์พยาบาลทหาร (Self-identity)					
ก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอน	13	4.11	0.25	-7.314	< 0.001
หลังได้รับการจัดการเรียนการสอน	13	4.43	0.18		
4) สมรรถนะด้านองค์ความรู้ ทักษะ และความสามารถ (Knowledge, Skill and Ability)					
ก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอน	16	3.88	0.01	-19.347	< 0.001
หลังได้รับการจัดการเรียนการสอน	16	4.27	0.12		
รวมทั้ง 4 ด้าน					
ก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอน	55	3.92	0.20	-19.056	< 0.001
หลังได้รับการจัดการเรียนการสอน	55	4.29	0.15		

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบกหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.15$) สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับการจัดการเรียน

การสอน ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ระดับทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบกและความพึงพอใจของผู้เรียนต่อโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ตารางที่ 4 คะแนนทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบกใน 4 สถานการณ์ และ คะแนนความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

คะแนนทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบก	$\bar{X}$	SD
1) การบริการทางการแพทย์ในสนาม	75.75	2.18
2) ภารกิจการรักษาสันติภาพ (PKO)	77.00	1.23
3) ภารกิจช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการบรรเทาภัยพิบัติ (HADR)	72.50	0.50
4) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19)	82.00	2.56
คะแนนเฉลี่ยรวมในการจัดการทั้ง 4 สถานการณ์	76.81	0.60
คะแนนความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง	4.40	0.20

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบก ในสถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในสนาม มีค่าเท่ากับ 75.75 ($SD = 2.18$) ภารกิจการรักษาสันติภาพ (PKO) มีค่าเท่ากับ 77.00 ($SD = 1.23$) ภารกิจช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการบรรเทาภัยพิบัติ (HADR) มีค่าเท่ากับ 72.50 ($SD = 0.50$) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม Covid-19 มีค่าเท่ากับ 82.00 ($SD = 2.56$) และค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 4 สถานการณ์เท่ากับ 76.81 ($SD = 0.60$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรวมของผู้เรียนต่อโปรแกรมการฝึกมีค่าอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 คะแนน ($SD = 0.20$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลทหารและระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบกของนักเรียนพยาบาลหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹ ที่พบว่าความรู้และระดับความมั่นใจในตนเองต่อการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการจัดการเรียน

การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานมีค่าสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jeff¹² ที่ศึกษาการจัดโปรแกรมการฝึกโดยใช้สถานการณ์จำลองให้กับพยาบาลทหารเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีสายระบายทรวงอก ซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่ไม่เหมือนกับในสถานการณ์ปกติ งานวิจัยพบว่าการใช้สถานการณ์จำลองสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติได้ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักเรียนพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบก โดยการกำหนดสถานการณ์ที่เป็นภารกิจที่นักเรียนพยาบาลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยให้นักเรียนพยาบาลมีความรู้ในการฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลในภารกิจเหล่านี้ได้ และยังสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจได้

เมื่อพิจารณาระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบกของนักเรียนพยาบาลรายด้านย่อย ทั้ง 4 ด้านพบว่าเกือบทุกด้าน ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลทหารบกหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยกเว้น ด้านแรงจูงใจ (Motive) ซึ่งถือเป็นสมรรถนะแกนกลาง ภายใต้นักเรียนที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการปฏิบัติการกิจ ที่ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จ¹⁰ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า นักเรียนพยาบาลที่เข้ารับการศึกษานี้ในวิทยาลัย ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จะได้รับการอบรมและปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบต่อการกิจที่ได้รับมอบหมาย โดยมุ่งพัฒนาให้นักเรียนมีคุณลักษณะผู้นำทางทหารที่พึงประสงค์ คือ ต้องมีความกระตือรือร้น มุ่งมั่น ในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ¹³ จึงพบว่าในด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ตั้งแต่ก่อนเข้าโปรแกรมการฝึก จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนมีค่าสูงขึ้น

ในด้านของทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบกใน 4 สถานการณ์ที่กำหนด พบว่านักเรียนพยาบาลสามารถปฏิบัติในบทบาทพยาบาลทหารได้ในระดับดี-ดีมาก โดยคะแนนทักษะการจัดการในบทบาทพยาบาลทหารบกที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม Covid-19 รองลงมา คือ การจัดการรักษาสันติภาพ (PKO) การบริการทางการแพทย์ในสนามและการจัดการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการบรรเทาภัยพิบัติ (HADR) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ในการปฏิบัติการกิจในโรงพยาบาลสนาม ทั้งในส่วนของการจัดตั้งเพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิดและการรักษาสันติภาพนั้น มีความคล้ายคลึงกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่นักเรียนเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลในหลักสูตรมาก่อน ในขณะที่การปฏิบัติงานในบริการทางการแพทย์ในสนาม ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะสงคราม และการจัดการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการบรรเทาภัยพิบัติ (HADR) ซึ่งเป็นการให้การดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นสถานการณ์ที่นักเรียนพยาบาลอาจไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการและการดูแลผู้ป่วยมาก่อนและต้องทำงานภายใต้ความกดดันของสถานการณ์ที่อันตรายและเร่งด่วน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อมีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกอย่างเป็นระบบ สามารถให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติได้ดีในสถานการณ์จำลอง

ในด้านความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับดีมาก ด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา บูรณาการความรู้และทักษะการพยาบาลจากทุกศาสตร์สาขามาใช้ในการจัดการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าความพึงพอใจ ด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ

การส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา เฉพาะหน้าและการทำงานเป็นทีม¹⁴ ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้ทั้ง 4 สถานการณ์และเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติมาก่อน ทำให้ต้องมีการใช้ทักษะในการคิดวิเคราะห์ วางแผนการจัดการ และเมื่อปฏิบัติงานจริงในแต่ละสถานการณ์ต้องมีการใช้ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยเฉพาะสถานการณ์ที่ต้องทำงานภายใต้ความกดดันและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เมื่อจัดการสถานการณ์ได้สำเร็จทำให้นักเรียนเกิดความมั่นใจ และรู้สึกพึงพอใจสูง

ในส่วนของการสอบถามปลายเปิดนั้น นักเรียนพยาบาลผู้เข้ารับการฝึกมีความเห็นว่าการฝึกนี้มีประโยชน์ช่วยให้เห็นภาพมากขึ้น สามารถเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้ ดังตัวอย่าง เช่น

“ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้เห็นภาพและได้นำความรู้มาใช้ได้จริงและทำงานร่วมกับทีมได้อย่างดี โดยผ่านการวางแผนล่วงหน้าอย่างถูกต้องโดยมีอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ คอยแนะนำ ชี้แนะ เมื่อในอนาคตจำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่ในฐานะพยาบาลทหารบกจะมีความมั่นใจ และสามารถวางแผนในการทำงานต่าง ๆ ได้ มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามแผนที่ทางกลุ่มได้วางไว้ อาจต้องมีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและการตัดสินใจที่เหมาะสม”

“การได้ฝึกในสถานการณ์เสมือนจริง ทำให้ได้ทราบบทบาทการทำงานของพยาบาลทหารจากเดิมในการเรียนภาคทฤษฎีอาจจะไม่เข้าใจในเนื้อหาเนื่องจากมีรายละเอียดจำนวนมาก เมื่อได้ทดลองทำงานจริง ทำให้จำความรู้สึกและกระบวนการทำงานต่าง ๆ ได้ และมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น หากต้องไปปฏิบัติการกิจต่างๆ ในอนาคต”

ด้านที่นักเรียนพยาบาลให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาปรับปรุง คือ อยากให้มีการเตรียมความรู้ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกช่วงวัยและทุกปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเด็กและผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะนี้จำเป็นต้องมีองค์ความรู้เฉพาะ ถึงแม้ว่านักเรียนพยาบาลจะเคยผ่านการฝึกปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลเด็กและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน แต่การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีประเด็นพิจารณาเพิ่มเติมเมื่อต้องให้การพยาบาลในสถานการณ์ไม่ปกติภายนอกโรงพยาบาล จึงอยากให้มีการทบทวนและให้ความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการฝึกปฏิบัติการทำลายล้างสารพิษ (decontamination) อยากมีโอกาสดูฝึกการปฏิบัติได้ครบทุก

คนจากเดิมที่มีเพียงผู้แทนนักเรียนในแต่ละกลุ่มที่ได้รับการฝึกปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหาร ในการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษาถัดไป โดยเพิ่มการเตรียมความรู้ด้านการพยาบาลเด็กและจิตเวชและให้นักเรียนได้รับการฝึกปฏิบัติการทำลายล้างสารพิษ (decontamination) ครอบคลุม รวมทั้งควรมีการปรับเปลี่ยนโจทย์สถานการณ์ให้สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันและภารกิจที่มีโอกาสได้รับมอบหมาย

2. ควรมีการพัฒนาอาจารย์พยาบาลให้มีความรู้ความชำนาญในการการปฏิบัติการพยาบาลทางทหาร โดยอาจส่งอบรมด้านการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี เป็นต้น เพื่อสามารถให้คำแนะนำนักเรียนพยาบาลในการฝึกปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม

References

1. The Royal Thai Army Nursing College. Students' manual, Bachelor of Nursing Science Program. 2020; 27-37. (in Thai)
2. Saowapa W. Learners' Learning Styles: The Perspectives from the Theory of Experiential Learning. Executive Journal:175-80. (in Thai)
3. Thamnamsin K, Punyapet K, Noitung S, Artsanthia J. The Effect of Teaching Simulation-Based Learning Program to The Knowledge in Basic Medical Care of Nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19:80-8. (in Thai)
4. Wisawatapnimit P, Suttineam U, Teerawatskul S. Effects of simulation-based learning for nursing practicum preparedness for patients with shock on students' satisfaction, self-confidence in learning, and clinical judgment of nursing students. Journal of health science research. 2020;14(3):59-70. (in Thai)
5. Chompoopan W, Chompoopan W, Chanaboon A, Seedaket S, Yomseeken J. Effects of a simulation-based learning model for medical management of patients with cardiovascular diseases. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020;30(2):93-103. (in Thai)
6. Naruponjirakul S. Enhancement of Thai Graduates' Employability Skills using Scenario-Based Learning. Proceedings of the 14th international conference, Digital Technology for Sustainable Wellbeing and Smart Society; 2020 May; Dhurakij Pundit University. 300-10. (in Thai)
7. Thaiudom A, meeparn A, Untaja P, Yuroong A, Bohplian S, Ankanawin U, Chutchawan N. The Integrated Training Program for Mass Casualty and Disaster Nursing Management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(3):77-88. (in Thai)
8. Chutchawan N, Untaja P, Yuroong A, Ankanawin, U, Sutthilak, C, Thepnimit S. The development of Army Nurses' Competencies by using scenario-based training. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2): 53-62. (in Thai)
9. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nursing Educ Perspect. 2005;26(2):96-103.
10. Ma H, Lin L, Zhang S, Lei L, Huang J, Fang Lu, et al. Exploring competencies of military nurses in general hospitals in China: a qualitative content analysis. BMC Nursing. 2021;20:1-8.
11. Wuttisakpisarn S, Chudjuajeen S, Taonoi K. Effects of high-fidelity simulation-based learning for preparation of practice on knowledge, satisfaction, and self-confidence of nursing students. Journal of Health Science research. 2020;14(2):70-81. (in Thai)

12. James JF. Use of High-Fidelity Simulation to Improve Confidence in Military Nurses' Deployment Readiness [Dissertation]. Rhode Island College; 2021.
13. Sanitsom P, Jarat N. Military leadership attributes for Royal Thai Armed Force. Executive Journal. 2015;35(1):75-86. (in Thai)
14. Samrannet W, Korissaranuphab N. Satisfaction of Simulation-Based Learning in Nursing Care for Patients with Shock among nursing students in Srimahasarakham Nursing College. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2019;22(1):64-75. (in Thai)

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี

Effect of Competency Development Health Volunteers for Prevention Hypertension in Tumbon Kham Yai Ubonratchathani Province

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์*¹ อีรนุช ยินดีสุข² วิชิต พุ่มจันทร์³

Pensri Jitchan*¹ Teranut Yindesuk² Wichid Pumchan³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University, Ubonratchathani province, Thailand 34000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

²Faculty of Nursing, Ratchathani, Ubonratchathani province, Thailand 34000

³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

³Ubonratchathani Provincial Public Health Office Ubonratchathani province, Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านของตำบลขามใหญ่ จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง, แบบประเมินทักษะการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ คู่มือความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการคัดกรองและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ pair – t test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคัดกรองป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ผลการศึกษานำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการคัดกรอง และป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และนำแนวทางการพัฒนาศักยภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ อีกต่อไป เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน, โรคความดันโลหิตสูง

Abstracts

This research was a quasi-experimental study pretest-posttest one group design to examine the effect of competency development of health volunteers by educating and practicing skills for prevention Hypertension in Tumbon Kham Yai Ubonratchathani Province. The subjects were 35 health volunteers in Tumbon Kham Yai Ubonratchathani Province. The tools used in the research consisted of collect information included: personal data questionnaire, the knowledge evaluation questionnaire and evaluation for hypertension screening skill, Hypertension handbook and a screening form for the risk of hypertension. The data were analyzed by using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation, compared average scores on knowledge about hypertension and the mean scores on screening skill for hypertension before and after the experiment by using pair t-test statistic

The result of this study found that, the mean knowledge score post experimental was significantly higher than the pre experimental and the mean score on screening skill for hypertension was higher than the pre experimental $p < .05$

It is recommended that the development competency of health volunteers should be future used as guidance for screening and prevention hypertension, Furthermore, applying the development competency in caring for patients with other chronic diseases in order to promote health and prevent chronic disease is also suggested.

Keyword: Competency development, Health volunteers, Hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบในทุกประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2020 มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1.13 พันล้านคน และพบว่าผู้ชาย 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 ที่มีความดันโลหิตสูง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2560-2561 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 1,363,616 และ 1,468,433 รายตามลำดับ¹ จากสถิติสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญต้องได้รับการดูแลแก้ไข สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีพบอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงประจำปีงบประมาณ 2560-2561 มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2158.07, 2325.82 ตามลำดับ² ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม

โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความผิดปกติของ

อวัยวะหลายระบบ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง โดยตรงได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หรือหลอดเลือดในสมองแตก และภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ความรุนแรงของผลกระทบของความดันโลหิตสูงจึงอยู่ที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจเช่น หัวใจโต หลอดเลือดหัวใจหนาและแข็งตัวขึ้นทำให้หัวใจขาดเลือด หรือหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น ไตเสื่อม เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จนอาจนำไปสู่การเป็นไตวายเรื้อรังได้ ในที่สุด ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น ทำให้สมองตายจากการขาดเลือด เส้นเลือดในสมองตีบ และนำไปสู่ภาวะอัมพาต-อัมพฤกษ์³ ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจากการที่ต้องไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติด้วย ในปัจจุบันแม้จะมีวิธีการรักษาและควบคุมโรคที่ดีขึ้น ปัญหาหลักของประเทศไทย คือผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปฏิบัติได้

ทำให้มีผู้ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้มีความสลับซับซ้อนในการดูแลมากขึ้นจึงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายหลักที่สำคัญ ในการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพที่ดีลดอัตราป่วย อัตราการเสียชีวิต และผลกระทบที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โดยการทำงานที่เน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ มีการวางระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่ทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งเน้นการทำงานที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความร่วมมือกัน ระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ที่ตนเองรับผิดชอบและประสานความร่วมมือที่ดีของประชาชนในพื้นที่ทั้งทางด้านการเฝ้าระวังการควบคุมและป้องกันโรค รวมถึงการณรงค์ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพให้ถูกต้อง โดยมีการให้ความรู้และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง⁴ จะช่วยลดอัตราป่วย อัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงได้

อสม. จึงเป็นบุคคลสำคัญในชุมชนที่ทำหน้าที่ เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เป็นผู้สื่อสารทางด้านสุขภาพ การให้ความรู้ คำแนะนำ และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานในขอบเขตหน้าที่ที่รับผิดชอบ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ⁵ อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและร่วมแก้ปัญหาทางสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน อีกทั้งอสม. ยังเป็นประชาชนในพื้นที่ จึงทำให้มีความใกล้ชิด คั่นเคยกับคนในชุมชน จึงมีบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพแก่เพื่อนบ้านในชุมชนอีกด้วย⁶ ดังนั้นการที่อสม.จะเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและปฏิบัติหน้าที่ในการคัดกรอง และการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ดีมีประสิทธิภาพนั้น อสม.

จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้และทักษะในคัดกรอง การป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ประสบผลสำเร็จตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะยกระดับและพัฒนาคุณภาพของอสม. และประชาชนในชุมชนต่อไป

การพัฒนาศักยภาพ (competency) เป็นบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้บุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ⁷ การที่บุคคลนั้นจะทำการปฏิบัติงานนั้นๆ ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์มาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานต้องมีอย่างน้อย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Attributes) ที่ซ่อนเร้นอยู่ อันได้แก่ ค่านิยม จริยธรรม บุคลิกภาพ คุณลักษณะทางกายภาพและอื่น ๆ และกลุ่มพฤติกรรมที่ถูกนำมาใช้ จะต้องมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับภาระงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งนั้น ๆ ด้วย⁸ การที่อสม. จะมีศักยภาพ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านความรู้ และทักษะต่างๆ ในการตรวจคัดกรอง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น จะทำให้อสม. เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ การปฏิบัติงานนั้นประสบผลสำเร็จส่งผลดีต่อชุมชนและระบบสาธารณสุข ประชาชนได้รับการคัดกรอง และป้องกันการเกิดโรคเบื้องต้น ได้อย่างถูกต้องและทั่วถึง ช่วยป้องกันการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นความดันโลหิตสูงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อสม. ยังขาดทักษะพื้นฐานในการดูแลสุขภาพประชาชน ประชาชนยังไม่ยอมรับความรู้ ความสามารถของอสม. ในการดูแลสุขภาพของประชาชนเท่าที่ควร แม้จะได้รับการอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ อสม. แต่รูปแบบที่ให้ความรู้ก็ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข และยังขาดการประเมิน และการติดตามผลการนำความรู้ไปใช้ จึงต้องมีการประเมินผลและพัฒนาอสม. ประกอบกับหน่วยงานที่รับผิดชอบทางด้านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านยังขาดความต่อเนื่อง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการทำงานของอสม. ทำให้ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพไม่ทั่วถึง ในขณะที่หน่วยงานอื่นๆ ที่มีศักยภาพที่จะพัฒนางาน อาสาสมัครสาธารณสุขก็ไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนานโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมงานอาสาสมัครสาธารณสุข⁹ จึงทำให้อสม.ขาดความเข้าใจในการทำหน้าที่ของตนเอง ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความเจริญก้าวหน้าทางด้านต่างๆ

ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น ประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น และการแสวงหาความรู้ต่างๆ ทางด้านสุขภาพทำได้ง่ายขึ้น จึงต้องการ อสม. ที่มีความรู้ความสามารถมากขึ้น การพัฒนา อสม. จึงต้องมีความหลากหลายเพื่อให้เกิดการยอมรับจากคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขจากการลงพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความแตกต่างทั้งด้านอายุ การศึกษา ทำให้มีความรู้และความเข้าใจการดูแล ตลอดจนการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้องครอบคลุม ตลอดจนยังไม่มี การจัดอบรมพัฒนาเกี่ยวกับการคัดกรอง ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้แก่สมอย่างครอบคลุม แม้ว่า อสม. จะได้รับการฝึกอบรมแล้วก็อาจจะหลงลืม เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงจำเป็นที่ อสม. เหล่านี้ จะต้องได้รับการพัฒนา และคัดเลือกเข้ามาฝึกอบรมและฝึกทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนของตนเอง เพื่อจะได้มีความรู้และทักษะในการคัดกรอง ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง ฉะนั้นผู้วิจัย จึงได้มีความสนใจในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อพัฒนา อสม. ให้มีคุณภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน คัดกรองและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการลดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลขามใหญ่อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี

คำถามการวิจัย

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความรู้และทักษะในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดการพัฒนาศักยภาพ⁷ มาใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นการจัดอบรมให้ความรู้และการให้คู่มือเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และทำการฝึกทักษะในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การวัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนัก การคำนวณดัชนีมวลกาย การแปลผล การให้ข้อมูลและคำแนะนำ ตลอดจนการบันทึกในแบบคัดกรอง จะทำให้ อสม. มีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในตำบลขามใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในตำบลขามใหญ่ จำนวน 576 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .70 และเมื่อกำหนดค่า α เท่ากับ .05 และ β (power of analysis) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน¹⁰ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 35 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกอย่างง่ายโดยการจับสลากและกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1.) มีอายุ ไม่เกิน 65 ปี 2.) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป 3.) รู้ตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 4.) มีความยินดี และเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกคืออายุมากกว่า 65 ปี ไม่สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่เต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นอสม. ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามความรู้ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และ แนวทางป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด มีสามตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ แบบสอบถามมี 25 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านบวกจำนวน 22 ข้อ ข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนนสูงสุด เท่ากับ 25 โดยคะแนน 0-7 มีความรู้ในระดับต่ำ คะแนน 8-16 มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 17-25 มีความรู้ในระดับสูง

1.3 แบบประเมินทักษะการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยทักษะการวัดความดันโลหิต ทักษะการชั่งน้ำหนัก ทักษะการวัดรอบเอว ทักษะการคำนวณดัชนีมวลกาย ทักษะการให้คำแนะนำ ลักษณะการประเมินคือปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยคะแนน 0-28 ปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุม คะแนน 29-57 ปฏิบัติได้ถูกต้องแต่ไม่ครอบคลุม คะแนน 58-86 ปฏิบัติได้ถูกต้องและครอบคลุม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

คู่มือความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงประกอบไปด้วย ความหมาย สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง การรักษา การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง ตลอดจนคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินทักษะในการคัดกรองป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และคู่มือการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 แบบประเมินทักษะในการคัดกรองป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 และคู่มือการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินทักษะในการคัดกรองป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยจำนวน 10 ราย ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีหาความคงที่ภายใน และวิเคราะห์โดยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 โดยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 แบบประเมินและแบบทักษะการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

วิธีการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาศักยภาพมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ 1) พบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำงาน การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย 2) ทบทวนความรู้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำคู่มือการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินทักษะในการคัดกรองป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ทำการพัฒนาศักยภาพโดยการจัดอบรมให้ความรู้ ให้คู่มือและฝึกทักษะเกี่ยวกับการคัดกรองและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข และนักโภชนาการมาให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และคำแนะนำในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและทีมพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม เข้าร่วมในการทำวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้และทบทวนความรู้ คำแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พร้อมแจกคู่มือเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 3 ฝึกทักษะเกี่ยวกับการคัดกรอง ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยและทีม สอน และฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักตัว และการวัดรอบเอว การคำนวณดัชนีมวลกาย การประเมินภาวะเสี่ยง และการบันทึก ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 4 ออกนิเทศติดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยและทีมตอบข้อสงสัยต่างๆ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ประเมินความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และทบทวนการฝึกทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง ติดตาม อสม. หลังการทดลองโดยประเมินความรู้และทักษะในการคัดกรอง ป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและทีมเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ โดยใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาที/คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ช่วงระหว่างรอประชุม และอธิบายและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ และยินยอมให้เข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยและทีมวิจัยพากลุ่มตัวอย่างเข้าไปในห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจโดยแบบประเมินความรู้ให้ อสม. ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนแบบประเมินทักษะการคัดกรอง ป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยและทีมเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตการปฏิบัติของ อสม. แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยได้เลขที่ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ SSJ.UB 2564.027 วันที่รับรอง 9 เมษายน 2564 ทีมผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเหตุผลของการทำวิจัย ผลดี และผลเสีย ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอม จึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะเก็บไว้ 1 ปี หลังจากนั้นก็จะถูกทำลายโดยทีมผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และทักษะในการคัดกรองและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าที (Paired t-test) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 46.91 (SD = 8.86) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.1 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.4 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 71.4 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 8001-10000 บาท ร้อยละ 40 ระยะเวลาในการเป็น อสม. อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 42.9 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็น อสม. 10.89 (SD = 5.58)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและทักษะการคัดกรอง ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test (N = 35)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	N	M	SD	t	p
ก่อน	35	18.97	1.38	-15.91	<.001
หลัง	35	23.09	1.14		

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังให้ความรู้ (M = 23.09, SD = 1.14) สูงกว่าก่อนให้ความรู้ (M = 18.97, SD = 1.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = - 15.91)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t – test (N = 35)

ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ	N	M	SD	t	p
ก่อน	35	63.31	4.27	-27.38	<.001
หลัง	35	79.49	4.87		

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง (M = 79.49, SD = 4.87) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 63.31, SD = 4.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = - 27.38)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร อสม. มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และมีทักษะการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สามารถอภิปรายผลได้ว่า

การที่กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพทำให้มีความรู้และทักษะในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเนื่องจากทีมผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ โดยมีการคัดเลือก อสม. อ่านออก เขียนได้ สื่อสารเข้าใจได้ นำมาพัฒนาศักยภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดอบรม ทบทวนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพัฒนาทักษะด้านคัดกรองและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเอว การคำนวณดัชนีมวลกาย ตลอดจนทักษะการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและการบันทึกข้อมูล ทำให้อสม. มีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ

สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการคัดกรองและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์แก่คนในชุมชนนั้น อสม. จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งวิธีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ที่จะทำให้ได้ง่ายตามแนวคิด⁷ นั้น คือส่วนที่ลอยอยู่เหนือน้ำและเห็นได้ง่ายคือ ความรู้และทักษะต่างๆ

การพัฒนาศักยภาพการทำงานของอสม. โดยการให้ความรู้ การฝึกทักษะจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ อสม. ทำงานมีประสิทธิภาพ การที่ อสม. มีความรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ทำให้อสม. ได้รับการยอมรับจากชุมชนและเกิดความร่วมมือ คนในชุมชนได้รับความรู้ คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ช่วยลดการเจ็บป่วยและการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งทีมวิจัยมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. มีการทบทวนความรู้และทักษะปฏิบัติ โดยมีการ

อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการฝึกทักษะในการคัดกรองและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การฝึกวัดความดันโลหิต การแปลผลที่ผิดปกติ การชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว การคำนวณดัชนีมวลกาย การแปลผล ตลอดจนทักษะการให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมความดันโลหิต การได้พบทวนความรู้ความเข้าใจ และได้พบทวนการฝึกปฏิบัติ จะทำให้ อสม. เกิดความมั่นใจ และความถูกต้องมากขึ้น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการเยี่ยมบ้านโดยจัดอบรมให้ความรู้ในการเยี่ยมบ้าน และทำการวัดความรู้และทักษะก่อนและหลังการจัดการอบรม ผลการวิจัยพบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)¹¹ และมีการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนตำบลไผ่ล้อม อำเภอลำดวน จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง อาสาสมัครผู้ดูแลศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง¹² ซึ่ง อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จะทำให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและปฏิบัติหน้าที่ได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังการศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และพัฒนาสมรรถนะให้ อสม. สามารถดูแลคนพิการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย อสม. ที่ผ่านการอบรมทั้ง ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน มากที่สุดในด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ และมีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ เพิ่มขึ้น¹³ และพบว่า อสม. ที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของจังหวัดปัตตานี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนน

ความสามารถ ของ อสม. ในการป้องกันไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ¹⁴

นอกจากนี้อาสาสมัครหญิงในชุมชนที่ได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันและควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงวิธีการรักษาความดันโลหิต การวัดค่าความดันโลหิต การสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิต และการจัดการความดันโลหิตในอนาคต พบว่าอาสาสมัครหญิงในชุมชนสามารถให้การป้องกัน ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติและจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง¹⁵ และอาสาสมัครทางด้านสุขภาพที่ได้รับการความรู้และคำแนะนำอย่างครอบคลุมทางด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในการค้นหาและคัดกรองมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ¹⁶ ตลอดจนอาสาสมัครทางด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรม มีความรู้เพิ่มขึ้น เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองเพิ่มขึ้น มีการทำงานประสานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ตลอดจนได้ทักษะใหม่ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม¹⁷ จะเห็นได้ว่า

อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้ ตลอดจนได้รับการฝึกทักษะต่างๆ จะทำให้ อสม. ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะการคัดกรอง การป้องกัน การเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นภัยเงียบที่ทำลายสุขภาพของประชาชนไปเรื่อยๆ อย่างไม่รู้ตัว โดยจะทราบอีกครั้งเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนและอาการของโรครุนแรงแล้ว

ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีมากขึ้น การใช้ชีวิตของประชาชนสะดวกสบายขึ้น ทำให้เกิดโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น และโรคมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ตลอดจนประชาชนคนมีการศึกษาในระดับสูงขึ้น สังคมจึงต้องการ อสม. ที่มีความรู้ความสามารถมากขึ้น วิธีการที่จะเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพนั้น

จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้า เพื่อจะได้นำความสามารถของ อสม. มาทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ช่วยลดการเกิดโรคร้ายต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยพบว่า อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทำให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรอง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทำให้อสม. เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติได้ถูกต้องและทำให้การทำหน้าที่ของ อสม. มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารหรือพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำวิธีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ไปใช้วางแผนการพัฒนาศักยภาพอสม. ในการคัดกรอง และป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและฝึกทักษะด้านการปรุงอาหาร การเลือกอาหาร การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเอว การคำนวณดัชนีมวลกาย การแปลผลที่ผิดปกติได้ เพื่อจะได้ให้คำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่กลุ่มเสี่ยงได้ถูกต้อง ช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาพบว่า อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้และทักษะในการป้องกันและคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทำให้อสม. ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม จึงควรพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันโรคเรื้อรังอื่นๆ อีกต่อไป และขอเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้าน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านอื่นเช่น การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ

References

1. Division of non-communicable diseases Ministry of Public Health. Number and rate of a morbidity with chronic non-communicable diseases 5 Disease, 2019.
2. Office of policy and strategy Office of the permanent Secretary, Ministry of Public Health. Number and death rate per population of 100,000 people, classified by major causes, 2019.
3. Hypertension Association of Thailand Guidelines for the threatment of hypertension in Medical General Practice B.E., 2019.
4. Wichayan W. Knowledge and attitudes towards surveillance, prevention and control diabetes, and volunteer's hypertension public health in Li District, Lumphun Province. (Thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. (in Thai).
5. Public Health Support Division Ministry of Public Health. Handbook of VHV. Community Health Manager. Reprint 2. Bankok: Agricultural Cooperative Community printing, 2013.
6. Wechantuk P. Factors predicting antibiotic use behavior among village health volunteers. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2021; 2(1): 146-155. (in Thai).
7. Mc clelland, DC. Measuring human motivation Studies in motivation. Appleton-century-crofts. 1993.
8. Suwanakut P. Personnel management competencies of educational institution Administrators fundamentals in That Phanom school Nakhon Phanom province. (Thesis). Nakhon Phanom: Nakhon Phanom University; 2012. (in Thai).

9. Jewjinda C. The Development Model Village Health Volunteers (VHV) with Participation. Journal of Administrative and Management; 2018: 1-9. (in Thai).
10. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research (4th edition). Bangkok: Chulalongkorn printing; 2010.
11. Anunta P, Tonganake J. The effectiveness of home visit and training program in village health volunteers in Khwao, Selaphum, Roi Et 2012. Disease Prevention and Control Office, Khon Kaen Province, 2013: 1-8. (in Thai).
12. Pimpho B. Development of the potential of caregivers of elderly patients with chronic disease in Sub District Community Phai Lom Laplae District, Uttaradit Province. (Thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. (in Thai).
13. Chitbanthod W, Ruangphut P, Sahairak S, and Warapia W. Action develop the capacity of village health volunteers to be case management in caring for the elderly with disabilities in the community. Health system research institute; 2017. (in Thai).
14. Manmana A. The results of the program to develop the capacity of regular public health volunteers village in the prevention of dengue fever Pattani Province. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2014. (in Thai).
15. Neupane et al. Literacy and motivation for the prevention and control of hypertension among female community health volunteers: a qualitative study from Nepal. Global Health Action; 2015: 1-8.
16. Mirzaei K, Ashkezari SN, Khadivzadeh T, Shakeri MT. The Effect of education based on systematic comprehensive health education and promotion model to health volunteers on their female clients' knowledge regarding breast cancer screening. Journal of Midwifery & Reproductive Health; 2017: 998-1007.
17. Dolovich L., et al. Exploration of volunteers as health connectors with in a multicomponent primary care-based program supporting self management of diabetes and hypertension. Health and Social Care; 2019: 28(1), 734-746.

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิ ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

Effectiveness of Sammathithi Development Program on Stress Level among Nursing Students

กัลยาณี ตันตรานนท์* บังอร ศุภวิทิตพัฒนา พรรณพิไล ศรีอารมภ์
นิสาชล รักสกุล สุกฤตา สวนแก้ว จักรภพ ธาตุสุวรรณ
Kunlayanee Tantranont* Bungorn Supavititpatana Punpilai Sriarporn
Nisachon Ragsakun Sukritta Suankaew Jakkapob Dhatsuwan
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ:

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 57 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความเครียดสวนปรุง ทดสอบความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .91 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อวัดซ้ำ ผลการวิจัยคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 14.245, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 4.475, p < .001$ และ $t = 4.704, p < .001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิมีความเครียดลดลง จึงควรใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิ ความเครียด นักศึกษาพยาบาล

Abstract:

Two-group quasi-experimental research with a pretest and a posttest. Objective of this study was to study the effectiveness of Sammathithi development program on stress level among nursing student. 57 third-year nursing students were recruited according to the inclusion criteria and divided into an experimental group (29 students) and control group (28 students). The experimental group received the Sammathithi development program. The data collecting instrument was Suanprung Stress Test-20. The Cronbach's Alpha Coefficient of the instrument was .91. Repeated measure ANOVA were employed for

data analysis. The experimental group's mean scores of stress level after intervention were decreased significantly ($F = 14.24, p < .001$). The mean scores of stress level among the experimental group was lower than the control group at 5 weeks and 13 weeks significantly ($t = 4.47, p < .001$ and $t = 4.70, p < .001$, respectively). The results revealed that the experimental group receiving the Sammathithi development program could decrease stress level. The program should be applied in order to decrease stress among nursing students.

Keyword: sammathithi development program, stress, nursing student

บทนำ

ความเครียดเป็นสภาวะที่ร่างกายและอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นและบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตนเอง และจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการเผชิญความเครียด¹ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด^{2,3,4} ตัวอย่างเช่น การศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัราชภัฏสวนสุนันทา ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 38.1 มีระดับความเครียดอยู่ระดับสูง ร้อยละ 32.2 มีความเครียดในระดับปานกลาง และร้อยละ 22.9 มีความเครียดระดับรุนแรง⁵ สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสถาบันแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 50.7 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย มีงานวิจัยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 รับรู้ต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเป็นความเครียดระดับปานกลางและระดับสูง^{7,8,9,10,11} จากการศึกษาสาเหตุของความเครียดในนักศึกษาพยาบาลพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในระดับสูง คือ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ($M = 3.58, SD = 0.59$) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในระดับปานกลาง ได้แก่การจัดการเรียนการสอน ($M = 3.11, SD = 0.72$) และ ทักษะในการเรียน ($M = 3.08, SD = 0.74$) โดยปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน ทักษะในการเรียน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹²

ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยส่งผลด้านลบต่อนักศึกษานอกจากส่งผลกระทบด้านร่างกายแล้วยังส่งผลต่อสมาธิ ความจำ และความสามารถ

ในการตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา³ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าความเครียดส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจในนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาที่มีความเครียดจะมีอาการเหงื่อออกมาก สั่นตามร่างกาย และเกิดอาการเหนื่อยล้า ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่าความเครียดส่งผลให้นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ตื่นกลัว และเกิดอาการเหนื่อยล้า (burnout) ได้¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาใช้ในโปรแกรมลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่าการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติสามารถลดค่าเฉลี่ยความเครียดในนักศึกษาพยาบาลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁴ และ การศึกษาผลการทำสมาธิแบบนับลูกประคำสามารถลดความเครียดของนักศึกษาที่ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาใช้สามารถลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามการศึกษที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวโดยไม่มีการเปรียบเทียบ รวมทั้งมีการประเมินระดับความเครียดภายหลังการทดลองเพียงครั้งเดียวโดยไม่ไดติดตามและประเมินผลความเครียดในระยะยาว

นอกจากการจัดการกับความเครียดโดยใช้วิธีฝึกสมาธิแล้วยังมีการศึกษาการจัดการกับความเครียดโดยใช้การพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิ ได้แก่ การศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมเรื่องการลดทุกข์ด้วยวิธีแห่งปัญญา (ปัญญาสัมมาทิฐิ) สำหรับนักศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ผู้วิจัยประเมินผลของโปรแกรมโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีคะแนนภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶ คล้ายกับการศึกษาที่นักวิจัยนำ

หลักสูตรฝึกอบรมเรื่องการลดทุกข์ด้วยวิธีแห่งปัญญา¹⁶ มาใช้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดเสาชิง อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี พบว่านักเรียนมีสุขภาพจิตหลัง การใช้หลักสูตรสูงกว่าก่อนใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁷ การพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิเป็นการปรับความเห็น ความเข้าใจ และทัศนคติให้ถูกต้องช่วยให้บุคคลเกิดมุมมองใหม่ ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและสามารถก้าวข้ามไปได้ ส่งผลให้สามารถลดความเครียดหรือความทุกข์ใจได้¹⁸ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย จึงนำหลักสูตรฝึกอบรมเรื่องการลดทุกข์ ด้วยวิธีแห่งปัญญา¹⁶ มาใช้ในการลดความเครียดในนักศึกษา พยาบาล ผู้วิจัยคาดว่าพัฒนาปัญญาจะช่วยให้นักศึกษาปรับ มุมมองและทัศนคติต่อสถานการณ์การฝึกปฏิบัติทางคลินิกว่า เป็นสิ่งที่ท้าทายและสามารถก้าวข้ามไปได้ซึ่งจะช่วยลด ความเครียดของนักศึกษาในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนการ ทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการพัฒนาจิตให้มีปัญญา สัมมาทิฐิมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งสัมมาทิฐิ เป็นมรรคข้อแรกและเป็นมรรคข้อสำคัญในหมวดที่ว่าด้วย ปัญญาที่สามารถนำมาพัฒนาให้เกิดปัญญาได้ โดยเริ่มต้นด้วย ความเห็น ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถ ลดความทุกข์ใจ/ความเครียดและสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามาได้ ซึ่งการที่จะมีสัมมาทิฐิได้ นั้นบุคคลต้องเข้าใจหลักความเป็นจริงในรูปของกฎธรรมชาติ หรือหลักไตรลักษณ์¹⁸ การคิดตามกฎไตรลักษณ์ คือ หลักอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา เป็นการคิดตามความเป็นจริง นั่นคือทุกสิ่ง

ทุกอย่างย่อมมีการเปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ มี 2 ด้านเสมอ เช่น สมหวัง-ผิดหวัง ถูกใจ-ไม่ถูกใจ ถูกตำหนิ-ถูกชม เราไม่สามารถ บังคับให้เป็นไปตามที่เราต้องการได้ เพื่อเป็นการพัฒนาจิต ให้เกิดปัญญาหรือสัมมาทิฐิ นั่นคือมีความเห็นถูกต้องตาม ความเป็นจริง เข้าใจและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ปรับมุมมอง ใหม่ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย แล้วใช้ความคิด พิจารณาหาวิธีการเผชิญสถานการณ์ดังกล่าวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษาไม่เกิดความเครียดและสามารถปรับตัว ให้เผชิญกับสถานการณ์ที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (two-group quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนด power ที่ .80 และ effect size ที่ระดับปานกลาง (0.6)¹⁹ ค่า significant level อยู่ที่ .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 35 รายต่อกลุ่ม กำหนด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตาม กำหนด (attrition rate) ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาจำนวน 78 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 39 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้นปีที่ 3
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผ่านการคัดกรองโดยใช้แบบวัดความเครียดสวน ปรง (SPST-20) การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกอาสาสมัครที่มีคะแนน 24-41 คะแนน (ความเครียดระดับปานกลาง) และคะแนน 42-61 คะแนน (ความเครียดระดับสูง) เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดอาสาสมัครออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่ยินดียินดีเข้าร่วมในการวิจัยต่อไป
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามที่ กำหนดไว้ในโปรแกรม

3. เปรียบเทียบวิถีชีวิตของชีวิต เมื่อได้รับการทดสอบระดับความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) พบว่ามีความเครียดในระดับรุนแรง (คะแนนความเครียดตั้งแต่ 62 คะแนนขึ้นไป)

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (n = 63)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง 5 สัปดาห์	หลังทดลอง 13 สัปดาห์
กลุ่มทดลอง	31	31	29
กลุ่มควบคุม	32	29	28

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ และอายุ

1.2 แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) เป็นแบบสอบถามที่ได้มาตรฐานและนิยมนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อศึกษาระดับความเครียด แบบวัดถูกนำมาทดสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานมาเปรียบเทียบ คือ ค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography, EMG) ได้ค่าความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r > 0.27$) ความเชื่อมั่นของแบบวัดมีค่ามากกว่า 0.7²⁰ แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก (ไม่รู้สึกรู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด) ให้คะแนน ดังนี้ ไม่รู้สึกรู้สึกเครียด ให้ 1 คะแนน รู้สึกเครียดเล็กน้อย 2 คะแนน รู้สึกเครียดปานกลาง 3 คะแนน รู้สึกเครียดมาก 4 คะแนน และรู้สึกเครียดมากที่สุด 5 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในแบบวัดโดยนำคะแนนที่ได้มาจัดกลุ่มระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความเครียดระดับต่ำ (1-23 คะแนน) ความเครียดระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ความเครียดระดับสูง (42-61 คะแนน) และ ความเครียดระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)²⁰

ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดมาใช้โดยไม่ได้ทำการดัดแปลงใด ๆ จึงไม่นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำแบบวัดไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นของ

จากการใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 รายซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณค่า power analysis หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถสรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

แบบวัดโดยหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .91

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยนำหลักสูตรการลดทุกข์ด้วยวิธีแห่งปัญญา¹⁶ มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยก่อนนำโปรแกรมไปใช้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่เคยเป็นวิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาเนื้อหาและระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดอบรมโดยเนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย¹⁶

2.1 ธรรมกับการเอาชนะด้วยปัญญา (3 ชั่วโมง) กิจกรรมกลุ่มแบบแบ่งฐานเป็น 4 ฐาน ฐานที่ 1 ฝึกสังเกต เป็น คิดเป็น (สัมมาทิฐิ) ปรับเป็น (สัมมาสังกัปปะ) ฐานที่ 2 ฝึกยอมแพ้มัน (สัมมาวาจา) ฐานที่ 3 ฝึกแสดงเป็น ฝึกพูดเป็น ฝึกฟังเป็น ฝึกใช้เหตุผลเป็น (สัมมาวาจา สัมมาสัมมัตตะ สัมมาอาชีวะ) ฐานที่ 4 ฝึกฝึกใจไม่ให้คิด (สัมมาสติ สัมมาสมาธิ) แต่ละฐานเน้นการฝึกใช้ปัญญาในการดำเนินชีวิตอย่างรู้เท่าทันโลกโลกาภิวัตน์ที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งการคิด การพูด การกระทำ โดยฝึกใช้ปัญญาจากความเห็นที่ถูกต้องจากสัมมาทิฐิเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์จากการคิด การพูด และการกระทำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

2.2 มีदनอกสว่างใน (2 ชั่วโมง) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติจากสิ่งที่อยู่ภายนอกที่เป็นรูปธรรม เพื่อน้อมมาสู่ภายใน คือจิตใจที่เป็นนามธรรม โดยฝึกเดินในที่มืดแล้วถ่ายทอดความรู้สึกออกมา เพื่อเปรียบเทียบกับเวลาที่ใจเรามืดบอดขาดแสงสว่างคือปัญญา เพราะทุกข์หรือปัญหาอุปสรรคมาปิดเอาไว้ แต่ถ้าใจมีแสงสว่างหรือมีปัญญาย่อมมีทางออกเสมอ

2.3 ธรรมนำคิดกับการเห็นผิดและคิดถูก

(3 ชั่วโมง) กิจกรรมอภิปรายชี้ให้เห็นโทษของการคิดหรือความเห็นที่ไม่ถูกต้อง (มิจฉาทิฏฐิ) และคุณของความเห็นที่ถูกต้องตามความเป็นจริง (สัมมาทิฏฐิ) และชี้ให้เห็นความแตกต่างของธรรมทั้งสองอย่างว่า มิจฉาทิฏฐิมีผลทำให้เกิดทุกข์ ส่วนสัมมาทิฏฐิมีผลทำให้ทุกข์ลดลงและหมดไปในที่สุด

2.4 ได้ “ธ” จาก “ท” อย่างไร (3 ชั่วโมง 30 นาที) กิจกรรมกลุ่มฝึกปฏิบัติหาอุปมาธรรมจากการทำงานในชีวิตประจำวัน โดยอาศัยความคิดที่มีสัมมาทิฏฐิเป็นฐานเพื่อให้ความทุกข์จากการทำงานลดลงหรือหมดไป

2.5 เวลาที่ผ่านไปแล้วใจเราละ (2 ชั่วโมง) กิจกรรมอภิปรายวิธีฝึกคิดที่อาศัยหลักโยนิโสมนสิการคือการคิดอย่างละเอียด 4 ขั้นตอน ที่ใช้หลักอริยสัจ 4 คือสาวจากผลไปหาเหตุอันเป็นกระบวนการสร้างปัญหาที่นำไปสู่ปัญหาที่เป็นสัมมาทิฏฐิจากการฟัง การดูการกระทำของผู้อื่นเพื่อให้ความคิดมีระเบียบเป็นขั้นตอน

2.6 ธรรมส่วนตัว ธรรมส่วนรวม (2 ชั่วโมง) กิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตจากการคิดดี พูดดี และทำดี เป็นแนวทางการทำความดีที่ไม่มีขีดจำกัด ไม่ต้องผัดวันประกันพรุ่ง ทำความดีทุกครั้งที่มีโอกาส เพื่อสร้างความดีให้กับตนเองและแผ่แผ่ความดีให้แก่ผู้อื่น พร้อมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้อื่น โดยการนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประกาศรับสมัครกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการติดประกาศและสื่อสารผ่าน social media
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20)
3. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
4. ดำเนินโปรแกรมโดยจัดให้กลุ่มทดลองเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยคณะวิทยากรประกอบด้วย พระสงฆ์ แม่ชี และวิทยากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาปัญญาตามแนวทางที่ระบุไว้ในหลักสูตร โดยเข้าค่ายอบรมนอกสถานที่เป็นระยะเวลา 2 วัน 1 คืน (ระหว่างวันที่ 14-15 ธันวาคม 2562) ณ สวนพินดาว ต.สันนาเม้ง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ หลังจากนั้นกลุ่มทดลองถูกนัดหมายให้พบกัน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 5 หลังทดลอง เพื่อร่วมแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ในการนำสิ่งที่ได้จากการอบรมไปใช้ในชีวิตจริง รวมถึงพูดคุยถึงปัญหา/อุปสรรคที่พบ เพื่อให้คณะวิทยากรชี้แนะแนวทางในการพัฒนาปัญญาอย่างต่อเนื่อง

5. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) ที่ผู้วิจัยทำไว้ในรูปแบบgoogle form โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดในช่วงเวลาเดียวกันหลังทดลอง 5 สัปดาห์ (วันที่ 19 มกราคม 2563) และ 13 สัปดาห์ (วันที่ 16 มีนาคม 2563) ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 126/2019 ได้รับอนุมัติโครงการวันที่ 12 กันยายน 2562 ก่อนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และประโยชน์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัย ในขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยหากพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับรุนแรง ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มควบคุมที่มีความเครียดระดับสูงจะได้รับคำแนะนำในการผ่อนคลายความเครียดทั่วไป และได้เข้าร่วมโปรแกรมอบรมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับและถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนความเครียดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 57 ราย (คิดเป็นร้อยละ 77.03

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 29 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย ร้อยละ 96.49 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20 – 23 ปี ($\bar{X} = 20.86$, $SD = 0.61$)

ผลการทดสอบสมมุติฐานพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 45.48 คะแนน ($SD = 8.57$) หลังการ

ทดลอง 5 สัปดาห์เท่ากับ 33.72 คะแนน ($SD = 10.51$) และหลังการทดลอง 13 สัปดาห์เท่ากับ 32.86 คะแนน ($SD = 12.42$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.245$, $p < .001$) ในขณะที่ความเครียดของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ยความเครียด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			ค่าสถิติ F	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 5 สัปดาห์	หลังการทดลอง 13 สัปดาห์		
กลุ่มทดลอง	45.48 (8.57)	33.72 (10.51)	32.86 (12.42)	14.245	<.001
กลุ่มควบคุม	43.07 (7.90)	50.07 (16.34)	48.89 (13.30)	2.927	.071

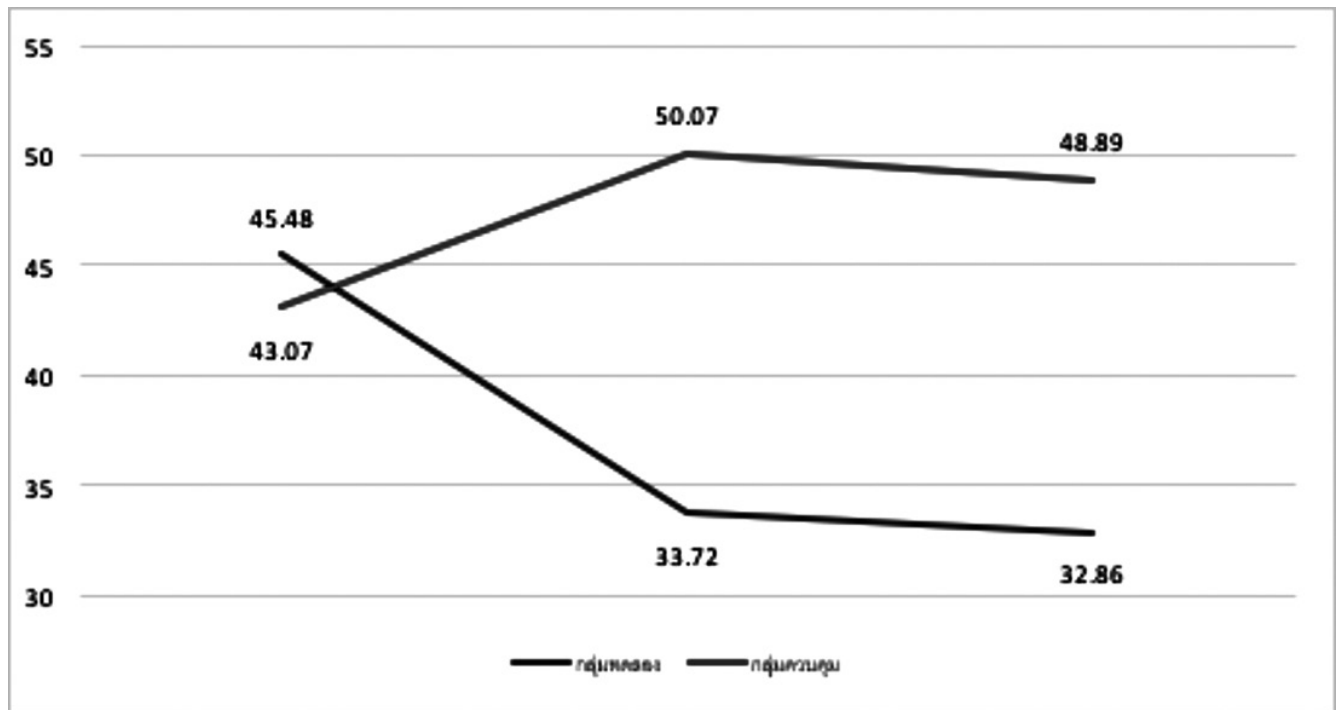
เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการทดสอบบอนเฟอโรนี (Bonferroni) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .01$ ตาม

ลำดับ) และไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดช่วงหลังทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนทดลอง หลังทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 3 และแผนภูมิ 1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการทดสอบ บอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 5 สัปดาห์	11.76*	7.00
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 13 สัปดาห์	12.62**	5.82
หลังการทดลอง 5 สัปดาห์ - หลังการทดลอง 13 สัปดาห์	0.86	1.18

* $p < .05$ ** $p < .01$



แผนภูมิที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความเครียด
ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกัน ($t = 1.10, p = .275$) ส่วนในระยะหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.47, p < .001$ และ $t = 4.70, p < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 13 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ independent t-test

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยความเครียด (SD)		ค่าสถิติ t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	45.48 (8.57)	43.07 (7.90)	1.10	.275
หลังการทดลอง 5 สัปดาห์	33.72 (10.51)	50.07 (16.34)	4.47	<.001
หลังการทดลอง 13 สัปดาห์	32.86 (12.42)	48.89 (13.30)	4.70	<.001

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิสามารถลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเรื่องการลดทุกข์ด้วยวิธีแห่งปัญญาสำหรับนักศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ที่พบว่านักศึกษามีคะแนนภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶ และผลการศึกษาที่นักวิจัยได้นำหลักสูตรฝึกอบรมเรื่องปัญญาอบรมใจเพื่อคลายทุกข์ไปใช้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดเสาชิง อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี พบว่านักเรียนมีสุขภาพจิตหลังการใช้หลักสูตรสูงกว่าก่อนใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁷ จากการศึกษาความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ต่อการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

พบว่าสถานการณ์ที่นักศึกษารับรู้ในเชิงลบมีทั้งหมด 7 สถานการณ์ ได้แก่ ทักษะในการฝึกปฏิบัติ ความไม่มั่นใจในตนเอง ความกลัวและระแวงผู้ป่วย การบริหารเวลาและงานที่รับผิดชอบ ความเจ็บป่วยในระหว่างฝึกปฏิบัติงาน ความสามารถในการปรับตัว การศึกษาผู้ป่วยและการเขียนแผนการพยาบาล¹¹ ทั้งนี้การพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิโดยฝึกวิธีคิดตามกฎไตรลักษณ์ คือ ทุกสิ่งทุกอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ไม่สามารถบังคับหรือควบคุมได้ เช่น ความเครียดของนักศึกษาจากความกลัวหรือหวาดระแวงผู้ป่วย หากนักศึกษามีมุมมองใหม่ว่า ผู้ป่วยให้ออกาสแก่นักศึกษาในการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะการฝึกปฏิบัติงานด้านการพยาบาล เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยไปแล้วผู้ป่วยอาจรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจ การพยาบาลที่ให้ได้ แต่นักศึกษามีหน้าที่ที่จะให้การพยาบาลตามความรู้และความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เมื่อคิดได้แบบนี้ก็จะส่งผลให้สามารถลดความเครียดที่จะเกิดขึ้นจากการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยได้ การปรับความคิดใหม่จากที่เคยคิดว่าสถานการณ์ที่เข้ามาเป็นสิ่งที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจ เป็นการมองว่าสถานการณ์เป็นสิ่งที่ท้าทายจะช่วยให้บุคคลไม่เกิดความเครียดและสามารถเผชิญสถานการณ์ที่เข้ามาอย่างเหมาะสม¹

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิช่วยลดความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในระยะยาวได้ โดยภายหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างยังคงมีระดับความเครียดลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการที่บุคคลมีการปรับวิธีคิดตามกฎไตรลักษณ์อยู่เสมอ จะช่วยให้บุคคลพัฒนาปัญญาให้มีความเข้าใจและยอมรับในสถานการณ์ต่าง ๆ มากขึ้นส่งผลให้สามารถลดความเครียดในระยะยาวได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรนำโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิไปใช้เพื่อลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โดยอาจนำเข้าบรรจุในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน พัฒนาเป็นวิชาเลือกเสรี กิจกรรมการพัฒนานักศึกษาโดยกิจการนักศึกษา หรือจัดอบรมอาจารย์พยาบาลเพื่อให้สามารถนำไปถ่ายทอดให้นักศึกษาพยาบาลต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาปัญญาสัมมาทิฐิในประชากรกลุ่มอื่นเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เพิ่งเข้ามารับการศึกษา เนื่องจากต้องเผชิญความเครียดหลายอย่างและต้องปรับตัวกับการศึกษาใหม่ จึงควรนำโปรแกรมนี้อบรมตั้งแต่ปี 1 เพื่อลดความเครียดสะสมจนถึงปี 4

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

References

1. Lazarus RS, Folkman, S. Stress appraisal and coping. New York Springer Publishing 1984.
2. Burnard P, Binti TH, Rahim AH, Hayes D, Edwards D. A descriptive study of Bruneian student nurses' perceptions of stress. Nurse Education Today 2007;27(7),808-18.
3. Moscaritolo LM. Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. Journal of Nursing Education 2009;48(1),17-23.
4. Sheu S, Lin HS, Hwang SL. Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviors. International Journal of Nursing Studies 2002;39(2):165-75.
5. Uratanamnee S, Lerdsamran S, Wongsrinak J, Sainkthong K, Rawang A. Stress among nursing students, SuanSunandha Rajabhat University. Conference Proceeding Report: 4th Suan Sunandha Academic National Conference on Research for Sustainable Development 2016. (in Thai)

6. Sonpaveerawong J, Dammee M, Nimsuwa J, Mad-a-dam C, Laiadkan S, Sopon S. Stress, stress management and the need to supports nursing students. *Journal of Nursing Education* 2016;9(3):36-50. (in Thai)
7. Anantachai S, Nakwichet K, Khantapura R. A study of stressors stress level and coping strategies in clinical nursing practice of nursing students of Vongchavalitkul university. *Journal of Vongchavalitkul University* 2010:15-22. (in Thai)
8. Sriboonpimsuay W, Srisutipanporn S, Phanich P. Stress and coping prior to practice in labour room of the third-year nursing students at Boromarajonani college of nursing, Udonthani. *UMT Poly Journal* 2016;13(2):30-38. (in Thai)
9. Chaiwijit S. Influencing factors of stress and stress coping among nursing students of Phrapokklao nursing college, Chanthaburi. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2009;20(2):49-58. (in Thai)
10. Wongchai L. Stress and Ways of coping among third year nursing student faculty of nursing Chiang Mai University (the degree of master of nursing science). *Faculty of Graduate Studies, Chiang Mai University*;1999. (in Thai)
11. Namakankhum A, Suvanayos C, Khwanngern P, Phumkhum W. Stress and factors inducing stress in nursing students during nursing practice on wards. *Nursing Journal* 2008;35: 26-36. (inThai)
12. Foofoeng T, Mokekhaow K. Factors relationship to stress of the first year nursing students, government college and private university. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(3):373-382. (inThai)
13. Benavente SB, Costa AL. Physiological and emotional responses to stress in nursing students: an integrative review of scientific literature. *Acta Paulista de Enfermagem* 2011;24(4):571-6.
14. Thongpila S, Sompee P. The effectiveness of mental development program to stress-reduction in nursing students when preparing for the nursing license examination of Thailand Nursing and Midwife Council. *Journal of Nursing and Education* 2014;7(4),64-77. (in Thai)
15. Krutdilakanunt J. Effects of rosary count meditation practice on stress, heart rate, respiration rate and blood pressure of nursing students. *Journal of Health Science* 2015;24(3),479-85. (in Thai)
16. Uttarak P. The development in training curriculum entitled “decreasing suffering with wisdom way” for students in education major at Thepsatri Rajabhat University. Master’s thesis Thepsatri Rajabhat University 2009. (in Thai)
17. Keidkhlai M. A training curriculum development entitled “Intellect as a means to train the mind and relieve suffering” for pratomsuksa 6 students, watsaothong school, Bangplama district, Suphanburi province. *Rangsit University Research Conference* 2012:553-8. (in Thai)
18. Srichannil C. Buddhist psychology: The way to heal suffering and cultivate personal mental health. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal* 2009;29(4),188-08. (in Thai)
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods* (7th). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2004.
20. Mahatnirunkul S, Pumpisanchai W, Tapanya P. The construction of suan prung stress test for Thai population. *Bulletin of Suanprung* 1997;13(3),1-20. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ โรงพยาบาลกระบี่

The Development of a Care Management Model for Femoral Fracture under
Internal Fixation through Applying Knowledge Management, Krabi Hospital

ฉัตรกมล บุญทอง กาญจนา ศรีสวัสดิ์* เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

Chatkamol Boonthong Kanjana Srisawad* Premruetai Noimuenwai

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี, ประเทศไทย 11120

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat open University, Nonthaburi, Thailand 11120,

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และ 2) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) สำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 11 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ และกลุ่มผู้รับบริการ 5 คน และ 2) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้เชิงโมเดล มีการสร้าง 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การประเมินสภาพแรกเริ่ม (2) การเตรียมก่อนผ่าตัด (3) การดูแลระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง และ (4) การฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย และ 2) ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพ พบว่าในภาพรวมมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 87.42 และร้อยละ 94.00

คำสำคัญ: การจัดการความรู้ การจัดการดูแล กระดูกต้นขาหัก การผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

Corresponding Author: *Email: kanjana.sri@stou.ac.th

วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration) Sukhothai Thammathirat Open University

วันที่รับ (received) 24 ก.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 มี.ค. 2565

Abstract

This descriptive research aims 1) to propose a care management model for femoral fracture patients undergone internal fixation surgery and 2) evaluate the appropriateness of such model which is developed. With purposive sampling methods, the samples are divided into 2 groups: the first one for the focus group is 11 members of interdisciplinary staff; Orthopedic surgeon, Physiatrist, Registered nurses, Physical therapist and Nutritionist and 5 caregivers, and the other for evaluation of the appropriateness of the model is 5 experts and 10 Registered nurses. The research instrument consists of questionnaires for the focus groups and evaluation forms of the model. The content validity index ranged from 0.67 to 1.00. The data was analyzed by descriptive statistics and content analysis. The research findings are as follows: firstly, proposing a care management model for femoral fracture patients undergone internal fixation surgery by applying knowledge management according to the SECI model has 4 stages, namely: (1) initial nursing assessment, (2) preoperative preparation, (3) post-operative care for a period of 24 to 72 hours, and (4) rehabilitation and discharge readiness; secondly, the results of the evaluation of the appropriateness of the model made by experts and Registered nurses suggests that the said method was overall 87.42 percent and 94 percent.

Keywords: Knowledge Management, Care Management, Femoral Fracture, Internal Fixation

บทนำ

กระดูกต้นขา (Femur) เป็นกระดูกที่มีขนาดใหญ่และมีลักษณะเป็นท่อยาว (Tubular bone) มีน้ำหนักมากที่สุด ในร่างกาย ทำหน้าที่ในการรองรับน้ำหนัก ส่งผ่านไปยังกระดูกหน้าแข้งและเท้า¹ สาเหตุของการเกิดภาวะกระดูกต้นขาหักที่พบได้บ่อย การประสบอุบัติเหตุ การประกอบอาชีพ และการเล่นกีฬา เป็นต้น กระดูกต้นขาหักส่วนใหญ่พบในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จำนวน 250,000 รายต่อปี ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มวัยรุ่นพบร้อยละ 90 สาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร พบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด² เมื่อเกิดกระดูกต้นขาหักจะมีอาการขาบวม ปวดมาก และกดเจ็บบริเวณที่มีกระดูกหัก และอาจเกิดการสูญเสียเลือด ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดแดง ทำให้มีเลือดออกบริเวณที่มีกระดูกหัก โดยเลือดที่ออกนั้นจะอยู่ภายในร่างกายหรือออกมาภายนอกก็ได้ หากมีการเสียเลือดมากกว่าปกติ จะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงหรือเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลง โดยเฉพาะสมองและหัวใจ อาจเกิดภาวะช็อกได้³ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักมีทั้งการรักษาแบบวิธีการผ่าตัดและวิธีอนุรักษนิยม การผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมและได้ผลดีในปัจจุบัน ระหว่างรอการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายจะได้รับการยึดตรึง

กระดูกที่หักภายนอกโดยการดัดงอหน้าแข้ง เพื่อให้ขาข้างที่ได้รับความเจ็บอยู่หนึ่ง ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดและบวมกระดูกต้นขาหัก⁴ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้าหลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงล้มเลือดไปอุดตันที่ปอดได้มากกว่า⁵ และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก่อนการผ่าตัดนานจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เกิดแผลกดทับและข้อติดแข็งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว อาจส่งผลให้เกิดความล่าช้า ในการผ่าตัด ทำให้จำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

จังหวัดกระบี่ เป็นเมืองท่องเที่ยวที่ติดอันดับโลกและประเทศ ที่มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดอุบัติเหตุทั้งจากการจราจรทางบกและทางน้ำได้ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกระบี่มีสถิติเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์พบมากเป็นอันดับ 2 จากสถิติผู้ป่วยกระดูกและข้อเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลกระบี่ ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีผู้รับบริการจำนวน 1,425

ราย 1,505 ราย และ 1,490 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จำนวน 109 ราย, 197 ราย, และ 154 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 89 ราย, 137 ราย และ 131 ราย ตามลำดับ⁶ พบมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน คือ อัตราการเกิดภาวะความดันต่ำจากการเสียเลือดหรือน้ำในร่างกายน (Hypovolemic shock) ภาวะไขมันหลุดลอยเข้าสู่หลอดเลือด ความล้มเหลวของแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก (Fail plate) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจต้องใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น หรือส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁷ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลภายหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เพื่อให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายหลังการผ่าตัดรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับไปประกอบอาชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 341 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจหนึ่งขององค์กรที่จะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ เป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม⁸ การจัดการความรู้เป็นกระบวนการหนึ่งที่ดำเนินการร่วมกันโดยผู้ปฏิบัติงานในองค์กรหรือหน่วยงานย่อยขององค์กร เพื่อสร้างและใช้ประสบการณ์ซึ่งถือเป็นองค์ความรู้ในตัวบุคคล ในการพัฒนาการทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ดีขึ้นกว่าเดิม โดยมีเป้าหมายพัฒนางานและคน⁹ การจัดการความรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรที่มองการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญในตัวบุคคลถ่ายทอดออกมาไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) หลักสำคัญของโมเดล SECI Model คือ เกลียวความรู้ จะเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการยกระดับความรู้ และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์โดย SECI Model ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยเริ่มจากขั้นที่ 1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(Socialization) คือการจัดให้คนมาปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนากลุ่ม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล หลังจากนั้นจะตามมาด้วยขั้นที่ 2 การสกัดความรู้ (Externalization) เป็นกระบวนการสื่อความรู้จากประสบการณ์ในการทำงานออกมาเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียนเก็บรวบรวมความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในขั้นตอนนี้ เมื่อการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) หรือความรู้ที่เข้ารหัส (Codified Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้โดยง่ายผ่านวิธีการด้านเทคโนโลยีสื่อสารและสารสนเทศ ขั้นที่ 3 การรวบรวมความรู้ (Combination) เป็นกระบวนการผนวกความรู้ชัดแจ้งเข้าด้วยกัน และขั้นที่ 4 การฝึกฝังความรู้ (Internalization) กระบวนการนี้เป็นการสังเคราะห์หรือหลวมรวมความรู้ที่ชัดแจ้งกับความรู้ที่ฝังลึกและยกระดับให้สูงขึ้น ลึกซึ้งขึ้น ซึ่งรูปแบบนี้สุดท้ายแล้วจะทำให้เกิดความรู้ใหม่

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยใช้แนวทางการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาเคชิ¹⁰ ซึ่งโรงพยาบาลกระบี่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพบว่ายังไม่ชัดเจนของแนวทาง และคู่มือยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติตัวและการประเมินความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบให้เกิดอุบัติการณ์ต่าง ๆ การพัฒนารูปแบบดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้กระบวนการจัดการความรู้ที่ได้ดำเนินการจะช่วยให้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม นำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามพันธกิจของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 70

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการที่ดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระบี่

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) สำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 11 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกระบี่ และผู้รับบริการที่ดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในจำนวน 5 คนที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระบี่ และ
- 2) สำหรับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ประเด็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ มีจำนวน 8 ข้อ ได้ตรวจสอบความตรงเนื้อเชิงหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ 1.00
- 3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ ได้ค่าดัชนีอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และ
- 4) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน มีจำนวน 15 ข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลกระบี่
2. สืบจากกลุ่มตัวอย่างทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการเพื่อเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย
4. การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยที่ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ประยุกต์แนวทางการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ และขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน และร้อยละ
2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
3. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หมายเลข NS 4/2563 วันที่ 18 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการทำงานหรือการรับบริการพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้การดูแลและช่วยเหลือโดยการส่งต่อพบแพทย์ทันที ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ โดยประยุกต์แนวทางการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสภาพแรกรับ ประกอบด้วย การซักประวัติตามอักษรย่อ AMPLE และซักประวัติตามแบบแผนสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก โดยสามารถทำการซักประวัติพร้อมกับการตรวจร่างกาย ซึ่งตรวจตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าโดยใช้เทคนิค การดู การคลำ การขยับ และการวัด โดยใช้หลักการ Advanced Trauma Life Support (ATLS) เพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการเตรียมผ่าตัด

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจ้องเลือด การเตรียมเอกสารยินยอมเพื่อทำการผ่าตัด นอกจากนี้ยังเตรียมความพร้อมจิตใจ

ระยะที่ 3 การดูแลหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินออกซิเจนในเลือด (SpO₂) เฝ้าระวังภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดดำ (Fat Embolism) และประเมินแผลผ่าตัด บันทึกรปริมาณเลือดออกในขวาระบายเลือด ภาวะความดันในช่องปิดของกล้ามเนื้อสูงขึ้น (Compartment Syndrome) และควรเฝ้าระวังภาวะการเกิดลิ่มเลือดดำอุดตัน (Venous Thrombo Embolism)

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูสภาพ-การวางแผนจำหน่าย

การฟื้นฟูกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงป้องกันกล้ามเนื้อลีบฝีกบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า การทำท่ากระดกปลายเท้าขึ้น-ลง (Ankle pumping exercise) ท่าการเหยียดขาขึ้นตรงเกร็งเข่าลง (Quadriceps exercise) เน้นการบริหารเพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ การฝึกหัดเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-M-E-T-H-O-D พร้อมทั้งส่งข้อมูลการวางแผนจำหน่ายที่ต้องติดตามต่อเนื่องให้ศูนย์การดูแลต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ (LINE Group) หลังผ่าตัดวันแรก และส่งเอกสารข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ครบถ้วนแล้วให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ผ่านโปรแกรม COCKbi/info เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะ

ยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่ ประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 10 คน ประเมินความเหมาะสมโดยใช้การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล¹¹ แบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยผู้เชี่ยวชาญตามรายหมวด (n = 5)

รายการประเมิน	ความเหมาะสมของรูปแบบ	
	ร้อยละ	แปลผล
หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	86.66	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	86.66	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	87.14	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	85.71	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 5 การนำไปใช้	86.66	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	92.85	มีความเหมาะสม
รวม	87.42	มีความเหมาะสม

จากตารางที่ 1 พบว่า ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยผู้เชี่ยวชาญตามรายหมวด จำแนกตามการประเมินความเหมาะสมเป็นรายหมวดทั้ง 6 หมวด โดยรวมรูปแบบมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 87.42 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ โดยหมวดที่มีความเหมาะสม

มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (ร้อยละ 92.85) รองลงมา คือ หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (ร้อยละ 87.14) และหมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (ร้อยละ 86.66), หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ร้อยละ 86.66) และหมวดที่ 5 การนำไปใช้ (ร้อยละ 86.66)

ตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นรายนาม (n = 10)

รายการประเมิน	ความเหมาะสมของรูปแบบ	
	ร้อยละ	แปลผล
หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	93.80	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	93.57	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	93.92	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	92.85	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 5 การนำไปใช้	94.76	มีความเหมาะสม
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	94.28	มีความเหมาะสม
ภาพรวม	94.00	มีความเหมาะสม

จากตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน การประเมินความเหมาะสมโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นรายนามทั้ง 6 หมวดในภาพรวมรูปแบบมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 94.00 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ โดยหมวดที่มีความเหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ (ร้อยละ 94.76) รองลงมา คือ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (ร้อยละ 94.28) และหมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (ร้อยละ 93.92) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่

การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่ โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ ประกอบด้วย 1) ขั้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) 2) ขั้นการสกัดความรู้ (Externalization) 3) ขั้นการรวบรวมความรู้ (Combination) และ 4) ขั้นการฝังความรู้ (Internalization) ซึ่งการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์โดยตรงของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละคนนำความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) ประสบการณ์

ที่ดี (Best Practice) ของแต่ละบุคคลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ SECI Model ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรที่มองการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในตัวบุคคลถ่ายทอดออกมาไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ซึ่งผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในอยู่ระหว่าง 16-20 ปี ร้อยละ 36.36 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ 36.36 และกลุ่มผู้รับบริการที่ดูแลผู้ป่วยมาสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วนำประเด็นความรู้มาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹² ที่พบว่าการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการความรู้ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้มีการพัฒนาด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และได้กระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ มองการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในตัวบุคคลถ่ายทอดออกมาไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ซึ่ง SECI Model เป็นเกลียว ความรู้จะเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการยกระดับความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการรวบรวมความรู้ (Combination) เป็นกระบวนการผนวกรวมความรู้ชัดแจ้ง เข้าด้วยกันได้ประเด็นความรู้ใหม่ (New Knowledge) ที่เป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบการจัดการ

การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสภาพแรกพบ พบประเด็นสำคัญในการประเมินสภาพแรกพบของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักเมื่อผู้ป่วยมาถึงควรได้รับการประเมิน (Primary survey) โดยใช้หลักการ Advanced Trauma Life Support (ATLS) ตามหลัก ABCDE เพื่อรับการช่วยเหลือในภาวะเร่งด่วนและช่วยชีวิตผู้ป่วยทันที¹³ โดยประเมินสัญญาณชีพแรกพบได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร และประเมินค่าออกซิเจนในเลือด จากนั้นเป็นการซักประวัติตามอักษรย่อ AMPLE ได้แก่ A : Allergies ประวัติการแพ้ยาและการแพ้อาหาร, M : Medication ประวัติโรคประจำตัวและยาที่ใช้เป็นประจำ, P : Past illness/ Pregnancy ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การได้รับวัคซีน และการตั้งครรภ์, L: Last meal ประวัติการรับประทานอาหารและดื่มน้ำครั้งสุดท้ายเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ครอบคลุม ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ว่า “การซักประวัติตามอักษรย่อ AMPLE โดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุ สามารถได้ข้อมูลที่ชัดเจนกระชับ โดยเฉพาะ E : Event /Environment จะช่วยบอกที่เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น ถ้าเกิดอุบัติเหตุตกลงไปในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพงหญ้า/น้ำคร่ำข้างถนน ควรให้ยาปฏิชีวนะ และวางแผนการรักษาแบบกระดูกต้นขาหักแบบเปิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระดูกตามมาภายหลังได้

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พบประเด็นสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจ้องเลือด การเตรียมเอกสารยินยอมเพื่อทำการผ่าตัด นอกจากนี้ยังเตรียมความพร้อมจิตใจโดยให้ข้อมูลเบื้องต้นของการทำผ่าตัด ส่งเอกสารใบเตรียมผ่าตัดก่อนเวลา 14.00 น. ในรายที่วางแผนการผ่าตัดล่วงหน้า (Elective case) เพื่อให้วิสัญญีเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดังตัวอย่างข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “กรณีที่เป็น Elective case ให้ส่งเอกสารการ Set OR ก่อนเวลา 14.00 น. เพื่อวิสัญญีได้เตรียมเยี่ยมก่อนผ่าตัด” สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ พบว่าการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกก่อนได้รับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับพยาบาลที่ให้การดูแลในระยะผ่าตัดและเกิดความรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจาก

พยาบาลในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด และได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด นอกจากนี้ก่อนผ่าตัดนอกจากการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ควรสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการประเมินความปวด

ระยะที่ 3 การดูแลระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบประเด็นสำคัญในการดูแลระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินออกซิเจนในเลือด (SpO2) เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ พบว่า ภาวะไขมันหลุดลอยเข้าสู่ หลอดเลือดดำพบได้ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีอาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ระดับออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว โดยหลังผ่าตัดควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนสังเกตอาการและติด Monitor สัญญาณชีพ และออกซิเจนในเลือด (SPO2) ใน 24 ชั่วโมงแรก จัดทำนอนผู้ป่วยโดยการวางขาสูง และประคบเย็น เพื่อช่วยลดอาการปวดบวม และสอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ พบว่าการวางขาสูง 18 เซนติเมตรร่วมกับการทำ Ankle pumping ช่วยให้อาการปวดลดลง นอกจากนี้การดูแลระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดควรเฝ้าระวัง ภาวะไขมันอุดกั้นหลอดเลือดดำ (Fat Embolism) และประเมินแผลผ่าตัดเพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด บันทึกปริมาณเลือดออกในขวาระบายเลือดถ้าออกมากกว่า 200 ซีซีใน 1 ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์ทันที¹⁷ ภาวะความดันในช่องปิดของกล้ามเนื้อสูงขึ้น (Compartment Syndrome)¹⁸ และควรเฝ้าระวังภาวะการเกิดลิ่มเลือดดำอุดตัน (Venous Thrombo Embolism)⁴

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย พบประเด็นสำคัญในการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในสามารถฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อหลังการผ่าตัดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันกับครอบครัวได้ โดยการฟื้นฟูกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ผิวกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า การฝึกหัดเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน พยาบาลต้องประเมินและสอนสาธิตเพื่อเพิ่มความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเดินด้วยเครื่องช่วยเดินได้¹⁹ กล่าวว่าการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เน้นการฝึกกำลังกล้ามเนื้อ การทำท่ากระดูกปลายเท้าขึ้น-ลง

(Ankle pumping exercise) ทำการเหยียดขาขึ้นตรง
เกร็งเข่าลง (Quadriceps exercise) เน้นการบริหารเพื่อเพิ่ม
กำลังของกล้ามเนื้อ โดยปกติผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพอย่าง
สมบูรณ์ต้องใช้ ระยะเวลาโดยประมาณ 6 เดือน นอกจากนี้ก่อน
ที่จะจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลต้องมีการวางแผน
จำหน่ายโดยใช้ D-M-E-T-H-O-D โดยการให้ความรู้เรื่องการดูแล
ตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการ
ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในจำเป็นต้องมีการเรียนรู้การฟื้นฟู
สภาพ กล้ามเนื้อหลังการผ่าตัด การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว
ร่างกาย และการใช้อุปกรณ์ในการช่วยฝึกเดิน เพื่อฝึก
ให้ผู้ป่วย มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติหรือดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา²⁰ พบว่าการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ไม่
เพียงพอหรือเหมาะสม พบร้อยละ 72 ที่ผู้ป่วยมีท่าเดินผิดปกติ
จากความพิการของข้อเท้าและอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ
และร้อยละ 25 ที่ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกติดเชื้อหรือกระดูกไม่ติด
ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย ควรเริ่มวางแผน
จำหน่ายตั้งแต่แรกรับและบันทึกข้อมูลที่วางแผนจำหน่ายแล้ว
ในเอกสาร พร้อมทั้งส่งข้อมูลการวางแผนจำหน่ายที่ต้องติดตาม
ต่อเนื่อง ให้ศูนย์การดูแลต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ (LINE Group)
หลังผ่าตัดวันแรกและส่งเอกสารข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง
ที่บันทึกครบถ้วนแล้วให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ผ่านโปรแกรม
COCKbi/info เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว

2.2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการ จัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะ ยึดตรึงภายใน

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการ
ดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง
ภายใน ซึ่งประเมินความเหมาะสมตามแนวคิดการประเมิน
คุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล¹¹
มีการประเมิน 6 หมวด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 ขอบเขตและ
วัตถุประสงค์ (Scope and Purpose) หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วม
ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement)
หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (Rigour of
Development) หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ
(Clarity of Presentation) หมวดที่ 5 การนำไปใช้
(Applicability) และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ
(Editorial Assessment) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูก
ต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ประเมิน

ความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ ในภาพรวม พบว่ารูปแบบ
มีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 87.42 และผลการประเมิน
ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขา
หักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยพยาบาลวิชาชีพ
ในภาพรวม พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 94.00
ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสม
สามารถนำไปใช้ได้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ SECI model
ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
กระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา²¹ การพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยง
เจนเนอร์ชันพยาบาลที่จบใหม่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
พบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นจากกระบวนการจัดการความรู้
และประเมินความเหมาะสมโดยใช้ AGREE มีความเหมาะสม
สามารถนำไปใช้ได้ ลักษณะ ผ่องพุทธ²¹ ศึกษาการพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลนภลัย โดยการใช้แนวคิดการจัดการความรู้
พบว่าผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในการนำไปใช้
กับบริบทโรงพยาบาลนภลัย มีความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง
0.81-0.90 และการศึกษา^{22,23} ได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการ
แบบบูรณาการร่วมกับเครือข่ายโดยใช้นวัตกรรมในระบบ
สุขภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ของโนนาเกและทาเคชิ¹⁰ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
จากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลร่วมกับ
เครือข่ายในระยะแรกมีความเหมาะสมเป็นไปได้ ดังนั้นรูปแบบ
การจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะ
ยึดตรึงภายใน โดยใช้การจัดการความรู้ โรงพยาบาลกระบี่
ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก
ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. นำรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูก
ต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เสนอผลต่อ
ที่ประชุมผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล เพื่อปรับปรุงการบริการ
ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
และกำหนดนโยบายของการบริการผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้
รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และเตรียมความพร้อม
สำหรับการประชุมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับรู้เพื่อการนำ

รูปแบบลงสู่การปฏิบัติ

2. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้ แต่ต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้
2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่พัฒนาขึ้น และศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อไป
3. ควรพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความรู้

References

1. Jason A.L. Femur Shaft Fractures (Broken Thighbone). American Academy of Orthopaedic Surgeons. Illinois; 2018.
2. Reynolds A. The Fracture Femur. Radiologic Technology J. 2013;84:273-91.
3. Limpapayom N. General principle of injury to bones and joints. In Sutthiphorn Jit Mittraphap S, Navicharoen P, editors. Textbook of Surgery. 13th ed. Bangkok: Pailin Book; 2015. p. 409-29. (in Thai)
4. Satyawiwat W. Textbook of Orthopedic Nursing. 7th ed. Bangkok: NP Press; 2010. (in Thai)
5. Byrne JP, Nathens AB, Gomez D, Pincus D, Jenkinson RJ. Timing of femoral shaft fracture fixation following major trauma: A retrospective cohort study of United States trauma centers. PLoS Med J. 2017;14:7.
6. Krabi Hospital. Statistics of Orthopedic patient in the year 2016, 2017, 2018. Krabi: Krabi Hospital; 2018. (in Thai)
7. Ziegler P, Schlemer D, Flesch I, Bahrs S, Stoeckle U, Werner S, Bahrs C. Quality of life and clinical-radiological long-term results after implant-associated infections in patients with ankle fracture: a retrospective matched-pair study. Orthop Surg J. 2017;12:114.
8. Unob P, Wisetsilpanon P. Knowledge management to a happy organization. Bangkok: P.A.Living; 2012. (in Thai)
9. Panich V. 21st Century Skills. Bangkok: Sodsri-Saritwong Foundation; 2012. (in Thai)
10. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University ; 1995.
11. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; (AGREE II). Canada: Canadian Institutes of Health Research; 2017.
12. Namkang K. The Development of the Knowledge Providing Manual for Patients prior to Respiratory System Investigation Through Knowledge Management. (Thesis). Bangkok: Christian University of Thailand; 2012. (in Thai)
13. Flynn S, Pugh H, Jester R. Clinical assessment in trauma and orthopaedic nursing. Orthop Trauma Nurs J. 2015;19:162-69.
14. Arunyavas D, Tribuddharat S, Sathitkarnmanee T, Palachewa K. The Effect of Systematic Anesthetic Informed Consent on Anxiety Level in Patients Undergoing General Anesthesia. Thai J Anesthesiology. 2012;38: 102-8. (in Thai)
15. Shareef K. AL., Asadullah M., Helal M. Fat Embolism Syndrome Due to Fracture Right Femur: A Case Report. The Egyptian Hospital Medicine J. 2017;68:55-62.

16. Jindapong N, Wongchaya S, Temkhiao S. Reduction of swelling in patients after ankle pumping of internal femur fixation surgery compared leg placement between 18 cm and 9 cm. nursing group Phrae Hospita. 2014. (in Thai)
17. Nakorn M. Nursing care of fracture femur with open reduction and internal fixation. 3rded. Chiang Mai: Faculty of Nursing; 2011. (in Thai)
18. Chaiwanichsiri D, Kitisomprayoonkul W. Rehabilitation. 3rded. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
19. Tay WH, de Steiger R, Richardson M, Gruen R, Balogh ZJ. Health outcomes of delayed union and nonunion of femoral and tibial shaft fractures. Injury J. 2014; 45:1653-58.
20. Wankaew B. The Development of a Nurse Preceptor Model for New Graduate Generation Y Nurses at Vajira Hospital. (Thesis). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2017. (in Thai)
21. Pongput L. The Development of a Care Management Model for Stroke Patients at Napali Hospital Based on Knowledge Management. (Thesis). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2007. (in Thai)
22. Maillet, L et al. Integrated Care Pathways and Networks: Implementing Governance Innovations in Quebec's Health and Social Services System. International Journal of Integrated Care. 2019;19:1-8.

การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง ของผู้ดูแลพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสมวิธี

Early Childhood Rearing in Skipped-Generation Families among Caregiver in Chaiphaphum Province: Mixed Method Research

ยุภาติ สงวนพงษ์* ธนิตา ผาติเสนะ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

Yuphadi Sa-nguanphong* Tanida Phatisena Bhuddhipong Satayavongthip

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประเทศไทย 36000

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Thailand. 36000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานวิธี เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ โดยแบ่งการวิจัย เป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม สทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ดูแล พบว่า 1) ผู้ดูแล มีปัญหาในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ค่าใช้จ่าย (2) ปัญหาสุขภาพ (3) การใช้เวลาคุณภาพ และ (4) การป้องกันโรคติดต่อ และ 2) การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไม่ถูกต้องใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ (2) ทักษะ และ (3) ทศนคติ ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลพื้นที่จังหวัดชัยภูมิพบว่า เพศ และอายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในด้านความรู้ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ส่วนระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยทั้ง 3 ด้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ข้อเสนอแนะ การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล ทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาสมรรถนะในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในวิถีชีวิตใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: การอบรมเลี้ยงดู ครอบครัวแห่งกลาง ผู้ดูแล เด็กปฐมวัย

Abstract

This mixed method research aimed to study the situation and early childhood rearing in the skipped-generation families of caregivers in Chaiphaphum Province. The research was divided into 2 phases. First phase: to study the situation and early childhood rearing in the skipped-generation families of caregivers as the qualitative method used semi-structured and in-depth interviews. The results revealed that: 1) caregiver found child-rearing troubles in 4 issues: (1) expenses (2) health problems (3) quality of time and (4) prevention of infectious diseases, 2) misunderstanding of caregivers about early childhood rearing in (1) knowledge, (2) skill and (3) attitude. Second phase: to study the factors related to child-rearing competence of caregivers as the quantitative method. The results revealed that caregiver's sex and age related to

child-rearing competence of caregivers in knowledge to the statistically significant at the 0.05 level. Caregiver's Graduation, Monthly Income and health condition related to child-rearing competence of caregivers in knowledge, skill and attitude to the statistically significant at the 0.05 level.

The recommendations of the study are recognized the problem of child-rearing competence of caregivers in the skipped-generation families in order to enhancement the early childhood rearing competency for caregivers in New Normal.

Keywords: Rearing, Skipped-Generation Families, Caregiver, early childhood

บทนำ

ตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560-2564 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาบทบาทผู้ดูแลเด็กด้าน การอบรมเลี้ยงดูและบทบาทครอบครัว มีเป้าประสงค์ให้ผู้ดูแลทุกคนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความรู้ การปฏิบัติ ในการจัดกิจกรรม การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมตามพัฒนาการ และมีทัศนคติที่ดีต่อ การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อผู้ดูแลทำกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก โดยมีการจัดการเรียนรู้ในลักษณะของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน¹ เพื่อเด็กจะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญาตามวัยอย่างเหมาะสม

เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่สำคัญที่สุดของการวางรากฐานพัฒนาการทุกด้าน การสร้างพื้นฐานให้เด็ก มีความพร้อมนั้นขึ้นอยู่กับ การอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่เยาว์วัย การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์มี การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญาซึ่งเป็นผลมาจากวุฒิภาวะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้ และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว² เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตของสมองรวดเร็วที่สุดมีการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทจำนวนมาก และมีขนาดสมองคิดเป็นร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับขนาดสมองของผู้ใหญ่³ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพ ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดและอยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อเด็ก เริ่มจากการอุ้มชู ดูแลเด็กด้วยความรักความเอาใจใส่ การสั่งสอนชี้แนะว่ากล่าวตักเตือนให้เด็กได้ตระหนัก และสามารถแยกแยะ สิ่งถูกผิด การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณธรรม⁴

ปัจจุบันสถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม มีผลอันเนื่องมาจากพ่อแม่จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้เด็กต้องได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่พ่อแม่ มีลักษณะของครอบครัวแห่งกลาง⁵ ปัญหาครอบครัวแห่งกลางเพิ่มจำนวนมากขึ้น ความยากจน รายได้น้อย การศึกษาในเด็กอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานและพบว่าประชาชนเริ่มมีสังคมที่เปลี่ยนแปลงให้ความสำคัญไปที่ความเจริญทางด้านวัตถุ โดยความเจริญเหล่านี้ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต และทำให้ค่านิยมของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนขาดความใกล้ชิดผูกพัน การมีเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาแทนที่ความสัมพันธ์ในครอบครัว แต่เดิมที่มีความเกื้อกูลและ ความเอื้ออาทรต่อกันในปัจจุบันได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด และมีการแสวงหาทรัพย์สินเงินทองเพื่อตอบสนองความต้องการ ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือต่างจังหวัด พ่อแม่ไม่มีเวลาได้ใกล้ชิดลูก ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพที่ดีเสื่อมถอยลง การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยยังเป็นแบบเดิม ซึ่งผู้ดูแลถูกปลูกฝังและได้รับการปฏิบัติมาจากประสบการณ์เดิม เช่น เด็กต้องทำตามที่ตนเองบอกการใช้อารมณ์ในการเลี้ยงดู ปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์โดยไม่ได้ชี้แนะ เป็นต้น อีกทั้งยังขาดสมรรถนะในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เช่น ผู้ดูแลไม่ได้อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง ไม่ได้ให้เด็กเล่นโดยผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รู้สึกไม่มั่นใจเมื่อเด็กถามหาพ่อแม่หนูไปไหน เมื่อไรจะกลับมาสักที ยังไม่มีรูปแบบในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศ จากข้อมูลสถิติจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ดูแลเด็กในครอบครัวแห่งกลางมีจำนวน 30,652 ครอบครัว สภาพปัญหาต่างๆ ของครอบครัวแห่งกลางเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการสร้างเสริมสมรรถนะ

ผู้ดูแลให้มีความรู้ การปฏิบัติ และทัศนคติต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อเด็กจะเกิดความมั่นใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นคนมีเหตุผล มีอิสระทางความคิด⁶ จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลมีผลต่อสมรรถนะตามวัยของเด็กให้ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการแบบองค์รวมเหมาะสมตามวัย⁷ จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เพื่อผู้ดูแลเด็กมีสมรรถนะการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นไปตามพัฒนาการ ส่งผลให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาสถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึง เมษายน 2564

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ตามแนวคิด⁸ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้ (Knowledge) 2) ทักษะ (Skill) และ 3) ทัศนคติ (Attitudes)

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mix Method) แบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design)⁹ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. การศึกษาสถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 เก็บข้อมูลวิจัย โดยการสังเกตการสนทนากลุ่ม

การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้มีส่วนได้เสีย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปพัฒนาและสร้างเครื่องมือในระยะต่อไป

ระยะที่ 2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวน 7 คน

2. เชิงปริมาณ
- 2.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลที่อบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2563 จำนวน 30,652 คน

- 2.2 กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบขั้นภูมิหลายขั้นตอน (Stratified Multi-Stage Random Sampling) คือ สุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอ 8 อำเภอ แต่ละอำเภอเลือก 1 ตำบล ได้ 8 ตำบล จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ดูแลจากครอบครัวแห่งกลางที่มีเด็กปฐมวัยทั้งหมดใน 8 ตำบล แล้วสุ่มอย่างง่ายเลือกตัวอย่างผู้ดูแลจำนวน 400 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เชิงคุณภาพ

1.1. ผู้ดูแลหลัก อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีหน้าที่หลักในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เด็กอายุ 3 ปีบริบูรณ์ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

1.2. ผู้ดูแลมีสุขภาพปกติ ไม่มีความพิการหรือมีโรคประจำตัวร้ายแรงใดๆ

1.3. ผู้ดูแลอาศัยอยู่ในครอบครัวแห่งกลาง มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ

1.4. ผู้ดูแลหลักในการทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูเด็กนาน 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ

1.5. กรณีที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลเด็กหลายคน ให้เลือกการดูแลเด็กคนสุดท้ายของครอบครัว หรือเด็กปฐมวัยที่มีอายุน้อยที่สุด เด็กสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความพิการใดๆ

1.6. ผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารอ่านออก เขียนได้

2. เชิงปริมาณ เช่นเดียวกับเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ผู้ดูแลย้ายที่อยู่ออกจากจังหวัดชัยภูมิ หรือ มีความไม่พร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ผู้ดูแลด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และพฤติกรรมกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

2. เชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน เก็บข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 3) แบบประเมินทักษะของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก และ 4) แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

คำถามตอนที่ 2) เป็นแบบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ ตามความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล ให้ค่าคะแนนของคำตอบ คือ หากข้อความเป็นบวก ถ้าตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ได้คะแนน 0 หากข้อความเป็นลบตอบใช่ ได้คะแนน 0 ตอบ ไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ได้คะแนน 1

คำถามตอนที่ 3) และ 4) เป็นแบบ Rating Scale 3 ระดับ และเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00	หมายความว่า	เห็นด้วยมาก
ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33	หมายความว่า	เห็นด้วยปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66	หมายความว่า	เห็นด้วยน้อย

คุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. เชิงคุณภาพ ผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน
2. เชิงปริมาณ มีขั้นตอนสร้างแบบสอบถามดังนี้
 - 1) พัฒนาเนื้อหาของแบบสอบถามจากวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ 2) นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลครอบครัว อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ อาจารย์คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ และอาจารย์หลักสูตรและการเรียนการสอน
 - 3) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้านความรู้ คำนวณ หาค่าความเชื่อมั่นแบบ Kuder-Richardson Reliability ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ 4) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านทักษะและทัศนคติ คำนวณค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองให้ดำเนินการวิจัยได้ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-072-2564 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการทุกคน ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุว่าการให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้ จะเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีตอบเรียบร้อยแล้วยังมีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในจังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูล ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 8 ตำบล ต่อจากนั้นได้ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สอบถามความสมัครใจและลงลายมือชื่อในใบยินยอม ก่อนให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 30 เมษายน 2564 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมาย ในสถานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน มีการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลแบบหน้าต่อหน้ารายละเอียด 1 ครั้งๆ ละ 30-40 นาที และโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมในรายที่ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ในบางประเด็น 1-2 ครั้งๆ ละไม่เกิน 10-15 นาที พร้อมบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถามย้ำเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะ นอกจากนี้การบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกำหนดเป็นรหัสเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ดูแลและแบบสอบถามสมรรถนะด้านการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลทั้ง 3 ด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูลและนำเสนอข้อมูล อธิบายประเด็นแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อึดตัว¹¹

2. เชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่า ความเที่ยงของแบบสอบถาม

2.2 สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวขึ้นไป โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเกี่ยวพันกับเด็ก และภาวะ สุขภาพของผู้ดูแลเด็กกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยใน ครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพพบผลการวิจัยดังนี้

1.1 ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ดูแลมีปัญหา 4 ด้านได้แก่ (1) ค่าใช้จ่าย (2) ปัญหาสุขภาพ (3) การใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก และ (4) การป้องกันโรคติดต่อ ดังตัวอย่างข้อความการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1.1.1 ด้านค่าใช้จ่าย พบว่าผู้ดูแลเด็กยังเป็นผู้ที่รับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายทั้งในการอบรมเลี้ยงดูเด็กและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ถึงแม้พ่อแม่เด็กจะออกมาทำงานนอกบ้านเพื่อหาเงิน แต่ก็ไม่มีพอที่จะส่งเงินมาช่วยเหลือที่บ้านได้ เนื่องจากค่าครองชีพที่สูง ค่าเช่าที่พัก ค่าผ่อนรถ เป็นต้น ตัวอย่างดังนี้

(ยาย อายุ 62 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)
“..ก็ทำไม่ได้ละ... ตั้งแต่เกิดมาก็ไม่มีเลี้ยง พ่อแม่แม่มันกะมีภาระของเขาทั้งค่าเช่าห้องพัก ค่าผ่อนรถ บ่พอส่งเงินมาให้ยายใช้ดอก ทั้งไว้เป็นภาระกับยายนี้ละ ยายกะต้องหารับจ้างรายวัน บ่เฮ็ดกะบ่ได้กิน เงินคนเฒ่าบ่พอใช้ดอก”

1.1.2 ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจากโรคประจำตัวทั้งโรคปวดขา ปวดเข่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น แต่ผู้ดูแลส่วนมากถึงแม้จะมีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมอาการได้ มีการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการรับประทานยา และมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นตัวเองป่วยแต่ก็ต้องทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูหลานควบคู่กันไปด้วย ตัวอย่างดังนี้

(ย่า อายุ 58 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคปวดขาเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี) “..บ่ค่อยสบายดอก ลูกนั่งลูกหยางกะยาก มันปวดไปหมดทั้งหัวเข่าทั้งขา เวลาทำนา ก็ต้องไปซื้อยาแก้ปวดมากิน อาการบ่ค่อยดี แต่กะต้องดูแลเลี้ยงหลานเฮาบ่เลี้ยงแล้วไผ่จะมาหาให้เขากินละ คอยส่งคอยฮับเขากลับจากโรงเรียน”

1.1.3 การใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก พบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กภายใน ครอบครัว ไม่ได้เล่นกับเด็ก และขาดการสื่อสารคุณภาพภายใน ครอบครัว เวลาส่วนมากจะเป็นเวลาในการประกอบอาชีพ ทำงานเสริมช่วงเช้าจะให้เวลาในการเตรียมอาหาร เสื้อผ้าให้กับ เด็กมากกว่า ส่วนเวลาในการพูดคุย หรือมีกิจกรรมการเล่นกับ เด็ก การเล่านิทาน การอ่านนิทาน การดูโทรทัศน์ หรือรายการ โทรทัศน์นั้น ผู้ดูแลไม่ได้มีเวลาให้คำชี้แนะจะปล่อยให้เด็กเล่น หรือดูโทรทัศน์ตามลำพังโดยขาดการชี้แนะที่ถูกต้องแก่เด็ก พ่อแม่เด็กก็ไม่ได้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กจะโทรทัศน์ สอบถามเป็นครั้งคราว ตัวอย่างดังนี้

(ย่า อายุ 40 ปีเลี้ยงหลานอายุ 4 ปี)
“...ย่าจะต้องเข็ดอย่างอื่นนำได้บ่ได้เลี้ยงแต่หลานอย่างเดียว มีอ นึ่งมีอ นึ่งกะเหม็ดเร็ว ๆ บ่ค่อยมีเวลาได้เล่นกับหลาน บางทีต้องปล่อยให้เขาเล่นผู้เดียว ปล่อยให้มันโทรทัศน์คนเดียว ตอนแธงกลับมาถึงบ้านย่ากะเหม็ดแรงแล้ว ไม่ค่อยได้เว้าหรือ เล่น นำกันดอก พ่อกะแม่เขากะโดนๆโทรมาคุยกับลูกเขาดอน แรงๆในวันหยุด เสาร์หรืออาทิตย์ เท่านั้นละ”

1.1.4 ด้านการป้องกันโรคติดต่อ พบว่า ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเริ่มมีการระบาดของโรค โควิด-19 ผู้ดูแลขาดความรู้ในการเกิดโรคระบาด ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ ในการป้องกันโรค บุคคลในชุมชนยังขาดความเข้าใจ การรับ ข้อมูลข่าวสารไม่ชัดเจน รวมทั้งการเกิดของโรค ประโยชน์ และโทษของวัคซีน แต่ผู้ดูแลเด็กได้ปฏิบัติตามความรู้เดิม ที่เคยปฏิบัติมา รับทราบว่าสามารถติดต่อได้ง่าย กลัวการระบาด ของโรคทั้งติดต่อได้กับเด็ก บุคคลในครอบครัว และชุมชน แต่ผู้ดูแลต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งตนเอง และการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เพื่อให้เด็กและบุคคลในครอบครัว ปลอดภัย ไม่เป็นโรคโควิด-19 ตัวอย่างดังนี้

(ยาย อายุ 44 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)
“...ช่วงนี้มีโรคโควิดระบาด แต่ในบ้านเฮายังบ่มีดอก เห็นข่าว ในโทรทัศน์ ผู้ใดเป็นโรคนี้กะมีคนตายหลาย มันกะเป็นตาหยง น้อ ยายกะบ่เข้าใจดอกว่ามันเกิดจากใด แต่กะให้ทุกคนในบ้าน ระวังตัวเอา โดยเฉพาะเด็กน้อย จะให้น้องล้างมือทุกเวลา ก่อน กินข้าว หลังออกจากห้องน้ำ แต่ผ้าปิดด้นนี้..กะใส่ให้อยู่แต่เวลา เล่นกับหมู่กะหลุดไปเรื่อย แต่ช่วงนี้บ่ให้เด็กน้อยไปเลี้ยงนอก บ้านดอก..ให้เล่นแต่ในบ้านก่อน..กลัวไปติดโรคกับ คนอื่นมา.”

1.2 การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล เป็นความรู้เดิมตามที่ตนเองเคยปฏิบัติ ไม่มีรูปแบบ ที่ชัดเจน

ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อ การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างข้อความ การสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1.2.1 ด้านความรู้การอบรมเลี้ยงดูเด็ก ปฐมวัยของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงพัฒนาการเด็ก ตามช่วงวัย รวมทั้งการส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มี พัฒนาการตามวัยได้อย่างเหมาะสม การใช้สื่อสารสนเทศ ภายใต้อำนาจที่เหมาะสมของผู้ดูแล ตัวอย่างดังนี้

(ยาย อายุ 60 ปีเลี้ยงหลานอายุ 5 ปี)
“...เอาแต่ใจตัวเอง ถ้าบ่ได้ดังใจจะร้องคั่นกับพื้นเลย ยายก็ตีเอา ละบอกบ่ฟังหลาย. แต่เวลาปล่อยให้มันโทรทัศน์มันได้เมิดมีอ ยายว่า มันกะเป็นผลดีกับเขาอยู่ได้ละ เขามีสมาธิ..บ่มาควนดี ยายกะจะได้มีเวลาเฮ็ดอย่างอื่นเน้ ยายว่ามีโทรทัศน์หรือ โทรทัศน์ไว้เน้ อย่างน้อยเป็นการเรียนรู้เพิ่มเติมไปพร้อมในส่วน ที่ยายหาให้เขาบ่ได้..”

1.2.2 ด้านทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ปฐมวัยของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลยังขาดทักษะการเล่น การเล่น ใน กิจกรรมประจำวัน การอ่านหนังสือ ขาดหนังสือคุณภาพสำหรับ เด็กผู้ดูแลไม่ได้อ่านนิทานและขาดทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กตามวัย ตัวอย่างดังนี้

(ย่า อายุ 56 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)
“ย่าบ่เคยอ่านหนังสือให้เขาฟังดอก เล่านิทานกะบ่เป็น ย่าให้เขาเล่นเกมในโทรทัศน์เอา...เดียวเขากะเรียนรู้ของ เขาเองละ..”

1.2.3 ด้านทัศนคติการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ปฐมวัยของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลคาดหวังให้เด็กเจริญเติบโตเป็น ผู้ใหญ่ที่มีงานทำ เอาตัวรอดไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ช่วงเด็กนี้ให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ นอนหลับ สุขภาพ แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย และเชื่อฟังคำสอน ตัวอย่างดังนี้

(ย่า อายุ 58 ปีเลี้ยงหลานอายุ 3 ปี)
“...เห็นเขากินได้หลาย..นอนกะดี ตัวอ้วน ..ฉันกะว่าเป็นตาซังดี ยายได้อันใดก็จะหาให้หมดละ...ขอให้เขาเป็นเด็กดี ใหญ่ขึ้น จะได้มีงานทำ เอาตัวรอดได้..”

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรค ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ปัญหาสุขภาพ การใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก และการป้องกันการเกิดโรคติดต่อที่ มีอุบัติการณ์ใหม่ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลด้านอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่ออบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัว แห่งกลาง การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

ผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ให้ถูกต้องตามพัฒนาการเด็ก จึงนำผลการศึกษา ที่ได้มาทำการศึกษาในระยะต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อมูลผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.80 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 47.80 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นยาย ร้อยละ 57.80 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 58.80 ประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 60.00 รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.80 ความเพียงพอของรายได้ มีรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่ได้กู้ยืมร้อยละ 34.30 ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวร้อยละ 68.20 โรคประจำตัว 3 ลำดับแรกคือ 1) โรคปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ 2) โรคปวดเข่า ข้อเสื่อม และ 3) โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.20 10.24 และ 9.18 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวจำนวน 3-4 คน ร้อยละ 63.60

2.2 การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล

การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติ ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล (n = 400)

การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้			
ด้านร่างกาย	0.97	0.10	สูง
ด้านอารมณ์-จิตใจ	0.84	0.14	สูง
ด้านสังคม	0.86	0.13	สูง
ด้านสติปัญญา	0.76	0.15	ปานกลาง
ภาพรวมด้านความรู้	0.86	0.09	สูง
ด้านทักษะ			
ด้านร่างกาย	2.86	0.19	มาก
ด้านอารมณ์-จิตใจ	2.38	0.25	มาก
ด้านสังคม	2.68	0.19	มาก
ด้านสติปัญญา	2.05	0.23	ปานกลาง
ภาพรวมด้านทักษะ	2.49	0.13	มาก
ด้านทัศนคติ			
ด้านร่างกาย	2.47	0.27	มาก
ด้านอารมณ์-จิตใจ	2.04	0.38	ปานกลาง
ด้านสังคม	2.24	0.4	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา	2.19	0.31	ปานกลาง
ภาพรวมด้านทัศนคติ	2.24	0.26	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 ระดับความรู้ของผู้ดูแลในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางในแต่ละด้านพบว่า ด้านร่างกายมีค่าสูงสุด อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 0.97, SD = 0.10) ส่วนด้านสติปัญญามีค่าต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 0.76, SD = 0.15) และในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 0.86, SD = 0.09)

ระดับทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลในแต่ละด้านพบว่า ด้านร่างกายมีค่าสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.86, SD = 0.19) ส่วนด้านสติปัญญามีค่าต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.05, SD = 0.23) และในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.49, SD = 0.13)

ระดับทัศนคติการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลในแต่ละด้านพบว่า ด้านร่างกาย มีค่าสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.47 SD = 0.27) ส่วนด้านอารมณ์-จิตใจมีค่าต่ำที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.04, SD = 0.38) และในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.24, SD = 0.26)

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัว แห่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

ปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ดูแล	Pearson Chi-Square	การอบรมเลี้ยงดูเด็ก			
		ด้านความรู้	ด้านทักษะ	ด้านทัศนคติ	ภาพรวม
เพศ	Value	39.096	102.800	138.000	298.100
	df	23	85	141	277
	Asymp. Sig. (2-sided)	0.019*	0.092	0.557	0.184
อายุ	Value	178.500	363.600	695.700	1467.000
	df	115	425	705	1385
	Asymp. Sig. (2-sided)	0.000*	0.986	0.591	0.061
ระดับการศึกษา	Value	146.500	493.800	878.700	1029.000
	df	92	340	564	1108
	Asymp. Sig. (2-sided)	0.000*	0.000*	0.000*	0.965
อาชีพ	Value	29.239	83.782	142.000	281.100
	df	23	85	141	277
	Asymp. Sig. (2-sided)	0.173	0.517	0.461	0.420
รายได้ต่อเดือน	Value	233.500	707.800	1196.000	1749.000
	df	138	510	846	1662
	Asymp. Sig. (2-sided)	0.000*	0.000*	0.000*	0.680
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก	Value	32.673	102.700	142.600	266.900
	df	23	85	141	277
	Asymp. Sig. (2-sided)	0.088	0.093	0.446	0.657
ภาวะสุขภาพ	Value	51.852	116.800	187.600	302.900
	df	23	85	141	277
	Asymp. Sig. (2-sided)	0.001*	0.013*	0.005*	0.136

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในครอบครัว แห้ว่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ดังนี้

เพศ และ อายุ ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห้ว่งกลาง พื้นที่ จังหวัดชัยภูมิ เฉพาะด้านความรู้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05

ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และภาวะสุขภาพ ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในครอบครัวแห้ว่งกลางพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในครอบครัวแห้ว่งกลางของผู้ดูแล พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ พบปัญหา อุปสรรค และพฤติกรรมกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ของผู้ดูแล สรุปได้ 2 ประเด็นสำคัญคือ 1) ผู้ดูแลมีปัญหา และอุปสรรคในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าใช้จ่าย ปัญหาสุขภาพ การใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก และการป้องกันการเกิดโรคได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแล มีปัญหาที่สำคัญ ทั้งการสื่อสารภายในครอบครัวน้อย การเลี้ยงดู เด็กจากการมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ทำให้การหารูปแบบการเลี้ยงดู เด็กของผู้ดูแล ต้องอาศัยการลองผิดลองถูกเพื่อค้นพบวิธีที่ดี ที่สุด และพบว่าการปรับตัว และการรับรู้ข้อมูลใหม่ๆ ส่งผลต่อ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กอย่างแท้จริง¹² สอดคล้องกับการศึกษา คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย อายุ 2-4 ปี¹³ พบว่าผู้ดูแลหลัก เป็นปู่ย่าตายายมีลักษณะของครอบครัวแห้ว่งกลาง การอบรม เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลยังไม่ได้ส่งเสริมพัฒนาการของ เด็ก ตามวัย ปลอ่ยให้เด็กดูโทรทัศน์มือถือไม่มีค่าชี้แนะ รายได้ ของ ครอบครัวไม่เพียงพอ และผู้ดูแลไม่มีเวลาเช่นเดียวกับการ ศึกษา¹⁴ พบว่าวิธีการสื่อสารในครอบครัวสะท้อนให้เห็น ถึง คุณค่าในตนเอง ถ้าการสื่อสารในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ มี ช่องว่างระหว่างวัย ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดน้อยลง ได้ และการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ดูแลต้อง ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อนี้ ทั้งการดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว และเด็กด้วย¹⁵ และ 2) พฤติกรรมการอบรม เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัว แห้ว่งกลางยังไม่มีรูปแบบ ที่ชัดเจน ผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการอบรม

เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้ถูกต้องตามพัฒนาการ ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็ก แบบความรู้เดิม ควรมีหน่วยงานอื่นเข้ามาร่วมในการช่วยเหลือ ปัญหาดังกล่าว ปัจจุบันมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ ครอบครัว แห้ว่งกลางโดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยภูมิ¹⁶ ให้มีทักษะด้านการเป็นผู้ ให้คำปรึกษา การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ ประเมิน สถานการณ์เสี่ยง และรายงานผลแบบ Real time ผ่านสมาร์โฟน ถึงแม้ผลการประเมิน ความเข้มแข็งของ ครอบครัวแห้ว่งกลางโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ยังไม่ครอบคลุม ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ซึ่งยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ ผู้ดูแลหลักในการทำหน้าที่การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ กับ การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห้ว่งกลาง พื้นที่ จังหวัดชัยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

เพศ และอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการอบรม เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห้ว่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ในด้านความรู้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และภาวะสุขภาพ ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในครอบครัวแห้ว่งกลาง พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ในด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ทั้ง 3 ด้านคือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ สอดคล้องกับ การศึกษา¹² ปัจจัยรายได้ของครอบครัวที่ต่ำจะสัมพันธ์กับ ปัญหาด้านอารมณ์ของเด็ก รวมทั้งการศึกษาของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลมีการศึกษาที่สูงเด็กยิ่งรู้คำศัพท์ และมีทักษะ ด้านการอ่านมากขึ้น รวมทั้งสุขภาพของผู้ดูแลด้วย

จากผลการศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยใน ครอบครัวแห้ว่งกลางของผู้ดูแล ควรมีสมรรถนะหลักทั้ง 3 ด้านคือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ พบว่าภาพรวมด้านความรู้ ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง ด้านทักษะ อยู่ในระดับมาก และด้านทัศนคติ อยู่ในระดับปานกลาง สภาพปัญหาต่างๆ ในการอบรมเลี้ยงดูในปัจจุบันที่มีความยาก ลำบาก จากการระบาดของโรคโควิด-19 มีปัญหาและอุปสรรค เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลไม่เพียงแต่ดูแลความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เท่านั้น ต้องมีความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อ โควิด-19 ของเด็ก ครอบครัว และบุคคลในชุมชน มีพฤติกรรม

ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีทักษะการป้องกันโรค และทัศนคติที่ดีในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ปลุกฝังให้รู้จักการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เพื่อป้องกัน การเกิดโรคอุบัติการณ์ใหม่ได้นอกจากนี้ผู้ดูแล ต้องทำหน้าที่เป็นพ่อแม่ให้เด็กยังต้องเป็นครู เมื่อรัฐบาลสั่งให้ปิดการเรียนการสอน เด็กในช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องได้รับการสร้างเสริม การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้มีความรู้เท่าทันสื่อ มีความรอบรู้ทุกด้าน

ดังนั้นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง ควรมีความรู้ เพิ่มทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้อง รวมทั้งวิธีการป้องกันโรคระบาดอุบัติการณ์ใหม่ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเด็กแบบ องค์กรครอบครัวในทุกระดับ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าทัศนคติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้ดูแล
2. จากผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ควรมีการสร้างเครือข่ายในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแบบคู่ขนาน

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัย พัฒนาโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กที่เป็นผู้สูงอายุในครอบครัวแห่งกลาง
2. ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวรูปแบบอื่น เช่น การอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลในภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

References

1. National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand. Bangkok: Prigwhan Graphic CO, LTD; 2019. (in Thai)
2. Bee H. The Growing Child. New York: Harper Collins College Publisher; 1995.
3. World Health Organization, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Daechacoop J. Danger: Thai family survival in the changing tide. Document for family academic conference 2015. Thai family study organization. 2015; 24(1): 5-8. (in Thai)
5. Wen M, Ren Q, Korinek K, Trinh HN. Living in skipped generation households and happiness among middle-aged and older grandparents in China. Social science Research 2019; 80(1): 145-155.
6. Siriwong P, Kaewtip N. The conditions and the adjustment guideline of elderly people who have raised their grandchildren of Generation-Z Amphoe Khok Samrong, Changwat Lopburi. In The 9th Rajamangala University of Technology National Conference “Creative RMUT and Sustainable Innovation for Thailand 4.0”; 7-9 August 2017; Impact Muang Thong Thani Exhibition and Convention. Bangkok; 2017. 1590-1597. (in Thai)
7. Sirithongthaworn S. The Development of Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM. J Psychiatr Assoc Thailand. 2018;63: 3-12. (in Thai)
8. Parry BS. The Quest Competencies. Training. 1996; 33 (9): 48.
9. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. 2nded. California. SAGE Publications. 2011.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-610.

11. Denzin NK. Triangulation 2.0. *Journal of mixed methods research*. 2012;6(2): 80-8.
12. Nelson BB, Dudovitz RN, Coker TR, Barnert ES, Biely C, Li N, et al. Predictors of Poor School Readiness in Children Without Development Delay at Age 2. *Pediatrics*. 2016; 138(2): e20154477.
13. Sa-nguanphong Y, Phatisena T. Quality of Life among Early Childhood Children Aged 2-4 Years in Na Fai Child Development Center, Mueang District, Chaiphum Province. *Journal Regional Health Promotion Center* 9. 2020;14(35): 389-409. (in Thai)
14. Sansupa K, Kulnapadol P, Purananon D. The Research and Development of Family Counseling Model to Enhance Family Transgeneration Communication. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(1): 274-282. (in Thai)
15. Wongti S. Factors Affecting Preventive Behavior for Coronavirus Disease 2019 among Village Health Volunteers, Sukhothai Province. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2021.
16. Onchai N, Kaenchaiyaphum B, Duangmanee A, Ardwichai S. Model Development to Improve Village Health Volunteers' Ability to Strengthen Skipped Generation Families in Chaiphum Province in 2019. *Journal Regional Health Promotion Center* 9. 2019; 13(32): 261-277. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวก กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

Relationships between Personal Factors, Positive Psychological Capital, and Positive Practice Environment of Generation Y Professional Nurses at a Public Hospital, Ubon Ratchathani Province

ชนิดาภา มิ่งมูล*¹ อารี ชิวเกษมสุข² เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย²

Chanidapa Mingmoon*¹ Aree Cheevakasemsook² Premruetai Noinuemwai²

¹ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190

¹Regional Health Promotion Center 10, Ubon Ratchathani, Thailand 34190

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

²Faculty Nursing Sukhotai Thammatirath Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวก และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวกกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 129 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วนได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ทุนจิตวิทยาเชิงบวก และ 3) สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 53.5) และจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานในหนึ่งสัปดาห์มากกว่า 48 ชั่วโมง (ร้อยละ 88.4%) ส่วนทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด ($M = 4.59$) และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.37$) 2) จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานในหนึ่งสัปดาห์และทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดปานกลางกับสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี ทุนจิตวิทยาเชิงบวก จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานในหนึ่งสัปดาห์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพชีวิตการทำงานที่ดี ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการสำคัญ ปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวก สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวก สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี พยาบาลวิชาชีพ

Corresponding Author *E-mail : Chanidapa.b@hotmail.com

วันที่รับ (received) 28 ม.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ก.พ. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 มี.ค. 2564

Abstract

The purposes of this descriptive study were 1) to investigate personal factors, positive psychological capital, and the positive practice environment of Generation Y professional nurses at a Public Hospital, Ubon Ratchathani Province; and 2) to explore the correlation among their personal factors, positive psychological capital, and positive practice environment. The sample comprised 129 registered Generation Y aged nurses who worked at a public hospital in Ubon Ratchathani Province. They were selected by simple random sampling. Research tools comprised questionnaires with 3 parts including 1) personal factors, 2) positive psychological capital, and 3) positive practice environment. The tools were tested for content validity. The reliabilities of the second and the third sections were .92 and .96 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, and Spearman rank correlation coefficient.

The major findings were as follows. 1) Job duration of generation Y professional nurses was mostly 1-5 years (53.5%), and working hours per week was more than 48 hours (88.4%). Positive psychological capital was rated at the highest level ($M = 4.59$), and positive practice environment was rated at high level ($M = 4.37$). 2) Working hours per week and positive psychological capital were significantly and moderately positively related to positive practice environment at the level .001. However, job duration was not related to positive practice environment.

The findings suggested that administrators should concern with Positive Practice Environment, Positive psychological capital, Working hours per week, Professional nurse, Generation Y. Performing tasks with good quality of work life this will bring good results to service recipients.

Keywords: Personal factors, Positive psychological capital, Positive Practice Environment, Professional nurse, Generation Y

บทนำ

ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ รวมทั้งการบาดเจ็บจากการทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการลาออกจากวิชาชีพหรือเปลี่ยนอาชีพในหลายประเทศทั่วโลกจากปัญหาการที่พยาบาลได้รับบาดเจ็บจากการทำงานและการลาออกจากวิชาชีพที่รวมทั้งปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นกับองค์กรต่าง ในต่างประเทศๆ และในปี พ.ศ.2573 องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจะมีการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข 18 ล้านคน ทำให้สภาวิชาชีพให้ความสำคัญและมีนโยบายข้อตกลงร่วมกันเพื่อรักษาบุคลากรไว้ในองค์กรโดยสร้างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี ซึ่งจะสนับสนุนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้รับบริการที่มีผลลัพธ์ที่ดี รวมทั้งคุณภาพการบริการและคุณภาพชีวิตผู้ปฏิบัติงาน ปัจจุบันเหล่านี้เป็นแหล่งกำเนิดจากการมีสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี¹ จะเห็นว่า สภาพแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงาน

เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตพยาบาลเป็นอย่างมาก

สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมากจึงได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งรักษาบุคลากรในองค์กรให้คงอยู่ในงาน² โดยเชื่อมั่นว่า สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีจะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ³ โดยหน่วยงานหรือองค์กรที่มีความมุ่งมั่นในการดูแลความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของบุคลากรและปรับปรุงการสร้างความแรงจูงใจในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในองค์กรจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ⁴ ซึ่งสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีมี 5 องค์ประกอบคือ การยอมรับทางวิชาชีพ มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีโครงสร้างการสนับสนุน มีโอกาสด้านการศึกษา มีอาชีพความมั่นคงและความปลอดภัย ตามแนวคิดของสภาการพยาบาลสากล⁵ สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีมี

ความสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในองค์กรจะเป็นกลุ่มคนเจนเนอเรชันวาย

เจนเนอเรชันวาย คือ กลุ่มคนที่เกิดระหว่าง พ.ศ. 2524-2543⁶ มีคนวัยทำงานเจนเนอเรชันวาย ในองค์กรร้อยละ 80 ของแรงงานทั้งหมด องค์กรต้องเร่งปรับกลยุทธ์การทำงานเพื่อรักษาคะแนนใหม่ให้อยู่กับองค์กรหรือไม่ให้สมองไหลออกไปยังต่างประเทศ และเจนเนอเรชันวายเป็นกลุ่มบุคคลที่เติบโตมาในยุคของดิจิทัลที่เต็มไปด้วยการสื่อสารผ่านอีเมล เทคโนโลยีบนมือถือ อินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์ มีรูปแบบการใช้ชีวิตอย่างสมดุลและการให้ความสำคัญกับเรื่องการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน กับชีวิตส่วนตัวมากกว่าคนเจนเนอเรชันอื่น ซึ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์และพุนจิตวิทยาเชิงบวกเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของผู้ปฏิบัติงานได้

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามขอบเขตวิชาชีพตามกฎหมายกำหนดตั้งแต่หนึ่งปีหรือมากกว่าหนึ่งปีขึ้นไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งระยะเวลาการปฏิบัติงานหรืออายุการทำงานเป็นปัจจัยส่วนบุคคล โดยพบการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา อายุราชการ ระดับตำแหน่งแตกต่างกันมีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันองค์กรแตกต่างกัน⁷ และพบว่าสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ⁸ จะเห็นได้ว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเช่นเดียวกับปัจจัยด้านจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ที่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยนี้กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติที่ดี

จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ สภาพการพยาบาลได้ศึกษาพบว่าการทำงานต่อเนื่องยาวนานเกิน 12 ชั่วโมงต่อหนึ่งของพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายอยากลาออกงาน ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการทำงานลดลง จึงมีการประกาศนโยบายกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติงานของพยาบาลอย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน โดยกำหนดทำงาน

สัปดาห์ละ 40 ชั่วโมงตามเกณฑ์สากลการทำงานล่วงเวลาหรือมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นสิทธิของบุคคลและเป็นไปตามสมัครใจ การจัดตารางเวรไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมงต่อหนึ่งวันและไม่ควรเกิน 48 ชั่วโมงในหนึ่งสัปดาห์⁹

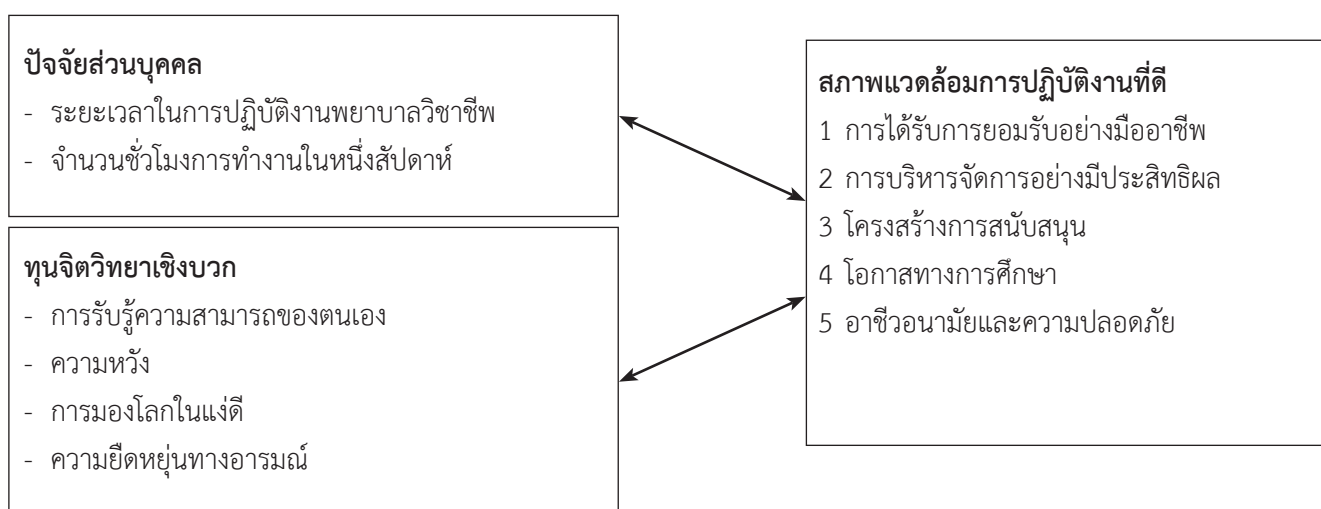
พุนจิตวิทยาเชิงบวก เป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในทางที่ดี ซึ่งเป็นทั้งจุดเด่นและจุดแข็งของภาวะจิตใจที่พัฒนาได้ในทางบวกของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติงานและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ส่งผลให้บุคคลสามารถใช้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์สามารถแก้ไขปัญหาจนสำเร็จได้¹⁰ พุนจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการความสามารถและความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์กร มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานและมีความสุขในการทำงาน¹¹ พุนจิตวิทยาเชิงบวกจึงมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี¹² แต่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งจังหวัดอุบลราชธานีก็ยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพุนจิตวิทยาเชิงบวกระยะเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี

โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง โดยเป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น และมีการให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู มีผู้รับบริการจำนวนมากทำให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายต้องปฏิบัติงานหนักมีความยุ่งยากซับซ้อนในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคล พุนจิตวิทยาเชิงบวกและสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตการทำงานและทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน การคงอยู่ในงาน หากมีการวิจัยเรื่องนี้จะช่วยให้ฝ่ายการพยาบาลได้ข้อมูลประกอบการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี พุนจิตวิทยาเชิงบวกและปัจจัยส่วนบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งจังหวัดอุบลราชธานี มีพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายเป็นส่วนใหญ่จึงทำให้เกิดความสนใจศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยข้อมูลเบื้องต้นในเชิงบรรยาย ที่จะทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวก และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวกกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

กรอบแนวคิดการวิจัย



กรอบแนวคิดสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี ผู้วิจัยได้ศึกษาตามแนวคิดของสภาการพยาบาลสากล⁵ ที่ได้อธิบายถึงองค์ประกอบสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งรักษาบุคลากรในองค์กรให้คงอยู่ในงาน โดยเชื่อมั่นว่า สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีจะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เลือกปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องมาศึกษา 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและทุนจิตวิทยาเชิงบวก¹⁰ ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีและมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา ใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชันวายที่เกิด พ.ศ. 2524-2543 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 1 ปี ที่ให้ความร่วมมือ

คำถามของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายหรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

ในการตอบแบบสอบถาม ช่วงเดือนตุลาคม 2563 จำนวนประชากร 267 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยโปรแกรม G*power version 3.1.9.2 พบว่าได้จำนวน 119 คนและป้องกันความเสี่ยงในการเก็บข้อมูลอีก 10% เพื่อให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ พบว่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 131 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์จำนวน 129 คิดเป็นร้อยละ 100 เปรียบเทียบจากการคำนวณเผื่อ 10% ของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 98.47 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทุนจิตวิทยาเชิงบวก โดยพัฒนาตามแนวคิดของลูธานส์และคณะ¹⁰ และแบบสอบถามปาริชาต รัตนราช¹² ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี โดยพัฒนาตามแนวคิดสมาพันธ์วิชาชีพด้าน

สุขภาพของสภาการพยาบาลสากล⁵ และแบบสอบถามปาริชาต รัตนราช¹² จำนวน 47 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การเลือกและกำหนดคะแนนในแต่ละระดับเป็น 1-5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านการบริหารการพยาบาล ในสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาล สังกัดวิทยาลัยของรัฐ และสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับตัวแปรคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.8-1 ภายหลังการแก้ไขปรับปรุงได้นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพฟຸ່นเจนเนอเรชันวายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทุนจิตวิทยาเชิงบวกกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี ของพยาบาลวิชาชีพฟຸ່นเจนเนอเรชันวายเท่ากับ 0.92 และ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานในหนึ่งสัปดาห์ ทุนจิตวิทยาเชิงบวกและสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีเป็นการถามระดับความเป็นจริงจากความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตระหนักว่าการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสำคัญ จึงดำเนินการทำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลข 13/2563 วันที่ให้การรับรอง 1 ตุลาคม 2563 และกำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามดังนี้

ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยอ่านเอกสารขอคำยินยอม (Consent form) ให้กลุ่มตัวอย่างฟังก่อนสอบถามความเข้าใจและถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างเต็มใจตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจะลงชื่อตนเองและลงวันที่ เพื่อเป็นการยืนยันว่าได้ฟังรายละเอียดโครงการแล้วและยินยอมในการตอบแบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกได้ตามความต้องการของตนเอง ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะไม่ระบุชื่อผู้ตอบ และจะเก็บไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาจะรายงานในภาพรวมทั้งหมดของงานวิจัยเท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 จัดเตรียมโครงการ โดยศึกษา และค้นคว้าหาข้อมูลจากเอกสาร วิชาการ ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเครื่องมือวิจัย โดยสร้างแบบสอบถาม ประสานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออกเขียนได้ทำแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบจัดอันดับของสเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficient)

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการวิจัย โดยสรุปผลการวิจัยอภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนาหาค่า ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวก สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพฟຸ່นเจนเนอเรชันวายโดยใช้ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบจัดอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนบุคคล ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกและสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจนเนอเรชันวายจำนวน 129 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 45 มีฐาน

อายุ 28.7 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 39 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 53.5 จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 88.4 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยส่วนบุคคล ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายโดยรวม (n = 129 คน)

ตัวแปร	M	S.D	ระดับ
ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (ปี)	5.72	3.90	-
จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์	73.39	17.5	มากกว่าปกติ
ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก	0.46	สูง	
สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี	4.37	0.48	สูง

จากตารางที่ 1. พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ย 5.72 ปี จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์มีค่าเฉลี่ย 73.39 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าปกติ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายโดยรวมอยู่ในระดับสูงตามลำดับ (M = 4.11, 4.37)

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพระหว่าง จำนวน ชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (rs) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพระหว่าง จำนวน ชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

ตัวแปร	rs	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ	- 0.12	0.256	-
จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์	0.40	< .001**	ปานกลาง
ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก	0.59	< .001**	ปานกลาง

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 2 เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (rs) พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ และทูทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง (rs = 0.40, 0.59 ตามลำดับ) กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (P<.001) โดยทูทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความความสัมพันธ์ทางบวกมากที่สุด และระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวก และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวาย โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยมีสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าปัจจัยส่วนบุคคลและทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวาย ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพและจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุการทำงานอยู่ที่ 1-5 ปี ร้อยละ 53.5 และจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.39 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 88.4 มีการปฏิบัติงานเกินเวลาปกติ¹³ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้ความสำคัญกับค่าตอบแทน รวมทั้งมีอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอภาระงานที่มีจำนวนมาก และพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 28.7 ปี ซึ่งอายุน้อยทำให้ยังสามารถทำงานเกินเวลาปกติ

การศึกษาทุนจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายรับรู้ถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การมองโลกในแง่ดี ได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน¹⁰ จากการวิจัยพบว่าทุนจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายรายด้านอยู่ในระดับสูง^{12,14} และก็พบว่าทุนจิตวิทยาเชิงบวกโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายมีการรับฟังความคิดเห็น ทำงานเป็นทีม สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในการทำงานได้ดีและรวดเร็ว กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มองโลกในแง่ดี¹⁵ และมีสมรรถนะของความเป็นวิชาชีพที่ได้ผ่านการเรียนรู้เรื่องจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยจึงสามารถนำมาปรับใช้กับชีวิตการทำงาน การประสานงานและแก้ไขปัญหาต่างได้

การศึกษาสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายพบว่า สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวาย โดยรวมและ

รายด้านพบว่า มีเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง¹² อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายมีความรู้สึกเชิงบวกต่อหน่วยงานเนื่องจากคะแนนรายข้อของสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีอยู่ในระดับสูงเกือบทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 98 ซึ่งกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานีเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน จัดอบรมเพื่อพัฒนางานแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการมีระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงานเน้นการทำงานเป็นทีม มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เป็นระบบ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือมีการควบคุมกำกับการทำงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ และมีความมั่นคงในการทำงาน¹⁶ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ท่านได้รับค่าตอบแทนทางด้านวัตถุเมื่อมีการปฏิบัติงานที่ดีจากหน่วยงาน เช่นเงิน หรือสิ่งของอื่นๆ และมีการจ้างงาน มีค่าตอบแทนที่ดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41, 3.48 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานที่มีจำนวนมาก มีจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 88.4 จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวาย รับรู้ค่าตอบแทนเหมาะสมกับงานในระดับปานกลาง ซึ่งเงินเนอเรนวายจะให้ความสำคัญในเรื่องของค่าตอบแทนมาเป็นอันดับหนึ่ง¹⁷

การศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์สูง จะทำให้สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายสูงเนื่องพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายให้ความสำคัญเรื่องค่าตอบแทน และการจ้างหรือค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความสามารถ¹⁸

ทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001¹² แสดงว่าทุนจิตวิทยาเชิงบวกสูงจะทำให้สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายสูง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทุนเงินเนอเรนวายสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน ได้ดีรวดเร็วกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และมองโลกในแง่ดี

ทุนจิตวิทยาเชิงบวกสูง จะทำให้สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายสูงขึ้นตาม

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
พยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

จากผลการวิจัย พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ และทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย สามารถนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ผู้บริหารการพยาบาลใช้ในการบริหารจัดการพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายได้ดังนี้

1.1 วิเคราะห์ภาระงาน การจัดอัตราค่าจ้างขึ้นปฏิบัติงานจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อผู้รับบริการในแต่ละวันให้เหมาะสม การจัดตารางเวรไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมงต่อหนึ่งวัน และไม่ควรเกิน 48 ชั่วโมงในหนึ่งสัปดาห์

1.2 ทุนจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย จัดอบรมเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาต่างๆ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย

1.3 สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี พิจารณาค่าตอบแทน สวัสดิการให้เหมาะสมกับความ สามารถและภาระงาน มีหลักเกณฑ์การเลื่อนขั้นเงินเดือนให้ชัดเจนอย่างเป็นธรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลงานวิจัยนี้ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี หาความแตกต่างระหว่างแผนกที่ปฏิบัติงาน หรือศึกษาแบบเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) จำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ของเจนเนอเรชันต่างๆ เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ

References

1. World Health Professions Alliance. Stand up for Positive Practice Environments. World Health Professions Alliance.2020;1-2
2. Singhadong N.Positive Practice Environment Journal of Nurses Association of North-EasternDivision. 2013; 31(3)6-12. (in Thai)
3. kirwan M,Matthews A,Scott P.A.The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. Journal of International Journal of Nursing Studies2013,50(2)253-263
4. Peter Van B, Christoph K, Susan Mace W, Danny Van H, 3, Sean P C.The relationship between nurse practice environment, nurse workcharacteristics, burnout and job outcome and quality nursing care : A cross-sectional survey. Journal of International Journal of Nursing Studies.2013; 50(12), 1667-1677
5. International Council of Nurse.Key Characteristics of Positive Practice Environments for Health Care Professionals.2012; 1-3
6. Lavoie-Tremblay M .The Needs and Expectations of Generation Y Nurse in the Workplace. Journal of Nurse in staff development. 2010; 1(1)2-8.
7. Pisitnuphong N.Work Environment That Are Related to The Organizationnal Engagement of Government Officers and Staff of Saimai District Bangkok.Journal of Business Administration and Socaial Sciences Ramkhamhaeg University. 2017; 1(1)64-78. (in Thai)

8. Rerkluenrit J, Kodchakr R. A Study of the Relationship between Selected Personal Factors, Professional Practice Environment and Job Satisfaction of Registered Nurses in. Thailand. Journal of Srinagarind Med J. 2019; 34(3) 287-292.(in Thai)
9. Thailand Nursing and Midwifery.Nursing Hours Policy for Patient Safety Nursing Council Ministry of Public Health.2017; 1-2. (in Thai)
10. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. Psychological Capital and Beyond. Oxford University Press. 2015;45-143
11. Uthairangsee M. Psychological Capital and Work Engagement of Nurses, Regional Hospitals. Journal of Nursing Journal 2020;47(4)314-324. (in Thai)
12. Rattanaraj P. Factors Affecting Positive Practice Environment of Registered Nurses at Sanpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2)74-81.(in Thai)
13. Supamanee T.Nurses' Extended Work Hours and Nurse Outcomes in Community Hospitals. Journal of Nursing Journal.2014;47(4) 48-58. (in Thai)
14. Songloed D.The Relationship of Positive Psychological Capital and Organization Commitment on Work Performance of Nursing Faculties, Southern Boromarajonani-College of Nursing.Journal of. Humanities and Social Sciences Journal,Ubon Ratchathani Rajabhat Humanjubru. 2017; 4(2)27-43.(in Thai)
15. Chaubankon S.Astudy of Components of Generation Y Thai Professional Nurses Regional Hospitals of 5th Regional Health Authority.Journal of The Royal Thai Army Nurses.2017; 18(1)155-162.(in Thai)
16. Lavoie-Tremblay M. Retaining Nurses and other Hospital Worker .An Intergenerational Perspective of the Work Climat. Journal of nursing Scholaship.2010;42 (42) 414-422.
17. Frye W.D, Kang S,Huh C,Lee MJ. What factors influence Generation Y's employee retention in the hospitality industry : An internal marketing approach. Journal of International Journal of Hospitality Management. 2019; 85(1)1-9
18. Silamom B. Factor Influencing the Retention of Generation Y Professional Nurse at a Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2018;12(3) 62-71. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

The Effects of a Program to Develop Competency in Drug Administration for Registered Nurses in a Community Hospital, Phrae Province

จินนา รสเข้ม พัทยา แก้วสาร* บุญทิพย์ สิริธรรังศรี

Jinna Rodkhem Pattaya Kaewsarn* Boontip Siritarungsri

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านเจตคติ ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยา 3 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ .92 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรการคำนวณค่า วิชของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน-20 ได้ค่าเท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติวิเคราะห์พรรณนา และใช้สถิติทดสอบแพร่-ที-เทส

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของพยาบาลวิชาชีพมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านการบริหารยา ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านเจตคติ สูงขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารยาให้เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะด้านการบริหารยา, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This was a quasi - experimental research (pre-and post-program tests were administered to the same group of samples) with the objective of comparing the pre-and post-program drug administration competency of registered nurses at a community hospital in Phrae Province in the areas of 1) knowledge; 2) skills; and 3) attitude. The sample population, chosen through purposive sampling, consisted of 50 registered nurses with at least one year of work experiences. The research tool was a program to develop competency in drug administration for registered nurses. An evaluation form to measure the samples' self-reported levels of knowledge, skill and attitude about drug administration before and after the program. The content validity index of the tool was rated at .92 and the reliability was .70 when measured by Kuder-Richardson Formula 20. Personal data of the samples were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that the mean post-program scores for competency in drug administration in terms of 1) knowledge; 2) skill; and 3) attitude were higher than the mean pre-program scores to a statistically significant degree ($p < .05$). The research results should be used for planning the development of professional nursing personnel. In order to enhance drug administration competency to increase.

Keywords: Competency in Drug administration, Registered nurse, Community Hospital

บทนำ

สมรรถนะ (competency) เป็นคุณลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล อันประกอบด้วย ความรู้ ทักษะและเจตคติ ซึ่งจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลสามารถสร้างผลการปฏิบัติงานในงานที่ตนรับผิดชอบให้สูงกว่าเป็นปัจจัยในการทำงานที่เพิ่มขีดความสามารถในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ให้แก่องค์กร เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ส่งผลไปสู่การพัฒนาองค์กรได้¹ การปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยา ซึ่งมีขอบเขตตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล สามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หมวดที่ 2 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 โดยพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และถูกต้องตามหลักการให้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย ดังนั้น สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาจึงหมายถึง พฤติกรรมแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาได้ถูกต้อง² เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุ หรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย และความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Administration error) ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการบริหารยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยา ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดไปจากความตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา จากรายงานระดับนานาชาติความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับโลก พบประเด็นเกี่ยวข้องกับการให้ยาไม่ครบมือ 42% หรือ บริหารยาไม่ถูกเวลา 50%³ ในประเทศเอธิโอเปีย พบข้อมูลของตึกผู้ป่วยในของ The Felege Hivot Referral Hospital มีอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ด้านการบันทึก 87.5% ผิดเทคนิค 73.1% ผิดเวลา 53.6% ผิดขนาด 23.1% ให้ยาผิด 8.3% ผิดวิถีทาง 2.8%⁴ และประเทศมาเลเซีย พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยาในแผนก

ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ได้แก่ ผิดเวลา 46.9% ให้ยาโดยไม่มีการสั่งใช้ 25.4% ไม่ได้ให้ยา 18.5% และผิดขนาด 9.2%⁵ องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้มีความสำคัญกับความปลอดภัยจากการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยทั่วโลก และพยายามที่จะลดความรุนแรงและอันตรายจากการใช้ยาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ 50% ทั่วโลก ภายใน 5 ปีข้างหน้า⁶ รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญในมาตรฐานความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ โดยมุ่งการบริการสุขภาพที่คงไว้ซึ่งความปลอดภัยทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ (Patient and Personnel safety: 2P Safety)^{6,7}

National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention⁸ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา และได้ถูกนำมาใช้ในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย¹⁰ โดยแบ่งเป็น 9 ระดับ จากระดับ A ถึง I ดังนี้ ระดับ A คือ ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนระดับ B คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย ระดับ C คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนไปถึงผู้ป่วยแล้ว ระดับ D คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม ระดับ E คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม ระดับ F คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ ยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป ระดับ G คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร ระดับ H คือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต และระดับ I คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ

มหาชน) จึงได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัย Thai Patient Safety Goals 2006 และจำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามการแบ่งของ NCC MERP^{9,10} ในปี 2554 พบความคลาดเคลื่อนทางยาของกลุ่มงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนาธิบดินทร ส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อนด้านการเตรียมยาผิดขนาด การคัดลอกคำสั่งแพทย์ผิด ระดับความรุนแรง A ร้อยละ 54 ระดับ B ร้อยละ 33 และระดับ C ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่ไปถึงผู้ป่วยร้อยละ 7 ได้แก่ การให้ยาผิดขนาด ให้ยาผิดคน ให้ยาผิดเวลา และลืมให้ยา นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ระดับ E 2 ครั้ง ได้แก่การให้ยาผิดคน และผู้ป่วยแพ้ยาที่ได้รับ การให้ยาเคมีในอัตราเร็วที่ผิดทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีหมดก่อนเวลา 6 ชั่วโมง สามเหตุความผิดพลาดเกิดจากความบกพร่องในกระบวนการผู้ป่วย และการไม่ได้ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ (Infusion pump) ขณะให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง¹¹ และในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 2 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาการให้ยาผิดขนาด 8.47 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และ ให้ยาผิดเวลา 5.65 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน¹²

จากข้อมูลของโรงพยาบาลที่ศึกษา มีระบบจ่ายยาผู้ป่วยในแบบหนึ่งหน่วยต่อวัน (One day dose) คือ การจัดยาสำหรับการบริหารยาผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 วัน พยาบาลมีการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 6 Rs ซึ่งพบว่ามียุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเกิดขึ้น ทีมพัฒนาคุณภาพได้พยายามหาแนวทางแก้ไขปัญหา และมาตรการป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายให้นำหลักการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs มาใช้ในการบริหารยา นับตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 เมื่อศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี 2560, 2561 และ 2562 มียุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 2.05, 3.24 และ 4.92 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปีตามลำดับ เมื่อจำแนกความคลาดเคลื่อนเป็นรายด้าน พบว่า ปี 2560 พบการไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย 48% ไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย 16% และให้ยาผิดคน 4% ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ C 68% รองลงมาเป็นระดับ B 20% และระดับ D 8% ปี 2561 พบการให้ยาผิดคน 28.13% ไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย 26.56% และให้ยาผิดขนาด 14.06% ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ B 53.12% รองลงมาเป็นระดับ C 42.19% ระดับ D 4.69% และปี 2562 พบการไม่ได้ให้ยา 39.02% ให้ยาผิดขนาด 25.61% ไม่ได้จัดยา 19.51% ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ C 74.39% รองลงมาเป็น

ระดับ B 21.95% ระดับ D 2.44% และระดับ E เป็นการให้ยาผิดคน 1.22% ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องให้การรักษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) ของพยาบาลผู้ป่วยในที่ปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกรนอกเวลาราชการ พบว่า ปี 2560 พยาบาลไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 33.33% คัดลอกผิดคน 33.33% คัดลอกผิดวิธีใช้ 12.12% ในปี 2561 คัดลอกผิดคน 37.78% คัดลอกผิดวิธีใช้ 28.89% ไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 15.56% และปี 2562 คัดลอกผิดคน 63.77% ไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 13.04% คัดลอกผิดวิธีใช้ 8.69% เป็นความรุนแรงระดับ B ทั้งหมด¹³

จากสภาพปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาหลายด้าน มีความรุนแรงอยู่ในระดับ A-E ซึ่งไม่ควรมียุบัติการณ์เช่นนี้ ทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการจึงจัดประชุม ทบทวนความเสี่ยงเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และพบว่ามียุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาหลายด้าน โดยให้ความสำคัญกับด้านบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจากตารางการปฏิบัติงาน แสดงถึงอัตราค่าจ้างที่ไม่เพียงพอ ภาระงานเกินกำลัง ผู้บริหารมีนโยบายหมุนเวียนพยาบาลจากแผนกอื่นให้มาปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลผู้บริหารในตึกผู้ป่วยในเพื่อแก้ปัญหาอัตราค่าจ้างที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้¹⁴ จึงให้ความสำคัญด้านบุคลากรพยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการป้องกัน เฝ้าระวัง และลดโอกาสการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยากับผู้ป่วย สามารถดักจับปัญหาที่มาจากจุดอื่นในกระบวนการใช้ยา และป้องกันปัญหาที่จะเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการให้ยาแก่ผู้ป่วย อีกทั้ง ผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติงานตำแหน่งเลขานุการทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ จึงมีความสนใจและต้องการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการบริหารยา เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาและปลอดภัยจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

คำถามการวิจัย

สมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐาน

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ มีสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ ในการบริหารยาก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกัน

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

1. การจัดอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs
2. คู่มือการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs
3. วิดีโอนำเสนอขั้นตอนการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs

พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติในการบริหารยาเพิ่มขึ้นภายหลังเข้าโปรแกรม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre test -post test design)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ทั้งหมดจำนวน 52 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรทั้งหมดคือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ที่ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 50 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป
2. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่บริหารยา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมของ Boyle¹⁵ การบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs^{16,17} แนวคิดการจัดรูปแบบการเรียนการสอน¹⁸ และทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม¹⁹ มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือเซ็นยินยอม เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอม (Inform consent form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้
 - 1.1 วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากรายงานอุบัติการณ์ ปี 2560 – 2562
 - 1.2 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและ

ทฤษฎีที่ประกอบด้วย 1) แนวคิดและกระบวนการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมของ Boyle¹⁵ การบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs^{16,17} แนวคิดการจัดรูปแบบการเรียนการสอน¹⁸ และทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม¹⁹ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลที่ศึกษา ให้มีความสมบูรณ์ และสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

1.3 นำร่างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ และแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ที่สร้างขึ้น เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม และข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาความชัดเจน และความถูกต้อง พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.4 นำร่างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ และแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ที่สร้างขึ้น เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามของตัวแปรแต่ละประเด็น และกรอบแนวคิดทฤษฎี โดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ (Content Validity Index : CVI) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน และพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้างที่กำหนด และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.5 สร้างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การจัดอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อ เสริมสร้าง ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพตามหลักการบริหารยา 10 Rs 2) คู่มือประกอบการฝึกอบรม และ 3) วีดิโอนำเสนอขั้นตอนการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ

และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ใช้ในการวัดประเมินก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากแนวคิดการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs^{16,17} และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างแบบทดสอบแบบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือกโดยวิเคราะห์เนื้อหาตามเป้าหมายการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม¹⁹ จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 ข้อ 2) แบบประเมินทักษะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จำนวน 13 ข้อและ 3) แบบประเมินเจตคติด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 ข้อ

การให้คะแนนแบบประเมินซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน สำหรับคะแนนของแบบทดสอบจะอยู่ในช่วง 0-37 คะแนน ตามระดับความรู้ ทักษะและเจตคติของผู้ตอบแบบประเมินเมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม²⁰ ดังนี้

ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (คะแนนตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาในระดับสูง

ระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 23-29 คะแนน) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาในระดับปานกลาง

ระดับปานต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาในระดับต่ำ

นำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามของตัวแปรแต่ละประเด็น และกรอบแนวคิดทฤษฎี

โดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ (Content Validity Index : CVI) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้างที่กำหนด และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ความรู้ ทักษะ และเจตคติด้านการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินพื้นฐานความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อนำสู่การวางแผนรูปแบบการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาให้เหมาะสมประกอบด้วย 1) ชี้แจงกำหนดการจัดอบรมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และทำความเข้าใจ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นก่อนการจัดอบรม 2 สัปดาห์ และ 3) นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ 2) แก่ทีมวิทยากร เพื่อวางแผนรูปแบบการพัฒนาความรู้ ทักษะและเจตคติด้านการบริหารยา โดยการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อจัดกิจกรรมการอบรมให้เหมาะสมสอดคล้องกับผลคะแนนประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติด้านการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2 การจัดอบรม ดำเนินการจัดกิจกรรมการอบรมโดยใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง 30 นาทีประกอบด้วย 1) จัดอบรมให้ความรู้ ด้วยการบรรยายของวิทยากร พร้อมสื่อวีดีโอ และคู่มือ เรื่องการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs และ 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10Rs โดยใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการบริหารยา (Simulation based learning) เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมแบ่งปันประสบการณ์ ทบทวนความรู้ และแนวทางการปฏิบัติแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบปัญหา นำมาสรุปอภิปรายร่วมกัน และสะท้อนคิด (Reflection in practice) เมื่อสิ้นสุดการอบรม ผู้วิจัยดำเนินการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ และแบบ

ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามสำหรับประเมินสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 และเมื่อนำแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะของประชากร และความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรการคำนวณหาค่า วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเอกสารจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 010/2563 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2563 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะของการศึกษา และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีผลต่อการบริการที่จะได้รับ รวมถึงการเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา และใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 57 ปี ร้อยละ 11 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน

พยาบาลมากที่สุดโดยเฉลี่ยในช่วง 16-20 ปี และ 21-25 ปี ร้อยละ 11 ของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ เฉลี่ยในระยะเวลา 21-25 ปี ร้อยละ 88 ดำรงตำแหน่งงานในปัจจุบันเป็นพยาบาลประจำการ รองลงมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 12 ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุดคือ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 88 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโท ร้อยละ 12 และหน่วยงานปัจจุบัน

ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน คือ แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 46 รองลงมาคือแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 32 และแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ร้อยละ 22 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านเจตคติ	94.18	7.29	สูง	99.64	1.79	สูง
ด้านความรู้	90.46	9.77	สูง	98.31	4.98	สูง
ด้านทักษะ	88.46	8.96	สูง	98.00	5.11	สูง
รวม	91.03	6.54	สูง	98.65	3.45	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

สมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยาตามหลัก 10 Rs	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความถูกต้องด้านผู้ป่วย	90.00	14.28	สูง	100.00	0.00	สูง
2. ความถูกต้องด้านขนาดยา	90.67	15.12	สูง	100.00	0.00	สูง
3. ความถูกต้องด้านความถี่ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา	92.00	14.38	สูง	100.00	0.00	สูง
4. ความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ	91.50	15.66	สูง	99.50	3.53	สูง
5. ความถูกต้องด้านเวลา	87.50	18.38	สูง	99.00	4.95	สูง
6. ความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธ การรับยาของผู้ป่วย	96.67	10.10	สูง	98.67	6.59	สูง
7. ความถูกต้องด้านยา	91.50	12.98	สูง	98.00	6.85	สูง
8. ความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา	93.33	13.47	สูง	98.00	7.99	สูง
9. ความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา	97.00	8.21	สูง	97.50	9.10	สูง
10. ความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา	78.50	20.21	ปานกลาง	95.50	12.05	สูง
รวม	92.07	5.61	สูง	98.74	3.18	สูง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ ในการบริหารยาตาม
หลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

สมรรถนะพยาบาล		$\bar{X}$	SD	d	t	p
ด้านเจตคติในการบริหารยา	ก่อนเข้าโปรแกรม	94.18	7.29	5.45	5.093	.000*
	หลังเข้าโปรแกรม	99.64	1.79			
ด้านความรู้ในการบริหารยา	ก่อนเข้าโปรแกรม	90.46	9.77	7.85	6.574	.000*
	หลังเข้าโปรแกรม	98.31	4.98			
ด้านทักษะในการบริหารยา	ก่อนเข้าโปรแกรม	88.46	8.96	9.54	7.278	.000*
	หลังเข้าโปรแกรม	98.00	5.11			

* p ≤ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะ
ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ ในการบริหารยา
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่
ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการ
บริหารยาเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับสูง โดยแบ่งการอภิปรายผล
เป็น 3 ด้าน ตามลำดับ ดังนี้

ด้านความรู้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาล
วิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้ในการบริหารยาเพิ่มสูงขึ้น
กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
(t = 6.574, p = .000) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนา
สมรรถนะด้านการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น มีส่วนส่งผลต่อใน
การเพิ่มความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย
การเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย¹⁹ ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านสมองเกี่ยวกับ
สติปัญญา ความคิด ความสามารถ ในการคิดเรื่องราวต่างๆ
อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้องค์ประกอบของสิ่งที่เรียนรู้
ร่วมกัน ซึ่งในโปรแกรมของการศึกษานี้ ได้จัดรูปแบบ อาทิ
การอบรมจากวิทยากร การแลกเปลี่ยน การมีคู่มือ วิดีโอ
มีการสรุปความเข้าใจ ข้อสงสัยและสังเคราะห์เพื่อเชื่อมโยง
ให้ผู้ศึกษา เข้าใจในจุดประสงค์ของการเรียนรู้ ได้รูปแบบใหม่
ของสิ่งที่เรียนรู้ หรือโครงสร้างของความรู้ที่ผ่านการวางแผน

และการสร้างอย่างเหมาะสม เกิดเป็นความรู้ที่ฝังแน่น
สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ต่างๆ ต่อไป สอดคล้อง
กับการศึกษารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้าน
พุทธิพิสัย เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิด
ความรู้ในการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจ
ในเนื้อหาสาระต่างๆ สรุปประเด็น จับใจความสำคัญของ
เนื้อหาวิชาซึ่งเนื้อหาสาระนั้นอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข้อเท็จจริง
มโนทัศน์ หรือ ความคิดรวบยอด จะทำให้ผู้เรียนมีความรู้
ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น แล้วจะสามารถเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ
ได้นำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องที่มีประสิทธิภาพ^{18,21,22}

ด้านทักษะ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาล
วิชาชีพมีสมรรถนะด้านทักษะในการบริหารยาเพิ่มสูงขึ้น
กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
(t = 7.278, p = .000) แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมในโปรแกรม
พัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อ
กลุ่มตัวอย่าง ให้ได้รับรู้หลักการมีทักษะ การปฏิบัติที่ถูกต้อง
ตามหลักวิชาการและฝึกทักษะได้ตามข้อแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ
จนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เมื่อกระทำซ้ำแล้วจะก่อให้เกิด
ความถูกต้องในการปฏิบัติ และเกิดทักษะจนสามารถปฏิบัติ
ได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ
ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูงต่อไป
สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย¹⁹
เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยพัฒนาทางด้าน
การปฏิบัติ ให้ผู้เรียนได้มีการแสดงออกในลักษณะของ
การปฏิบัติการได้จริง การกระทำ หรือ การแสดงออกต่างๆ

ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลักการ วิธีการ ที่แตกต่างไปจากการพัฒนาทางด้านจิตพิสัย หรือ พุทธิพิสัย ผู้เรียนจะเกิดการพัฒนาทางด้านทักษะปฏิบัติ จนสามารถกระทำได้อย่างถูกต้อง สมบูรณ์ จะทำให้ผู้เรียนมีทักษะและความสามารถเพิ่มมากขึ้น^{18,21,22}

ด้านเจตคติ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านเจตคติในการบริหารยาเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.093$, $p = .000$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการรับรู้และการตอบสนอง เกิดความพอใจต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าของโปรแกรม ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดทัศนคติที่ดี และเจตคติที่ดีต่อการบริหารยาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านจิตพิสัย เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความรู้สึกรู้สึก เจตคติ ค่านิยม คุณธรรม และจริยธรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากแก่การพัฒนาหรือปลูกฝัง การเรียนการสอนตามรูปแบบจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และต้องใช้เวลาต่อการช่วยให้ผู้เรียนเกิดเจตคติที่ดีได้^{18,21,22} และสอดคล้องกับการนำแนวคิดการสะท้อนคิด (reflective think) มาใช้เพื่อพัฒนาด้านจิตพิสัยให้ผู้เรียนคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถปฏิบัติและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น โดยมีรูปแบบ และกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้¹⁹ มีส่วนช่วยส่งเสริมความรู้ ทักษะ และเจตคติด้านการบริหารยาให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ดังจะเห็นจากผลการประเมินมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับที่สูง และจากผลการศึกษาทำให้มีความมั่นใจได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะสามารถนำความรู้ ทักษะตลอดจนประสบการณ์ที่ได้รับจากการเรียนรู้จากโปรแกรมนี้ นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs แก่ผู้รับบริการได้อย่างมั่นใจ ถูกต้อง และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปวางแผนการพัฒนา

ด้านบุคลากร โดยเฉพาะอบรมพยาบาลวิชาชีพในระดับ 1-2 และเสริมสร้างสมรรถนะให้เพิ่มมากขึ้นในระดับ 3-4

2. ควรออกแบบการประเมิน และติดตามผลการนำไปใช้ในเชิงลึก ในข้อดี และข้อจำกัด ลักษณะการเรียนรู้ เพื่อนำไปพัฒนาให้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยติดตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความสมบูรณ์ขึ้น

2. ควรมีการทำวิจัยติดตามอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาในหน่วยงาน จากการปฏิบัติงาน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

References

1. McClelland D. C. Test for Competency rather than intelligence. American Psychologists. 1970; 17: 57-83.
2. Senadisai S, Prapaipanich W. Basic Nursing. Bangkok: Judthong Company Limited; 2015. (in Thai).
3. World Health Organization. Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Switzerland: World Health Organization; 2016.
4. Feleke SA, Mulatu MA, Yesmaw YS. Medication administration error: magnitude and associated factors among nurses in Ethiopia. BMC Nurs. 2015; 14: 53.
5. Shitu Z., Aung MMT, Tuan Kamauzaman TH. Ab Rahman AF. Prevalence and characteristics of medication errors at an emergency department of a teaching hospital in Malaysia. BMC Health Service Research. 2020; 20: 56.

6. Limpanyalert P. 2P safety patient and personnel safety. Northeast Reginal HA Forum 4thed; 2017 Jul 18. Pullman KhonKaen Raja Orchid Hotel. KhonKaen, 2017.(in Thai).
7. Cheevakasemsook A. New Clinical Nursing Supervision with 2P Safety: Concept and Application. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 9-17. (in Thai).
8. NCC MERP. NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors. 2001 (copy).
9. Supachutikun A. HA Update 2014. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2014. (in Thai).
10. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). National Reporting and Learning System: NRLS. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2017: 13. (in Thai).
11. Fukul A, Pimwapee J, Buttura M. Factors related to drug administration error of registered nurses at Lampang Cancer Hospital. Journal of Medical Studies Region 11. 2013; (7) 2: 253 - 260. (in Thai).
12. Homnium N, Ratchachukul S. The effects of developing administered medicines using empirical evidence on the incidence of drug tolerance and job satisfaction of critical care ward professional nurses. Journal of Nursing Science ChulalongkornUniversity . 2016; 28 (1): 139-150. (in Thai).
13. Risk management team. Report of Incidence of Medication Error 2017- 2019. A Community Hospital, Phrae Province, 2017- 2019. (in Thai).
14. PCT team. Clinical Risk Review Meeting Minutes November 2018. Community hospital, Phrae Province, 2018. (in Thai).
15. Boyle, Patrick G. Planning Better Program. New York: Mc Graw Hill Book Company; 1981.
16. Bord Altranaisagus Cnáimhseachaisnah Éireann Nursing and Midwifery Board of Ireland. Standards for Registered Nurses and Midwives on Medication Administration (2018) DRAFT. Ireland; 2018.
17. Community Practice Nursing Faculty of Nursing SongkhlaNakarin University. Handbook for teaching the principles of rational drug use Course in Community Health Nursing and Initial Disease Treatment (640-493). Songkhla Province, 2018.(in Thai).
18. Khaemmanee T. Teaching and learning styles: various options. 17thed. Bangkok: Active Print; 2013. (in Thai).
19. Benjamin B. Taxonomy of Education Objectives Handbook I: Cognitive Domain. New York: David McKay Company. Inc; 1956.
20. Bloom BS. Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
21. Kalaka S, Chantra R, Sarakstrin A, Thanaroj S, Saojawutipong W. The Effects of Using a Video Shadow Puppet Troupe and Self-care Manual on Knowledge and Self-care behavior of Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019; 146-156. (in Thai).
22. Konbun R, PangprasertK, Siriwat W, Nachaiyaphum J. The guidelines on development of learning achievement of nursing students in maternal and newborn nursing and midwifery 2, College of Asia Scholars. Journal of the Asian Graduate School. 2020; 10(1): 147-155. (in Thai).
23. Suworawatanakul W, Nartchamnong S, Leaungsomnapa Y. The Effects of Developing Reflective Thinking Skills and Levels of Reflection Using Reflective Thinking Learning Program on Nursing Student, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. Journal of Phrapokklao Nursing College.2016; 27(1): 61-71. (in Thai).

ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่าย จากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์

Factors Predicting Traumatic Patients Readiness for Hospital Discharge after Extremity Surgery

ทิพวัลย์ พรหมณน้อย สุพร ดนัยคุชฎีกุล* วลัยลดา ฉันทเรืองวนิชย์
Thippawan Pramnoi Suporn Danaidutsadeekul* Wallada Chanruangvanich
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ 75 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า อายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับ การผ่าตัดรยางค์ได้ร้อยละ 51.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .518, F = 18.829, p < .05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .434, p < .001$) รองลงมา คือ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($\beta = -.296, p < .01$) และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ($\beta = -.231, p = .01$) ตามลำดับ ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือรูปแบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างดี มีประสิทธิภาพและนำมาสู่การมีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ : ผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์/การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย/ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ/จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล/ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Abstract

This study is a predictive correlation aimed to study is to investigate factors influencing Readiness for hospital discharge to home. By using transition theory. The sample total is 75 traumatic patients after extremity surgery, who were admitted at the Phrachomklao, Phetchaburi Hospital. The instruments used for data collection were the personal data questionnaire, the Brief Illness Perception Questionnaire, the Health literacy Questionnaire, and The Brief PREPARED. Statistical analysis using multiple regression.

Corresponding Author: *E-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 13 ก.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ม.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 ก.พ. 2565

The results, found that Age, Length of stay, Meaning of Illness, and Health literacy predicted readiness for hospital discharge, 51.8 of traumatic patients after extremity surgery showed statistically significant results ($R^2 = .518$, $F = 18.829$, $p < .05$). The factor that can predict the readiness for hospital discharge with the highest statistical significance was health literacy ($\beta = .434$, $p < .001$), followed by the meaning of illness ($\beta = -.296$, $p < .01$) and length of stay ($\beta = -.231$, $p = .01$), respectively. The research results can be developed into a nursing program or model. To improve the quality of care for Traumatic patients after extremity surgery. Enabling patients can self-care themselves effectively, lead to well-being.

Keyword: traumatic patients after extremity surgery, meaning of illness, health literacy, length of stay, readiness for hospital discharge

บทนำ

การบาดเจ็บรยางค์เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ก่อให้เกิดการทุพพลภาพและเสียชีวิต¹ ในปัจจุบันพบว่าการบาดเจ็บมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร² สอดคล้องกับสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรของประเทศไทยสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก³ โดยรยางค์เป็นส่วนที่ได้รับบาดเจ็บมากถึงร้อยละ 70.64 และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหักจะได้รับการผ่าตัดรักษา⁵ อีกทั้งต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพชั่วคราว ความสามารถทางร่างกายลดลงจนกว่าจะมีการฟื้นฟูสภาพซึ่งใช้เวลา 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บ⁶ ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านและสามารถฟื้นฟูสภาพของรยางค์ให้ใช้งานได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การวิเคราะห์จากแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน⁷ (Transition theory) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน พบปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล คือ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ อายุ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อรูปแบบ การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย คือ ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้

อายุ (Age) เป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บรยางค์พบได้ในทุกช่วงวัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าช่วงอายุที่ต่างกันส่งผลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน บ่งบอกถึงต้องการแหล่งสนับสนุนและโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้⁸

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay) คือ จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นส่งเสริมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน⁹ สำหรับผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นานเป็นผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรง ภาวะโรคร่วม แสดงถึงความไม่พร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน¹⁰

การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Meaning of Illness) คือ ความเชื่อและความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เป็นสิ่งประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมทางสุขภาพ⁷ เป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล โดยถ้าหากมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านดีมีความคาดหวังที่ดี ไม่คุกคามต่อชีวิตจะส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามฟื้นฟูสุขภาพให้แข็งแรงพร้อมที่จะกลับบ้าน¹¹

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ ทักษะทางสติปัญญาและสังคม แสดงถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในการคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี¹² เป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคลที่เอื้ออำนวยกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนช่วยในเรื่องของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน¹³ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดการเปลี่ยนผ่านที่ดี¹⁴

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างมาก การศึกษาครั้งนี้จึงนำทฤษฎี การเปลี่ยนผ่าน⁷ มาอธิบายการเปลี่ยนผ่านจากผู้มีภาวะสุขภาพดีเป็นผู้บาดเจ็บรยางค์จากอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งมีจำนวนมากในปัจจุบัน

และเปลี่ยนผ่านการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน การเปลี่ยนผ่านจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถ้าทราบถึงปัจจัยการทำนายจะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ฟื้นสภาพได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด

คำถามการวิจัย

อายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของอายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Theory of transition) อธิบายการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งสู่อีกสภาวะหนึ่งที่มีความเชื่อมโยงของสถานการณ์และเวลาเข้าด้วยกัน⁷ แสดงให้เห็นถึง 3 มโนทัศน์ ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/ Illness transition) จากผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีเป็นผู้บาดเจ็บรยางค์จากอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดและการเปลี่ยนผ่าน การจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขของ การเปลี่ยนผ่าน (Transition

condition) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal conditions) ได้แก่ อายุ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งในกระบวนการเปลี่ยนผ่านของ แต่ละบุคคล ทั้งสองมโนทัศน์ดังกล่าวทั้งธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านและเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านมีความสัมพันธ์กันนำไปสู่รูปแบบการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (Patterns of response) ในระยะการจำหน่าย นั่นคือ ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Readiness for hospital discharge) ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านในการก้าวสู่สภาวะใหม่ได้สมบูรณ์เกิดการฟื้นฟูสภาพที่ดี รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงการทำนาย (Predictive correlation design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูก รยางค์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูก รยางค์ที่เกิดจากอุบัติเหตุ รวมทั้งอาจมีหรือไม่มี การบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) แพทย์มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน 2) มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย สามารถพูดและตอบโต้ได้ด้วยตนเอง ในกรณีผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ผ่านการประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-cog Thai) 3-5 คะแนน 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บศีรษะ ระดับการรู้สีกตัว (GCS) 15 คะแนน 4) กรณีมี การบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย ต้องไม่ได้รับการทำหัตถการพิเศษใดๆ ในระบบนั้น

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.7 สำหรับใช้วิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบ .80 โดยอ้างอิงการศึกษาที่เกี่ยวข้องและคล้ายคลึงกัน⁹ มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 75 ราย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire: Brief-IPQ)¹⁵ แปลเป็นภาษาไทย¹⁶ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .834 องค์ประกอบ 8 มิติ จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยคะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยมาก มีความทุกข์ทรมานต่อชีวิตมาก

3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)¹⁷ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .934 องค์ประกอบ 7 มิติ จำนวน 29 ข้อ โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

4. แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Brief-PREPARED)¹⁸ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือและขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) และได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .87 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .857 องค์ประกอบ 3 มิติ จำนวน 11 ข้อ โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. IRB-NS2020/582.1612 ลงวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2563 และผ่านการอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ลงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายใต้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับอนุมัติ

ให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย โดยระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมโดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย มี 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ใช้แบบสอบถาม 54 ข้อ 3 ส่วน ใช้เวลา 45 นาที ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ฉบับย่อ และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้านการเจ็บป่วยจากเวชระเบียน

ระยะที่ 2 ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ใช้แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ และข้อที่ 16 (ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล) รวมทั้งหมด 12 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 68 อายุเฉลี่ย 45.84 (SD = 18.92) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.3 ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดกระดูกยางค์ ร้อยละ 84 มีผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 98.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.7 การบาดเจ็บกระทบกับอาชีพ ร้อยละ 74.7 รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 44 ส่วนใหญ่มีสิทธิ์การรักษา ร้อยละ 97.3 และสภาพแวดล้อมที่บ้านเอื้ออำนวย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 69.3

การบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 41.3 ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (Emergency Case) ร้อยละ 76 ซึ่งตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวข้องกับความถนัดของแขนหรือขาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 53.3 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับอุปกรณ์/หัตถการภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 64 และ กลุ่มตัวอย่างที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์/หัตถการจะได้รับการฝึกก่อนการจำหน่าย ร้อยละ 72.9

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย 14.25 คะแนน (SD = 4.64) แสดงถึงมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยรวมมาก

ในวันที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่ามีความพร้อมในการจำหน่าย ร้อยละ 61.33 ส่วนภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์มีความพร้อมในการจำหน่าย ร้อยละ 65.33 โดยแหล่งสนับสนุนและแหล่งบริการมีค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย 6.07 (SD = 2.48) แต่ความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่ำสุด ค่าเฉลี่ย 3.37 (SD = 1.70) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพร้อมน้อยในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดหลังการบาดเจ็บรายก้นและล่าง หรือมีการบาดเจ็บหลายระบบมากที่สุด ร้อยละ 50 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ย 8.72 วัน (SD = 11.18) การบาดเจ็บโดยรวมพบว่า มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 1-7 วันมากที่สุด ร้อยละ 58.7 พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บรายก้นและล่าง ร้อยละ 37.3 ส่วนการบาดเจ็บรายก้นและล่างพบว่า มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วันมากที่สุด พบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บบริเวณสะโพกและต้นขา ร้อยละ 10.7 และในส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บรายก้นและล่างพบว่า มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วันมากที่สุด ร้อยละ 6.7 กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความคุกคามต่อชีวิตระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 32.80 คะแนน (SD = 12.90) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมาก ค่าเฉลี่ย 211.47 คะแนน (SD = 43.80)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (n = 75)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
อายุ	1				
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ^s	.111	1			
การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	.270*	.412**	1		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.178	-.236*	-.443**	1	
ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	-.146ns	-.397**	-.551**	.609**	1

**p < .01, *p<.05, S = spearman, ^{ns} = non significant

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าความสัมพันธ์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .609, p < .01$) ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความพร้อมในการ

จำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = -.551, p < .01$) และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.397, p < .01$)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระ ต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ($n = 75$)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	β	T	p-Value
ค่าคงที่	8.66	2.915		2.971	.004
อายุ	.004	.021	.018	.203	.840
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	-.096	.036	-.231	-2.646	.010*
การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	-.106	.035	-.296	-3.031	.003*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.046	.010	.434	4.657	.000*

$R = .720, R^2 = .518, \text{Adj } R^2 = .491, F = 18.829, *p < .05$

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบขั้นตอนเดียว พบว่า อายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ได้ ร้อยละ 51.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .518, F = 18.829, p < .05$) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ($\beta = .434, p < .001$) รองลงมาคือการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($\beta = -.296, p < .01$) และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ($\beta = -.231, p = .01$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอายุไม่สามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .018, p = .84$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยรวมมาก สำหรับผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อย พบในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดหลังการบาดเจ็บรยางค์บนและล่าง หรือบาดเจ็บ

หลายระบบ ร้อยละ 50 แสดงถึงความสำคัญของความรุนแรงของการเจ็บป่วยส่งผลต่อความไม่พร้อมในจำหน่ายกลับบ้าน¹⁹ นอกจากนั้นพบว่าสาเหตุของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่น้อยลงเกิดจากความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์อธิบายว่าหากไร้ซึ่ง 3 ประเด็นหลัก คือ ความไม่มั่นใจ ขาดผู้ดูแล และขาดแหล่งให้บริการ ผู้ป่วยย่อมมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองที่ไม่ถูกต้อง นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน²⁰ ในทางกลับกันหากผู้ป่วยมีปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเปลี่ยนผ่านที่ดี ย่อมนำมาสู่การฟื้นตัวที่ดี และมีความพร้อมต่อการจำหน่าย²¹ สิ่งเหล่านี้ได้สะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยถ้าหากผู้ป่วยมีการประเมินตนเองร่วมกับพยาบาลจะพบอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง 1.79%²²

สำหรับอำนาจการทำนายเมื่อวิเคราะห์ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านส่วนบุคคลสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .434, p < .001$) เป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน⁷ โดยความรอบรู้ด้าน

สุขภาพเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่านทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี เป็นส่วนส่งเสริมความรู้ของผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน¹³ นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁴ โดยสิ่งสนับสนุนที่สำคัญเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย คือ การประเมินผู้ป่วยและวางแผนก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ดีจากเจ้าหน้าที่²³

การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านส่วนบุคคลสามารถทำนาย ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.296$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน⁷ จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อศอกพบว่าผู้ป่วยที่มี การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านดี มีความคาดหวังที่ดีต่อการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึง 169 เท่า¹¹ และพบว่าบุคคลใดมีการให้ ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ไม่ดี เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลสามารถเพิ่มเติมการรับรู้ให้สมบูรณ์ ส่งเสริมให้ก้าวข้ามผ่านช่วงเวลาจากร้ายกลายเป็นดีได้²⁴ ดังนั้นจะเห็นว่าการให้ ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านดีนำมาสู่กำลังใจในการดูแลรักษาตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง และเป็นจุดสำคัญของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย จากผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีเป็นผู้บาดเจ็บอย่างค้ำจากอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดและการเปลี่ยนผ่านการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่บ้าน สามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.231$, $p = .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน⁷ โดยถ้าหากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงสอดคล้องกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระยะสั้น มีการฟื้นสภาพที่ดี ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ไม่เกิดความทุกข์ทางจิตใจย่อมนำมาสู่ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล^{10,25} อีกทั้งพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น 1 วัน จะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้น 10%²⁶ การศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับการบาดเจ็บ ไม่ยาวนาน แสดงถึงความรุนแรงน้อย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นสภาพที่ดีบ่งบอกถึงความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายขึ้น

อายุเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านส่วนบุคคลที่ไม่สามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ($\beta = .018$, $p = .84$) ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะบริบทที่มีความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งเป็นการศึกษาจากต่างประเทศ แม้ว่าปัจจุบันสังคมประเทศไทยจะมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นแต่จากการศึกษาครั้งนี้พบข้อมูลของการดูแลของสมาชิกภายในครอบครัวภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 81.3 สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้อธิบายว่าแม้จะอยู่ในช่วงวัยใดก็ตามหากได้รับการสนับสนุนดูแลที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี เผชิญปัญหาได้ก็ย่อมนำมาสู่ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล^{11,27}

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีร่วมกับจำนวนวันนอนที่ไม่ยาวนาน มีความเหมาะสมและมีการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ดี ส่งผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และในส่วนของกลุ่มที่มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อย พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ เข้ามามีส่วนช่วยเติมเต็มสิ่งที่ขาดหายของแต่ละบุคคลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่ดีและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายกลับบ้านของผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดตรงร่วมกับผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่ระยะเริ่มเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะกลุ่มที่มีแนวโน้มนอนโรงพยาบาลนาน อีกทั้งส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย และมีการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง

2. นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ปรับรูปแบบของการดูแลและการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ติดตามการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยมีการเชื่อมโยงเครือข่ายภายในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดรยางค์ โดยการใช้โปรแกรม เช่น โปรแกรมการเตรียมความพร้อม และติดตามในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลกลับบ้านได้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

1. Kohler RE, Tomlinson J, Chilunjika TE, Young S, Hosseinipour M, Lee CN. "Life is at a standstill" Quality of life after lower extremity trauma in Malawi. *Quality of Life Research*. 2017; 26(4):1027-1035.
2. Tiruneh C, Seyoum G, Regasa G, Lambisso B. Clinical profile and patterns of extremity fractures in orthopedics department in tikur anbesa specialized hospital. *Ethiopian Medical Journal*. 2020;58(2):159-165.
3. World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Pundee J, Chayaput P, Chanruangvanich W, Wannatoop T. Predictors of Functional Restoration in Extremity Injury Patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2019;34(4):48-63. (in Thai)
5. Bouyer B, Leroy F, Rudant J, Weill A, Coste J. Burden of fractures in France: incidence and severity by age, gender, and site in 2016. *International Orthopaedics*. 2020;44(5): 947-955.
6. Zdziarski HL, Vasilopoulos T, Horodyski M, Hagen JE, Sadasivan KS, Shariffar S, et al. Can an Integrative Care Approach Improve Physical Function Trajectories after Orthopaedic Trauma? A Randomized Controlled Trial. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2020;478(4):792-804.
7. Meleis AI. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
8. Coffey A, McCarthy GM. Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing*. 2013;8(2):104-115.
9. Moosiri S, Samartkit N, Tanatwanit Y. Factors related to discharge readiness in patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery. (thesis). Chonburi: Burapha University; 2013. (in Thai)
10. Brotemarkle RA, Resnick B, Michaels K, Morton P, Wells C. Length of hospital stay and discharge disposition in older trauma patients. *Geriatric Nursing*. 2015;36 (2 Suppl): S3-9.
11. Halawi MJ, Vovos TJ, Green CL, Wellman SS, Attarian DE, Bolognesi MP. Patient expectation is the most important predictor of discharge destination after primary total joint arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*. 2015;30(4):539-542.
12. Ilona K, Jurgen MP, Franklin A, Agis DT, editors. *Health literacy the solid facts*. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013.
13. Wallace AS, Perkhounkova Y, Bohr NL, Chung SJ. Readiness for Hospital Discharge, Health Literacy, and Social Living Status. *Clinical Nursing Research*. 2016; 25(5):494-511.
14. Koponrat K, Danaidutsadeekul S., Wanitkul N., & Narkbunnum R. Predictors of Quality of Life among Osteoarthritis Patients after Knee Arthroplasty. *Journal of Nursing Science*. 2017; 35(3): 94-105. (in Thai)

15. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 60(6):631-637.
16. Sowattanagoon N, Kotchabhakdi N, Petrie KJ. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2009; 84(3): 245-251. (in Thai)
17. Wanitkul N, Pattaramongkolrit S, Vichathai C, Petchrung B, Kloyaium S, Batterham R, et al. Health literacy in Thai people. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai).
18. Graumlich JF, Novotny NL, Aldag JC. Brief scale measuring patient preparedness for hospital discharge to home: Psychometric properties. *Journal of Hospital Medicine* 2008; 3(6): 446-454.
19. Khorgami Z, Ewing KL, Mushtaq N, Chow GS, Howard CA. Predictors of discharge destination in patients with major traumatic injury: Analysis of Oklahoma Trauma Registry. *The American Journal of Surgery*. 2019;218(3): 496-500.
20. Shuzhen C, Yen Peng Neo A, Suxin Chen L, Yee Lin Seah E, Chi Ling L, Nay Linn A, et al. Understanding factors influencing the choice of discharge destination by older patients post total lower limb replacement: A qualitative study. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2016;25(1):43-49.
21. Kumdech P, Jitramontree N, Wirojratana V, Thosingha O. Predicting Factors on Functional Recovery Post Operative Hip Fracture in Older Persons. *J Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(2):143-51. (in Thai)
22. Weiss ME, Yakusheva O, Bobay KL, Costa L, Hughes RG, Nuccio S, et al. Effect of Implementing Discharge Readiness Assessment in Adult Medical-Surgical Units on 30-Day Return to Hospital: The READI Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2019;2(1):1-16.
23. Cosic F, Kimmel L, Edwards E. Health Literacy in Orthopaedic Trauma Patients. *Journal of orthopaedic trauma*. 2017;31(3):e90-95.
24. Lee BO, Chien CS, Hung CC, Chou PL. Effects of an in-hospital nursing intervention on changing illness perceptions in patients with injury. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(11):2540-2550.
25. Zeppieri KE, Butera KA, Iams D, Parvataneni HK, George SZ. The Role of Social Support and Psychological Distress in Predicting Discharge: A Pilot Study for Hip and Knee Arthroplasty Patients. *The Journal of Arthroplasty*. 2019; 34(11):2555-2560.
26. Bernatz JT, Tueting JL, Hetzel S, Anderson PA. What Are the 30-day Readmission Rates Across Orthopaedic Subspecialties? *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2016;474(3):838-847.
27. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(11): 2547-2557.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Recurrent Stroke Prevention Behaviors among Stroke Patients

ฐชสรณทิพย์ ศิริดิษฐกุล*¹ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ¹ อลิสา นิตธิธรรม¹ วีนัส วัฒนธำรงค์¹ เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์²

Thuchsarunthip Siraditthakul*¹ Nutthakritta Sirisophon¹ Alisa Nititham¹

Venus Wattanathamrong¹ Aimutcha Wattanaburanon²

¹คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์บางเขน, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10903

¹Faculty Education, Kasetsart University Bang Khen, Bangkok, Thailand 10903

²คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10300

²Faculty of Education, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และค่าสถิติที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร คือ ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson และ Chi-Square Test

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ภาวะเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The purpose of this survey research was to study factors Related to recurrent stroke prevention behaviors among stroke patients. The sample was 100 people. Questionnaire was used as a research instrument in this study. Data analysis was made to descriptive statistics Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and chi-square test.

Corresponding Author: *e-mail: thuchsarunthip.s@ku.th

วันที่รับ (received) 16 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ก.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ส.ค. 2563

The results showed that the bio-social factors concerning age was found significantly related to recurrent stroke prevention behaviors among stroke patients at the .05 level. Perceived susceptibility, perceived benefit, perceived barriers, cues to action and perceived self-efficacy were also revealed relating to recurrent stroke preventive behaviors among stroke patients significantly at the .05 level.

Keywords: Recurrent Stroke Prevention Behaviors, Cerebrovascular Disease or Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกในปี พ.ศ. 2561 องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ได้รายงานไว้ว่า สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จากรายงานดังกล่าวระบุว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน และมีผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 จากการเปรียบเทียบระหว่าง ปี พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2563 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ทั้งเพศชายและเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย, หญิง 31,044 ราย) จากการศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รายงานว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อสำคัญทั้ง 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดระหว่าง 5 โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดคิดเป็น 1.5 - 2 เท่า² จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และยังเป็นโรคที่เกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเกิดการกลับมาเป็นซ้ำถึงร้อยละ 30 - 43 ภายใน 5 ปี และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 ร้อยละ 56.2 หรือ

1.5 เท่าเมื่อเทียบกับครั้งแรก ส่วนการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในครั้งที่ 3 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 80 และผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง⁴ การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent Stroke) เป็นอาการผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นใหม่ตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเดิม และต้องได้รับการยืนยันด้วยผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ว่าเกิดความผิดปกติของสมองจริง⁵ ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความพิการที่รุนแรงมากขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรก⁶

สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการเป็นจำนวนมาก และพบว่าอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองภายใน 28 วัน (Re-admission) โดยไม่ได้วางแผนหรือมารับบริการก่อนวันนัดสูง ในปี พ.ศ. 2560 - 2561 พบการกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เท่ากับร้อยละ 3.87 และ 3.6 ตามลำดับ และพบการกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เท่ากับร้อยละ 0.5 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งทางโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้กำหนดเป้าหมายไว้ที่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5⁷ การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งส่งผลให้ระยะวันการนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นอีกด้วย⁸

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ การไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การดื้อต่อยาแอสไพริน การขาดยาและขาดการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อน

ไม่เพียงพอ การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงน้อย และภาวะเครียด ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิจึงเป็นสิ่งสำคัญ สามารถปฏิบัติได้โดยการลดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยาที่ใช้บ่อย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Antiplatelet) รวมถึงยาที่ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ยาลดความดันโลหิต และยาลดระดับไขมันในเลือด เป็นต้น⁹

จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง) และพบเพียงการศึกษาเดียวที่กล่าวถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิ โดยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁸ ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ โดยนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ต้องกลับไปดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราความพิการ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกัน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และการรับรู้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรับรู้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกัน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับแนวทางการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Secondary Prevention of Stroke) ของ American Heart Association / American Stroke Association (AHA/ASA 2014)¹⁰ มาใช้เป็นตัวอธิบายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดังกล่าว จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
6. โรคประจำตัว

- การรับรู้ภาวะเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้ความรุนแรงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้ประโยชน์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1) การรับประทานยา
- 2) การควบคุมระดับไขมันในเลือด
- 3) การควบคุมความดันโลหิต
- 4) การงดสูบบุหรี่
- 5) การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 6) กิจกรรมทางกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่าง (Population Sample) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งชนิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างวันที่ 3 มีนาคม ถึงวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563

ขนาดตัวอย่าง จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่ระหว่างวันที่ 3 มีนาคม ถึงวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2562 มีจำนวน 133 ราย ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane ที่ได้กำหนด ค่าความคาดเคลื่อนที่ .05 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 100 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria)

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก

อายุมากกว่า 20 ปีบริบูรณ์

มีระดับการรู้สึกร่างกายดี สื่อสารภาษาไทยได้ และมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเป็นปกติ

ระบบการไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพเป็นปกติ

ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยการลงนาม

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

มีอาการไม่คงที่ หรืออยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และความดันโลหิตสูงผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำหรือข้อความ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกัน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ จำนวน 50 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้แนวทางการป้องกันระดับทุติยภูมิผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Secondary Prevention of Stroke) ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมัน การงด

สูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจกรรมทางกาย¹⁰
จำนวน 32 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือด้านความตรง (Validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยได้ค่า Index of item objective congruence (IOC) ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.94

คุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างวันที่ 3 มีนาคม ถึง

วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และให้ลงนามในหนังสือยินยอม (Informed Consent Form) ทุกคน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในปัจจุบันและรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก เลขที่ Q001q/63 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Statistics Program) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การรับรู้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi - Square Test) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						χ^2	P – value
	สูง		ปานกลาง		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							4.49	.106
ชาย	13	13.0	27	27.0	21	21		
หญิง	16	16.0	13	13.0	10	10.0		
อายุ (ปี)							12.17	.016*
20 – 59	6	6.0	17	17.0	17	17.0		
60 – 79	12	12.0	20	20.0	10	10.0		
80 ปี ขึ้นไป	10	10.0	4	4.0	4	4.0		

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100) (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						χ^2	P – value
	สูง		ปานกลาง		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส							4.63	.327
โสด	10	10.0	9	9.0	4	4.0		
คู่	18	18.0	27	27.0	24	24.0		
ระดับการศึกษา							21.00	.102
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	8	8.0	7	7.0	7	7.0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	4.0	7	7.0	5	5		
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	1	1.0	10	10.0	8	8.0		
อนุปริญญา / ปวส.	5	5.0	9	9.0	6	6.0		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	8	8.0	3	3.0	4	4.0		
อาชีพ							10.81	.372
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/ 17		17.0	20	20.0	10	10.0		
พนักงานรัฐวิสาหกิจ								
เกษตรกร	0	0.0	3	3.0	2	2.0		
รับจ้าง	5	5.0	3	3.0	7	7.0		
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.0	2	2.0	2	2.0		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	5.0	11	11.0	9	9.0		
โรคประจำตัว							4.22	.121
ไม่มี	10	10.0	8	8.0	4	4.0		
มี	19	19.0	32	32.0	27	27.0		

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 100)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P - value
- การรับรู้ภาวะเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	.361*	.000
- การรับรู้ความรุนแรงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	.099	.328
- การรับรู้ประโยชน์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	.282*	.004
- การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	.273*	.006
- การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	.223*	.026
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	.517*	.000

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .361$, $r = .282$, $r = .273$, $r = .223$, และ $r = .517$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การอภิปรายผลการวิจัย

1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี ร้อยละ 42 อธิบายได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปตามวัย โดยผู้สูงอายุเป็นช่วงที่มีความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากแรงกดดันและความยุ่งยากในชีวิตเริ่มลดลง จึงมีเวลาพอที่จะดูแลตนเองในการป้องกัน สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน พบว่า

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน¹²

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 61 และเพศหญิง ร้อยละ 39 อธิบายได้ว่าทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีโอกาสที่จะได้รับความรู้ การรับรู้การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม การดูแลตนเองและแบบแผนการดำรงชีวิตที่เท่าเทียมกัน สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด¹³

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะสมรสคู่ ร้อยละ 69 อธิบายได้ว่าไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค¹³

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 22 รองลงมาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 21 อธิบายได้ว่า ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีช่อง

ทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ทางด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรค ทุกคนจึงมีโอกาสในการเรียนรู้ได้รับข้อมูล จากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง ระดับการศึกษาจึงไม่ส่งผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด สดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค หัวใจและหลอดเลือดของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรค¹³

อาซิฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการ กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษา ครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการ หรือข้าราชการบำนาญหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 47 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 25 อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะเป็นสาขาอาชีพใดก็สามารถเข้าถึงสถานบริการพยาบาล ได้ง่าย ตามสวัสดิการหลักประกันสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ละสาขาอาชีพสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่า อาชีพ แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน¹⁴

โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 78 อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอื่น อีกหลายด้าน เช่น ลักษณะของรอยโรค ประวัติบุคคลใน ครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือเทคนิคการรักษา รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจไม่ เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษา ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคเบาหวาน โรคหัวใจ สั้นพลั่ว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁶

2. การรับรู้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด สมอง กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ภาวะเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด สมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) = .361 การศึกษานี้ มีการรับรู้ภาวะเสี่ยง การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 39 ($\bar{X}$ = 24.38, S.D. = 3.41) อธิบายได้ว่า เมื่ออยู่ในภาวะความเจ็บป่วยหรือได้รับการวินิจฉัยโรคว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงเกิดการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อ การเกิดโรคซ้ำ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาเป็น ผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตามมา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรค หลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง¹¹

การรับรู้ประโยชน์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมี ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .282 การศึกษานี้ มีการรับรู้ ประโยชน์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46 ($\bar{X}$ = 29.98, S.D. = 3.54) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ มากกว่าการรับรู้อุปสรรคการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การที่บุคคลจะปฏิบัติตน ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ ต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้น เป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และการป้องกันไม่ให้เกิด โรคซ้ำได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากแพทย์ประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้นั้นมีประโยชน์ มีผลให้เกิดความร่วมมือใน การปฏิบัติตามมา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือด พบว่า การรับรู้ประโยชน์การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับ เป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านรับประทานยาของ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁹

การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) = .273 การศึกษานี้ มีการรับรู้อุปสรรคการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อย

คิดเป็นร้อยละ 39 ($\bar{X} = 25.53$, S.D. = 4.75) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย หากเห็นว่า อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีน้อยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลอุ้มถ้อง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹¹

การรับรู้สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .223 การศึกษานี้ มีการรับรู้สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 40 ($\bar{X} = 59.60$, S.D. = 12.32) อธิบายได้ว่า กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับปานกลาง การได้รับสนับสนุนทางสังคมจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็น โรคหลอดเลือดสมอง มีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผน การรักษา โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือ ความจำในการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนให้มี พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี และบุคลากรทางด้านสุขภาพ คอยให้ความช่วยเหลือและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์และถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ทำนายพฤติกรรมป้องกันในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพของ การป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค¹⁶

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ กลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ เชิงบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .517 การศึกษานี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 36 ($\bar{X} = 43.04$, S.D. = 3.69) อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองใน

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง มีผลให้กลุ่มตัวอย่างแสดงออกถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรค ที่ดีและเหมาะสมด้วยสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มีความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก พบว่า การรับรู้ ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก¹⁷

การรับรู้ความรุนแรงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด สมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับ เป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้มีการรับรู้ ความรุนแรงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองใน ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 45 ($\bar{X} = 13.34$, S.D. = 1.66) แต่พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองไม่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ความรุนแรงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ ที่มีต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ดี อาจเนื่องมาจากการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มี อาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติให้เห็นทันที หรือหากมีอาการ หรืออาการแสดงที่ผิดปกติก็แสดงอาการให้เห็นน้อย หรืออาจ ไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต รวมถึงอาการที่แสดงออกถึงการเจ็บป่วย อาจวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการเวียน ศีรษะ เป็นต้น และประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง ของโรค การตระหนักถึงความรุนแรงของโรคของบุคคล ผู้ดูแลใกล้ชิด ซึ่งอาจเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถ รับประทานยา และรักษาต่อเนื่องก็สามารถดำรงชีวิต หรือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาด ความตระหนักในการป้องกันตนเอง สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภออุ้มถ้อง พบว่า มีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีมาก แต่ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹¹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้การป้องกันการกลับ เป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา อยู่ในระดับน้อย ดังนั้น ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ

เช่น การจัดอบรมสัมมนา การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการวางแผนการสร้างการรับรู้การป้องกันโรค

2. จากการศึกษาครั้งนี้ มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับควรปรับปรุง ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิ จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ทั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยญาติ และผู้ดูแล ควรให้ความสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ควรมีการจัดตั้งหน่วยงาน เพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการจัดตั้งศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โดยติดตามอาการ แนะนำวิธีการปฏิบัติตนตามแนวทางที่ถูกต้อง และผู้ป่วยยังสามารถโทรมาสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง และควรมีการให้บริการแบบเชิงรุกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research): พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

References

1. World Stroke Organization. Up again after stroke. WSO; 2018.
2. Bureau of policy and strategy, office of the permanent secretary, ministry of public health. statistical Thailand 2013.

3. Runghana C., Renu S. and Chuleeporn H., Care for Stroke Patients with a Multidisciplinary Team. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2017; 18 (suppl): 49-55. (in Thai)
4. Slark, J. Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. British Journal of Neuroscience Nursing. 2010; 6(6), 282-286.
5. World Health Organization. The WHO STEP wise approach to stroke surveillance. Geneva: WHO; 2013.
6. National Stroke association. Recovery After Stroke: Recurrent Stroke. 2013.
7. PMK Stroke Center. Phramongkutklo Hospital.; 2018.
8. Wiriakijpaiboon. J. Factors associated with adherence to secondary stroke prevention in stroke survivors. 2014; Master student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)
9. Sangsongrit. N. Predictors of Medication Adherence in Ischemic Stroke Patients. 2013; Master student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai)
10. American stroke association. AHA/ASA Guideline: Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke or Transient Ischemic Attack. American Heart Association and American Stroke Association National Center. 2014.
11. Tijayoung. S. The Factors Influencing Preventive Behaviors Amongst Risk Group Stroke Patients. 2014; Master student of Nursing Science Program, Community Nurse Practitioner, Christian University of Thailand. (in Thai)

12. Niratchara J., Wanpen P. and Vishuda C. Relationships among Age, Perceived Benefits of Health Behaviors, Perceived Barriers of Health Behaviors and Health Behaviors in Patients with Ischemic Stroke. Rama Nurs Journal. 2014; 20(2): 236-248. (in Thai)
13. Kachakod. J. Atherosclerosis prevention behaviors among Kasikorn Bank employees in Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing. 2012; 19(1): 71-86. (in Thai)
14. Seetisan. P. Factors Associated with Self-Care Behaviors among Uncontrolled Hypertension Patients in Dokkhamtai Hospital, Dokkhamtai District, Phayao Province. Lanna Public Health Journal. 2013; 9(2): 120-136. (in Thai)
15. Siriyong. W. Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Kanchanadit Hospital. Region 11 Medical Journal. 2018; 32(1): 863-870. (in Thai)
16. Chaiwong N. and Bonkhonthod. P. Predicting Factors Preventive Behaviors for Coronary Heart Disease among Persons at Risk to Disease. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(2): 6-15. (in Thai)
17. Thimayom. P. The Effect of Self-Efficacy Program on Self-Care Behavior of Hemiparesis Patients. Journal of Behavioral Science for Development. 2012; 4(1): 63-72. (In Thai)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

Health Belief Model and The Risk of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension

บุพผา วิริยรัตนกุล*¹ จริยา ทรัพย์เรือง² พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน¹ ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์¹

Buppar Viriyaratnakul*¹ Jariya Supruang² Phornsawan Chuajedton¹ Natchayaporn Tangdomrongsin¹

¹ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 57100

¹ School of Nursing, Maefahluang University, Chaingrai, Thailand 57100

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

² Faculty of Nursing Huachiew Chalemprakiet University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ อายุ 40 ปี ที่ขึ้นที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะค่า จำนวน 180 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแะ จำนวน 170 คน อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 ทดสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าระหว่าง 0.85-0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson product moment ที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$

ผลการวิจัย พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = 0.633, p < .001$ และ $r = 0.654, p < .001$ ตามลำดับ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.503, p < .001$) สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.505, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมากกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.853, p < .001$) พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ การรับรู้สิ่งชักนำ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: buppar.vir@mfu.ac.th

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ประจำปีงบประมาณ 2564

Abstract

This study aimed to examine the association of health belief model with preventive behavior and risk of stroke among patients with uncontrolled hypertension. Sample is patients with uncontrolled hypertension aged 40 years and above at San Makha Tambon Health Promotion Hospital, number of 180 people, and Pa ngae Tambon Health Promotion Hospital, number of 170 people. Data were collected by using a questionnaire created by the researcher. Content validity of the questionnaire was verified by the 3 experts and the CVI was 0.89. Reliability was using Cronbach's alpha coefficient and the reliability was 0.85 – 0.88. Data analysis were frequency, percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation, and Pearson Product Moment ($p < .05$).

The results show that health belief model and the risk of stroke among patients with uncontrolled hypertension prevention behavior ($r = 0.633$, $p < .001$ และ $r = 0.654$, $p < .001$ respectively). Perceived disease severity was lowly positive correlated with the prevalence of stroke among patients with uncontrolled hypertension ($r = 0.503$, $p < .001$) and what conducive to practice has a very low positive relationship with stroke among patients with uncontrolled hypertension ($r = 0.505$, $p < .001$). Perceived barriers to behaviors for disease prevention were significantly negatively correlated with stroke among patients with uncontrolled hypertension prevention behaviors ($r = -0.853$, $p < .001$) Anyhow, Perceived induction was statistically significant associated with a low level of body mass index, waist circumference, total cholesterol, blood pressure ($p < .001$).

Keywords: Health Belief Model, stroke, Prevention behavior, The risk of stroke, uncontrolled hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วยโดยตรงมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความพิการให้หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ องค์การอนามัยโรค รายงานว่า พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง¹

สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจากโรคเบาหวาน และสาเหตุ

หลักของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ² นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยทั่วประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดย พ.ศ. 2559 พบ 451.39 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 506.20 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2561³ สอดคล้องกับรายงานของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2554-2556) พบว่า อัตราตายเฉลี่ยจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 38.1 ต่อประชากรแสนคนแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรงอยู่อย่างต่อเนื่อง⁴

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้⁵ คือ (1) อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 10 ปีของอายุเพิ่มขึ้น (2) เพศ เพศชายเสี่ยงต่อการเป็นโรค 15 เท่า ของเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเป็นปัจจัยสำคัญ แต่เมื่ออายุมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงเพศชาย และพบว่าเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (3) ชาติพันธุ์ คนผิวดำเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาวทั้งเพศชายและเพศหญิง (4) พันธุกรรม บุคคลที่มีบิดา

หรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้ และพบว่าปัจจัยด้านบิดามีความเสี่ยงเท่าของด้านมารดา ทั้งนี้ผู้ที่ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าบุคคลทั่วไป⁶

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้มีหลักฐานชัดเจนว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ จะทำให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดต่ำลง ได้แก่ (1) ความดันโลหิตสูงเป็นความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติ⁷ (2) การสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเพิ่มขึ้นสองเท่าในกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (3) โรคอ้วนโดยเฉพาะที่มีไขมันสะสมบริเวณลำตัว (Obesity and body fat distribution) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25 ถึง 29.9 ถือว่ามีน้ำหนักตัวเกิน และถ้ามีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน โดยความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.6 เท่าของคนปกติ (4) การไม่ออกกำลังกาย (Physical inactivity) กลุ่มประชากรที่ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มประชากรที่ออกกำลังกายเป็นประจำประมาณ 2.7 เท่า ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและ โปแตสเซียมต่ำร่วมกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง⁸

ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ด้วยการควบคุมระดับความดันโลหิตที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็มส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง⁹ ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁰

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเน้นที่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพนี้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานเค็ม รับประทานอาหารที่มีผักเป็นหลัก ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ควบคุมระดับไขมันในเลือด และมีการออกกำลังกาย¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การป้องกัน โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดนั้นสำคัญอย่างยิ่ง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง อย่างถูกต้อง กระทำอย่างสม่ำเสมอจึงจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้¹²

สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเกือบทั้งหมดมาจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเค็มและการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ¹³ มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้น ๆ แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความนึกคิดความเข้าใจจนเกิดเป็นความเชื่อ (Belief) ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเช่นนั้น ๆ ในครอบครัวหรือขยายสู่สังคมเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่มีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา¹⁵ โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคเมื่อบุคคลมีการรับรู้และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคที่สำคัญ ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนภาคเหนือ พบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างออกไปในแต่ละพื้นที่ ร่วมกับวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและขาดความตระหนักในการรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดโรคเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง¹⁶ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคของบุคคล คือ บุคคลนั้น ๆ รับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องมี

ประโยชน์ และรับรู้ว่าคุณไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นนั้นด้วยเหตุใด การรับรู้เหล่านี้เป็นแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีการกระทำ/การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคนั้น ๆ การรับรู้ดังกล่าวสามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง^{11,16} การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติของสังคมใดสังคมหนึ่ง นอกจากได้รับการส่งเสริมทบทวนแล้ว บริบทของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสังคมนั้น ๆ ยังเป็นตัวกำกับให้คนในสังคมมีการปฏิบัติตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ที่เชื่อมโยงถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคนั้น และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติดังนั้นก็จำเป็นต้องสร้างให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตำบลป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อมูลผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คือ การป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคกับประชาชนจึงให้ความสำคัญกับผลกระทบที่จะเกิดจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและระบบสุขภาพ^{15,16}

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การศึกษาครั้งนี้อยู่บนกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ^{14,16} (Health Belief Model : [HBM]) 24 ม.ค 2565 ซึ่งกล่าวว่า นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นตัวที่จะกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ แล้ว ปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการรับรู้ของบุคคลยังมีผลต่อการป้องกันโรคทำให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรม ในการป้องกันโรคได้ด้วย ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ^{13,16} จึงมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying factors) ซึ่งการประเมินแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้จะช่วยทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต ได้ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ กับพฤติกรรมป้องกันและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพศชายและเพศหญิงที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะค่า จำนวน 180 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฉะ จำนวน 170 คน อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติซึ่งทั้งหมดมีจำนวน 350 คน ผู้วิจัยจึงศึกษาทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสถานะทางสุขภาพ เป็นคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติของร่างกาย และสิทธิการรักษาพยาบาล รวม 10 ข้อ นอกจากนี้มีการสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีทั้งหมด 5 ด้าน เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด รวม 30 ข้อ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 ด้าน คือ 1. การรับประทานอาหาร และ 2. การออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติ เป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติ นานๆครั้ง และไม่เคย ปฏิบัติรวม 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากเครื่องมือแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. เครื่องมือแบบบันทึกการตรวจร่างกายที่แสดงค่าความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89 และนำไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 30 รายได้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตั้งแต่ 0.85-0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะค่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฉะ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ วัตถุประสงค์ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบอย่างละเอียด โดยให้ผู้ยินดียินดีเข้าร่วมวิจัยและเซ็นชื่อในหนังสือแสดงความยินยอม ตรวจร่างกายเพื่อหาความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับบันทึกผล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งประกอบด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson Product Moment ที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลและสถานะทางสุขภาพ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือร้อยละ 46.5 : 35.4 มีอายุ 40-49 ปีมากที่สุดร้อยละ 32.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 44.6 การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าร้อยละ 41.9 ทำงาน ร้อยละ 61.5 มีรายได้ของตนเอง เฉลี่ยต่อเดือน 18,500 บาท มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 35.9 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดคืออาการปวดศีรษะร้อยละ 32.5

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน (n = 350)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.38	0.61	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.68	0.55	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.28	0.72	ปานกลาง
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.45	0.61	ปานกลาง
เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	3.88	0.45	มาก
โดยภาพรวม	3.53	0.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 350)

พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับพฤติกรรม
ด้านการรับประทานอาหาร	3.18	0.37	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	3.09	0.67	ปานกลาง
โดยรวม	3.14	0.52	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหารระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 350)

การมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย BMI มากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร ²	200	57.1
เส้นรอบเอว - เพศชายเส้นรอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร	180	51.4
- เพศหญิงเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร	170	48.6
ความดันโลหิต ความดัน Systolic ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป	183	52.3
หรือความดัน Diastolic มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างใดอย่างหนึ่ง		
หรือทั้งสองอย่าง		
มีความเสี่ยง (ระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป)	180	51.5

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการคำนวณค่าดัชนีมวลกายร้อยละ 57.1 จากเกณฑ์ความยาวเส้นรอบเอวในเพศชาย ร้อยละ 51.4 เพศหญิงร้อยละ 48.6 จากเกณฑ์ ค่าความดันโลหิต ร้อยละ 52.3 ระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ร้อยละ 51.5 และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและโดยรวม (n = 350)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
	การรับประทานอาหาร		การออกกำลังกาย		โดยรวม	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.645	< 0.001	0.620	< 0.001	0.633	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.585	< 0.001	0.420	< 0.001	0.503	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	0.658	< 0.001	0.650	< 0.001	0.654	< 0.001
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	-0.866	< 0.001	-0.840	< 0.001	-0.853	< 0.001
เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	0.524	< 0.001	0.485	< 0.001	0.505	< 0.001

จากตารางที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมากกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางและระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง¹⁵ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี¹⁶ อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีความแตกต่างกัน โดยพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้เป็นภาคเหนือตอนบน ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นไปตามแนวคิดของ Becker and Maiman³ ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัติมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผลเสีย การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมาก (r = -0.866 p < .001) กับ

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบอยู่ 2 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย จากผลการศึกษาพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าการศึกษาสอดคล้องกับการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางจึงพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมาก ($r = -0.853, p < .001$) ผู้วิจัยจึงควรส่งเสริมและหาแนวทางให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของทหารประจำการที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าควรส่งเสริมสุขภาพและหาแนวทางในทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรวมด้วย¹⁴

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก./ม.2 ร้อยละ 57.1 ความยาวเส้นรอบเอวในเพศชายและเพศหญิงเกิน มาตรฐานร้อยละ 51.4 และร้อยละ 48.6 ตามลำดับ มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 52.3 และระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 51.5 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นไปทั้ง 4 อย่างซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกคือ มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเลือดสูงกว่ามาตรฐานตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคความดันโลหิตสูง ประเทศไทย กำหนดไว้ใน พ.ศ. 2563 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กัน

อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางก็ตาม เนื่องจากการควบคุมความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ช่วยสร้างแรงจูงใจ ให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าวและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำการวิจัย

1. ผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้วางแผนการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นกิจกรรมให้ความรู้ ให้การสนับสนุนเพื่อนบ้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะเรื่องอาการเตือน และด้านอาหาร เพื่อสามารถนำไปให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบของการสร้างเสริมสนับสนุนผู้ป่วยที่มีไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข
2. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

References

1. Sikaew C. Public health predict Thai people suffer with stroke almost 5 million in the next 8 years. *Thairath*. 14 Oct 2021;12. (in Thai)
2. Jaikhamwang N. Risk behaviors of diabetes and hypertension risk groups: A case study in Ban Pak Ka Yang sub-district health promoting hospital, Sukhothai province. *Journal of community development and quality of life*. 2018; 32(3): 51-66. (in Thai)
3. Becker, M. H., Maiman, L.A. sociobehavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. *Medical care*. 1975; 13: 10-24.
4. Yuerak K, Limchaiarunreung S, Singhchangchay P. Promoting Islamic exercise in housewives, Pattani province. *Journal of graduate school of Islamic university of Yala*. 2018; 5: 83-96. (in Thai)
5. Phaitrakoon J, Chulakarn N. Cultural Understanding of Health in Thai Elderly Muslims *Journal of Princess Naradhiwas University*. 2016; 8:142-152. (in Thai)
6. Hmadsa S. Effects of self-management program on glycemic control behaviors and a1c in Muslim women with stroke. Bangkok: Rangsit university; 2018. (in Thai)
7. Sahaphan A. Factors predicting diabetes prevention behaviors among those at risk For stroke. Bangkok: Mahidol university. 2017. (in Thai)
8. Jindawattanawong A, Peiysue N, Nintajan P. Relationship between perceived health beliefs and protective behaviors of Stroke in high school students. *Journal of ramathibodi nursing*. 2018;18: 58-69. (in Thai)
9. Joychoo N, Pinyopasakul W, Chareonkitkarn V. Relationships among Age, Perceived Benefits of Health Behaviors, Perceived Barriers of Health Behaviors and Health Behaviors in Patients with Ischemic Stroke. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2018;20:236-248. (in Thai)
10. Buapum P, Kulrattanawiroj P. Health promoting behaviors of patients with chronic illness in Chainat province. *Journal of Thaksin university*. Issup 2020; 14(3).199-205 (in Thai)
11. Tangthanapongsa A. Factors affecting health promoting behaviors of Stroke. Nakhon Pathom: Christian university. 2018. (in Thai)
12. Annesi J, Gorjala S. Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. *Biopsychosocial medicine*. 2018; 10: 12-28. (in Thai)
13. Khamtanod S, Kengkanpanich T, Tansakul S, Kengkanpanich M. Application of self-efficacy theory to behavior modification diet and physical activity of women with obesity Samkoh hospital, Ang-Thong province. *Journal of health education*. 2018; 36: 30-44. (in Thai)
14. Kessin J, Wiruchagool P, Lohnil A. Self-management knowledge, quality of life in new cases with, of Stroke patients self-management program in urban areas, Uthaitani province. *Journal of nursing prince of songkhla university*. 2018; 40: 84-103. (in Thai)
15. Intrarwichian S. Changing health behavior by participate to sustainable in the Stroke risk group, Kasetwisai district, Roi-et province. *Journal of disease prevention and control*. 2018; 19(2): 65-75. (in Thai)
16. Silangin P. Factors Related to Self-care Behaviors among Elderly of Phayao Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;17(3):54-62. (in Thai).

อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถภาพ การได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

Prevalence Rate and Factors Associated with Noise-induced Hearing Loss among Workers in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

พรรณี สุวรรณสิทธิ์¹ ฐิติมา วันทอง¹ วันเพ็ญ ทรงคำ*²

Pannee Suwannasit¹ Thitima wonthong¹ Wanpen Songkham*²

¹โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ชุมพร ประเทศไทย 86000

¹Chumphonkhetudomsakdi Hospital, Chumphon, Thailand, 86000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 52000

²Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, 50200

บทคัดย่อ

ภาวะประสาทหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในบุคลากรในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ทำงานสัมผัสกับเสียงดัง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่สัมผัสเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงานตั้งแต่ 85 เดซิเบล (เอ) ขึ้นไป จำนวน 55 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคลและการทำงาน เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน และเครื่องมือตรวจวัดระดับเสียง ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เท่ากับ ร้อยละ 30.9 โดยหน่วยงานที่พบการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินสูงสุด ได้แก่ งานห้องผ่าตัดและแผนกเภสัชกรรมในสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 100 รองลงมา ได้แก่ แผนกซักฟอก (ร้อยละ 55.6) และ งานสนามตดหญ้า (ร้อยละ 50) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ อายุ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดัง, เจ้าหน้าที่กลุ่มเสียง, โรงพยาบาล

Abstract

Hearing loss is a major health problem in hospital personnel, especially those who exposed to noise at work. This study aimed to examine prevalence rate and factors associated with noise-induced hearing loss among at risk workers in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. The study samples included 55 workers who exposed to noise exceed than 85 dB(A). Data collection was performed during June to July 2020. The research instruments were composed of personal and work questionnaire, audiometer, and sound level meter. The study results revealed that the prevalence rate of hearing loss among the samples was 30.9%. The highest hearing loss found in plaster and pharmacy units (100%) followed by laundry unit (55.6%) and lawn mowing (50%), respectively. Age and year of working in the unit had a statistically significant associated with hearing capacity (p -value < .05).

Keywords: noise-induced hearing loss, at risk worker, hospital

บทนำ

การสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสกับเสียงดัง (noise-induced hearing loss) เป็นปัญหาด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญในกลุ่มคนทำงาน โดยพบว่าการสัมผัสเสียงดังในที่ทำงานเป็นสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินในคนทำงานประมาณร้อยละ 7-21 และมักพบอุบัติการณ์สูงในประเทศกำลังพัฒนา¹ โดยความผิดปกติของการได้ยินที่เกิดขึ้นจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นกับระดับความดังของเสียง ระยะเวลาที่สัมผัสเสียง ลักษณะของเสียง ความถี่เสียง² และลักษณะเฉพาะของบุคคล อาทิเช่น อายุ การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง^{3,4} การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ และมักส่งผลกระทบต่อคนทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน สมาชิกในครอบครัว สังคม ทำให้คนทำงานมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ทั้งยังเป็นการสร้างภาระด้านค่าใช้จ่ายต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติ⁵

ความชุกของการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานของพนักงานในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสียงสัมผัสเสียงดังพบได้ค่อนข้างสูง ดังตัวอย่างจากการศึกษาผลการตรวจการได้ยินของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. บอน. ที่พบว่ามียกระดับเสียงในการทำงานอยู่ในช่วง 80 dBA และพบความชุกของการสูญเสียการได้ยินในคนทำงานถึงร้อยละ 21.26 เช่นเดียวกับการศึกษาความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลตะกั่วป่าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่สัมผัสเสียงดังมากกว่า 85 เดซิเบล (เอ) พบความชุกของภาวะประสาทหู

เสื่อมจากเสียงร้อยละ 57.14 โดยคิดเป็นประสาทหูเริ่มเสื่อมจากเสียงดัง ร้อยละ 83.33 และประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง ร้อยละ 16.677 สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลปากช่องนานา พบเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงเริ่มมีการสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 27.3 และพบว่าผู้สูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 11.74

ข้อมูลจากรายงานการวิจัยระบุว่าในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีหลายหน่วยงานที่เสี่ยงต่อภาวะประสาทหูเสื่อมหรือสูญเสียการได้ยินจากเสียง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องสัมผัสกับเครื่องจักร เครื่องมือที่มีเสียงดัง เช่น เครื่องซักและอบแห้งในแผนกซักฟอก เครื่องตัดเหล็กและเสียงเครื่องกำเนิดไฟฟ้าในแผนกช่างโยธา เครื่องกรอฟันในแผนกทันตกรรม^{6,8} สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงานในเบื้องต้น พบว่ามีหลายหน่วยงานในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่มีระดับเสียงในหน่วยงานขณะปฏิบัติงานดังเกิน 85 เดซิเบล (เอ) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนทำงานที่สัมผัสเสียงดังในระดับนี้เกิดการสูญเสียการได้ยิน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย⁹ จึงสนใจศึกษาอัตราความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของบุคลากรซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ผลการศึกษาที่ได้ คาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็น

ข้อมูลในการวางแผนให้การส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง
เกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

คำถามการวิจัย

1. อัตราความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ความรู้เรื่องอันตรายจากเสียง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ หน่วยงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการทำงานที่สัมผัสเสียงดังของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดด้านอาชีวอนามัย กล่าวคือ การสัมผัสเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน โดยเฉพาะเสียงดังเกิน 85 เดซิเบล (เอ) อาจทำให้คนทำงานมีสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติหรือเกิดการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงได้ สามารถประเมินความผิดปกติของสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้เครื่องตรวจการได้ยิน (audiometer) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทั้งยังมีความไวและประสิทธิภาพสูง ผลการประเมินจะบ่งบอกว่ามีสมรรถภาพการได้ยินปกติและสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติอย่างไรก็ตาม สมรรถภาพการได้ยินที่ผิดปกติอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการโดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคคลและการทำงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เพื่อหาอัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่สัมผัสเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงานตั้งแต่ 85 dBA ขึ้นไป ได้แก่ แผนกจ่ายกลาง แผนกซักฟอก งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ งานห้องเฝือก แผนกทันตกรรม งานสนามตัดหญ้า และแผนกเภสัชกรรม จำนวนทั้งหมด 55 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซีและมอร์แกน¹⁰ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 โดยต้องได้ขนาดกลุ่มอย่างจำนวนอย่างน้อย 48 คน ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ และ 3) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 55 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคลและการทำงาน เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามข้อมูลเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. บন.6 โดยปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ความรู้เรื่องอันตรายจากเสียง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ส่วนปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ หน่วยงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการทำงานที่สัมผัสเสียงดัง
2. เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (audiometer) ยี่ห้อ MAICO MA 41 ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานขององค์กรระหว่างประเทศที่ดำเนินการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ประเทศเดนมาร์ก (International Electrotechnical Commission, IEC) IEC 60645-1 type 2

ตรวจโดยการปล่อยสัญญาณเสียงบริสุทธิ์ (pure tone) และตรวจเฉพาะการนำเสียงผ่านอากาศ (air conduction) ที่ความถี่ 500 1,000 2,000 3,000 4,000 6,000 และ 8,000 เฮิรตซ์ (Hz) ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวทางการตรวจและแปลผลสมรรถภาพการได้ยินของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 โดยนำค่าระดับการได้ยินที่วัดได้มาพิจารณาระดับสมรรถภาพการได้ยินของหูแบ่งเกณฑ์การแปลผลสมรรถภาพการได้ยินเป็น 2 กลุ่ม คือสมรรถภาพการได้ยินปกติ (ระดับการได้ยินทุกความถี่ของหูข้างใดข้างหนึ่งมีค่า ≤ 25 เดซิเบล) และสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติ (ระดับการได้ยินที่ความถี่ใดความถี่หนึ่งของหูทั้งสองข้างมีค่า > 25 เดซิเบล)¹¹

3. เครื่องมือตรวจวัดระดับเสียง (Sound level meter) ยี่ห้อ EXTECH 407730 ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานขององค์กรระหว่างประเทศที่ดำเนินการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ประเทศเดนมาร์ก (International Electrotechnical Commission, IEC) IEC 651 Type 2 สามารถวัดระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงานได้ตั้งแต่ 40-140 เดซิเบล มีหน่วยวัด คือ เดซิเบลเอ (dBA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังโครงร่างการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 31/2563) ณ วันที่ 12 พฤษภาคม 2563 รวมทั้งการได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานทั้งสิ้น ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการตรวจวัดระดับเสียงดังในสิ่งแวดล้อมการทำงานโดยใช้เครื่องวัดเสียง (Sound meter level) ณ สถานที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนกลุ่มตัวอย่างได้รับความกระจ่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จะต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้านบุคคลและการทำงานของกลุ่มตัวอย่างและแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการตรวจสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (Audiometer) และบันทึกผลการตรวจ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลด้านบุคคลและข้อมูลการทำงาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ
2. ข้อมูลการสัมผัสเสียงดังและการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยนำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งสิ้น 55 คน ได้ผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	30.9
หญิง	38	69.1
อายุ (ปี)		
< 35	19	34.5
35-44	15	27.3
≥ 45	21	38.2
พิสัย = 24-60, $\bar{X}$ (S.D.) = 41.3 (11.2)		
การสูบบุหรี่		
สูบ	4	7.3
ไม่สูบ	51	92.7
โรคประจำตัว		
มี	13	23.6
ไม่มี	42	76.4
ความรู้เรื่องอันตรายจากเสียง		
รู้	45	81.8
ไม่รู้	10	18.2
การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง		
ใช้	9	16.4
ไม่ใช้	46	83.6

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.1) อายุเฉลี่ย 41.3 ปี (S.D. = 11.2, พิสัย 24-60 ปี)

ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 92.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.4) มีความรู้เรื่องอันตรายจากเสียง (ร้อยละ 81.8) และไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงขณะทำงาน (ร้อยละ 83.6)

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

ปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงาน		
แผนกจ่ายกลาง	7	12.7
แผนกซักฟอก	9	16.4
งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์	10	18.2
งานห้องเฝือก	1	1.8
แผนกทันตกรรม	25	45.5
งานสนามตดหญ้า	2	3.6
แผนกเภสัชกรรม	1	1.8
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)		
< 10	26	47.3
≥ 10	29	52.7
เฉลี่ย = 1-45, $\bar{X}$ (S.D.) = 14.2 (11.0)		
ระยะเวลาการทำงานที่สัมผัสเสียงดัง (ชม./วัน)		
< 2	7	12.7
2-3	26	47.3
4-5	19	34.6
6-7	2	3.6
≥ 8	1	1.8

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในแผนกทันตกรรม (ร้อยละ 45.5) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ทำปัจจุบันเฉลี่ย 14.2 ปี (S.D. = 11.0, พิสัย 1-45 ปี) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.3) สัมผัสเสียงดัง 2-3 ชั่วโมงต่อวัน

ตารางที่ 3 ระดับเสียงดังในสิ่งแวดล้อมการทำงาน จำแนกตามหน่วยงาน (n = 7)

หน่วยงาน	ระดับเสียง dB (A)
แผนกจ่ายกลาง	87.5
แผนกซักฟอก	85.8
งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์	116.0
งานห้องเฝือก	90.0
แผนกทันตกรรม	86.4
งานสนามตดหญ้า	89.0
แผนกเภสัชกรรม	85.8

ตารางที่ 3 แสดงระดับเสียงดังในสิ่งแวดล้อมการทำงาน จำแนกตามหน่วยงาน พบว่า งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรม
ทางการแพทย์มีระดับเสียงดังสูงสุด วัดได้ 116 เดซิเบล (เอ) รองลงมาได้แก่ งานห้องฝึก วัดได้ 90 เดซิเบล (เอ) และงานสนาม
ตัดหญ้า วัดได้ 89 เดซิเบล (เอ) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

สมรรถภาพการได้ยิน	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	38	69.1
ผิดปกติ	17	30.9

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องตรวจการได้ยิน พบอัตราความชุกของ
การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ร้อยละ 30.9

ตารางที่ 5 อัตราความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	จำนวน	ร้อยละ
แผนกจ่ายกลาง (n = 7)	2	28.6
แผนกซักฟอก (n = 9)	5	55.6
งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ (n = 10)	3	30.0
งานห้องฝึก (n = 1)	1	100.0
แผนกทันตกรรม (n = 25)	4	16.7
งานสนามตัดหญ้า (n = 2)	1	50.0
แผนกเภสัชกรรม (n = 1)	1	100.0

ตารางที่ 5 แสดงอัตราความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน พบว่า
งานห้องฝึกและแผนกเภสัชกรรมมีอัตราการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินสูงสุดในสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 100 รองลงมา
ได้แก่ แผนกซักฟอก (ร้อยละ 55.6) และ งานสนามตัดหญ้า (ร้อยละ 50.0) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

ปัจจัย	สมรรถภาพการได้ยิน		p-value
	ปกติ จำนวน (%)	ผิดปกติ จำนวน (%)	
เพศ			.080
ชาย	9 (52.9)	8 (47.1)	
หญิง	29 (76.3)	9 (23.7)	
อายุ (ปี)			.004*
< 35	17 (89.5)	2 (10.5)	
35-44	12 (80.0)	3 (20.0)	
≥ 45	9 (42.9)	12 (57.1)	

ปัจจัย	สมรรถภาพการได้ยิน		p-value
	ปกติ จำนวน (%)	ผิดปกติ จำนวน (%)	
สูบบุหรี่			.637
สูบ	3 (75.0)	1 (25.0)	
ไม่สูบ	35 (68.6)	16 (31.4)	
โรคประจำตัว			.154
มี	7 (53.8)	6 (46.2)	
ไม่มี	31 (73.8)	11 (26.2)	
ความรู้เรื่องอันตรายจากเสียง			.632
รู้	31 (68.9)	14 (31.1)	
ไม่รู้	7 (70.0)	3 (30.0)	
การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง			.278
ใช้	5 (55.5)	4 (45.5)	
ไม่ใช้	33 (71.7)	13 (28.3)	
หน่วยงาน			.144
แผนกจ่ายกลาง	5 (71.4)	2 (28.6)	
แผนกซักฟอก	4 (44.5)	5 (55.5)	
งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์	7 (70.0)	3 (30.0)	
งานห้องฝึก	0 (0.0)	1(100.0)	
แผนกทันตกรรม	21 (84.0)	4 (16.0)	
งานสนามตัดหญ้า	1 (50.0)	1 (50.0)	
แผนกเภสัชกรรม	0 (0.0)	1 (100.0)	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)			.018*
< 10	22 (84.6)	4 (15.4)	
≥ 10	16 (55.2)	13 (44.8)	
ระยะเวลาการทำงานที่สัมผัสเสียงดัง (ชม./วัน)			.154
< 4	16 (80.0)	4 (20.0)	
≥ 4	22 (62.9)	13 (37.1)	

*p-value < .05

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและการทำงานกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีเพียงอายุและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (all p-value < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

อัตราความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงที่ทำงานในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีเสียงดังเกิน 85 เดซิเบล (เอ) ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เท่ากับ ร้อยละ 30.9 เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของการสูญเสียการได้ยินในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลปากช่องนานา⁴ และเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. บนอ.⁶ พบว่าความชุกของการศึกษาครั้งนี้สูงกว่า

การศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบเพียงร้อยละ 11.7 และ 21.2 ตามลำดับ แม้ว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการรวบรวมข้อมูลของทั้งสามการศึกษาจะมีความคล้ายคลึงกัน ศึกษาเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงใน 7 หน่วยงานเหมือนกัน แต่พบว่าระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงานของทั้งสามโรงพยาบาลมีระดับที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบระดับเสียงอยู่ในช่วง 85.6-116.0 เดซิเบล (เอ) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ ใดๆ ก็ตาม เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับความชุกของการสูญเสียการได้ยินที่ศึกษาเฉพาะในเจ้าหน้าที่แผนกจ่ายผ้ากลางโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ระดับความดังของเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงานมากกว่า 95 เดซิเบล (เอ) พบว่ามีความชุกของการสูญเสียการได้ยินต่ำกว่าการศึกษาดังกล่าว^๖ สะท้อนให้เห็นว่าระดับเสียงดังในสิ่งแวดล้อมการทำงานเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในคนทำงาน โดยพบว่าการสัมผัสเสียงดังที่สูงกว่า 85 เดซิเบล (เอ) จะมีผลทำให้เซลล์ขน (hair cell) ซึ่งเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่รับเสียงในหูชั้นในถูกทำลาย¹² และหากมีการสัมผัสเสียงดังต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เซลล์ขนจะถูกทำลายและไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติได้ ส่งผลให้สมรรถภาพการได้ยินลดลงหรือเกิดการสูญเสียการได้ยินขึ้น¹³

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลตะกั่วป่า⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลปากช่องนานา ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคนทำงานที่มีอายุมากกว่า 45 ปี⁴ มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ถึง 19.5 เท่า เมื่อพิจารณาจากอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่าอยู่ที่ 41.3 ปี และมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเกิน 45 ปีขึ้นไป อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นของคนทำงานอาจมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดภาวะประสาทหูเสื่อมในคนสูงอายุอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม อาจพบภาวะการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินทั้งจากเสียงดังและความเสื่อมของวัยในคนทำงานกลุ่มเสียง ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค¹² นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทำงานกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลปากช่องนานา ที่พบว่าคนทำงานที่ทำงานนาน

มากกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่ทำงานน้อยกว่า 10 ถึง 10.6 เท่า⁴ อธิบายได้ว่าการทำงานในที่ที่มีเสียงดังต่อเนื่องเป็นเวลานานมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินที่สูงขึ้น¹³

จากผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินกับ เพศ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ความรู้เรื่องอันตรายจากเสียง การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง รวมทั้งชั่วโมงการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในหนึ่งวัน แม้จะพบว่าในกลุ่มที่มีการสัมผัสเสียงดังในสิ่งแวดล้อมการทำงานในระดับสูง เช่น งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ งานห้องผ่าตัดมีความชุกของการสูญเสียการได้ยินมากกว่างานอื่นๆ แต่ก็ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดแข็งของการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ การใช้เครื่องมือตรวจการได้ยิน (audiometer) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถนำมาคัดกรองการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในคนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามข้อเสนอแนะของหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ การที่ไม่ได้มีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างว่ามีการสูญเสียการได้ยินมาก่อนหรือไม่ รวมทั้งไม่มีข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) สมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่อาจแน่ใจได้ว่าที่กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติเกิดจากเสียงดังเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความผิดปกติของการได้ยินแต่กำเนิด ความผิดปกติของการได้ยินก่อนทำงานสัมผัสเสียงดัง หรืออายุ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน ซึ่งเป็นการวัดในเชิงพื้นที่ไม่ได้ทำการตรวจวัดการสัมผัสเสียงดังของคนทำงานแบบบุคคล และการใช้เครื่องมือตรวจวัดเสียงแบบ sound level meter ทำให้ไม่สามารถยืนยันระดับความดังของเสียงที่คนทำงานสัมผัสได้จริงตลอดระยะเวลา 8 ชั่วโมงการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงของโรงพยาบาลที่สัมผัสเสียงดังในการทำงาน เพื่อป้องกันและลดผลกระทบที่จะเกิดกับการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มดังกล่าวได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการคัดกรองการได้ยินในกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาหรือควรมีข้อมูลพื้นฐานสมรรถภาพการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งข้อมูลความผิดปกติของการได้ยินแต่กำเนิด ความผิดปกติของการได้ยินก่อนทำงานสัมผัสเสียงดัง เพื่อคัดออกตัวแปรบกพร่องดังกล่าว

2.2 ควรใช้เครื่องมือวัดระดับเสียงติดที่ตัวบุคคลแบบ noise dosimeter เพื่อจะได้สะท้อนการสัมผัสเสียงดังของพนักงานแต่ละบุคคลได้อย่างชัดเจน

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถภาพการได้ยินในคนทำงานกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสเสียงดังเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินได้ตรงประเด็นมากขึ้น

References

1. Lie A, Skogstad M, Johannessen HA, Tynes T, Mehlum IS, Nordby KC, Engdahl B, Tambs K. Occupational noise exposure and hearing: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(3):351-72.
2. Jirapongsuwan A. Work environment and health risks: principles and applications in occupational health nursing. Bangkok: Danex Inter Corporation Co.,Ltd; 2018;97-8. (in Thai)
3. Mc Reynolds MC. Noise-induced hearing loss. *Air Med J*. 2005;24:73-8.
4. Chaempattanakit P. The prevalence rate and risk factors of noise induced hearing loss among occupational noise exposure workers in Pakchong na na Hospital. *Region 11 Medical Journal*. 2018;32:981-92. (in Thai)
5. National Research Council (US) Committee on Disability Determination for Individuals with Hearing Impairments. *Hearing Loss: Determining Eligibility for Social Security Benefits*. Dobie RA, Van Hemel S, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. PMID: 25032316.
6. Worawonnotai C. Hearing level and occupational noise exposure among workers in Bhumibol Adulyadej Hospital, RTAF. Tak: Bhumibol Adulyadej Hospital; 2008. (in Thai)
7. Bunlong N, Damaudom S, Lohakul K, Petluan R. The prevalence rate and determinant associated with noise induced hearing loss among occupational noise exposure workers. *Region 11 Medical Journal*. 2013;27:327-36. (in Thai)
8. Akkaratham K. Hearing loss among central supply employees in Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province. *Lanna Public Health Journal*. 2008;4(3):386-91. (in Thai)
9. Kerdklinhom J, Oumtane A. Roles of an occupational health nurse. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(3):137-46. (in Thai)
10. Krejcie RW, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30:607-10.
11. Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Guideline for screening and interpretation of audiometry. Nonthaburi: Bureau of Occupational and Environmental Diseases; 2020. (in Thai)
12. Rajguru R. Noise-induced hearing loss: Recent advances in pharmacological management. *Indian J Otol*. 2012;18:174-8.
13. Sataloff RT & Sataloff J. Occupational hearing loss (3rd ed.). New York: Taylor & Francis Group; 2006.

ผลของโปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิดต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง และความจำใช้งานในครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

Impact of Cognitive Training Program on Executive Functions and Working Memory in Teachers in Eastern Economic Corridor

จุฑามาศ แหนจอห์น*

Juthamas Haenjohn*

หน่วยวิจัยและพัฒนาสมอง จิตใจและการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131

Brain, Mind and Learning Research and Development Unit, Faculty of Education,

Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน กลุ่มตัวอย่างเป็นครูในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก จำนวน 60 คน สุ่มแบบจับคู่คั่น เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) มาตรฐานวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับผู้ใหญ่-ฉบับภาษาไทย 2) การทดสอบการเรียงลำดับตัวเลข และตัวอักษร และ 3) โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดของการยอมรับและพันธะสัญญา โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส การฝึกสติแบบเพ่งความสนใจจดจ่อและการฝึกหัดการรู้คิด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที แบบมาราธอน จำนวน 2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคลิปวิดีโอความรู้วิธีการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน ความยาว 12 นาที ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานก่อนทดลองและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ค่าที่

ผลการวิจัย พบว่า ครูกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการรู้คิดมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่าครูกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิด หน้าที่บริหารจัดการของสมอง ความจำใช้งาน ครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี)

Abstract

This research aims to develop and examine the effectiveness of cognitive training on executive functions (EFs) and working memory among teachers in in Eastern Economic Corridor (EEC). The sample consisted of 60 teachers in EEC. They were randomly assigned by using the matched paired into two groups: an experimental and a control group. Each group consisted of 30 teachers. The research instruments were 1) Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version: Thai version (BRIEF-A: Thai version) , 2) Letter

Corresponding Author: E-mail: juthamas@go.buu.ac.th

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2563

วันที่รับ (received) 12 ธ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 ม.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ก.พ. 2565

Number Sequencing test (LNS), and 3) cognitive training programs for enhancing EFs and working memory (EFWM-TE), which was designed by the researcher based on integrated acceptance and commitment therapy (ACT), neuro-linguistic programming (NLP), focused attention meditation (FAM), and cognitive training. The experimental group received the EFWM-TE 8 sessions (90-minute session) by training in a marathon for 2 days. Meanwhile, the control group received short 12-minute documentary video on how to strengthen the executive functions of the brain and working memory, which was developed by the researcher. The samples were assessed on EFs of the brain and working memory both before and after the experiments. The collected data were analyzed by means and t-score.

The research results were found that EEC teachers received EFWM-TE cognitive training showed better performance on EFs and working memory tasks when compared to performance tasks before training and also compared to control group ($p < 0.05$).

Keywords: Cognitive Training Program, Executive functions (EFs), Working memory, Teacher, Eastern Economic Corridor (EEC)

บทนำ การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โลก ทั้งการดำเนินชีวิตในศตวรรษที่ 21 ส่งผลให้การพัฒนาประเทศ มุ่งเน้นการพัฒนากำลังพลให้เข้าสู่ยุคอุตสาหกรรม 4.0 ที่เปลี่ยนเศรษฐกิจแบบเดิมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม โดยมีโครงการต่าง ๆ ที่ขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญ เช่น โครงการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) หรืออีอีซี ประชากรของประเทศ โดยเฉพาะในเขตอีอีซีต้องมีศักยภาพในการคิด การวิเคราะห์

การสังเคราะห์ การแก้ปัญหา การให้เหตุผล และการตัดสินใจ รวมทั้งการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่อยู่บนพื้นฐานของคุณธรรมและจริยธรรม กระบวนการเหล่านี้เป็นผลมาจากการทำงานขั้นสูงของสมองที่เชื่อมโยงระหว่างการคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ที่เรียกว่า หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive functions: EFs) ซึ่งเป็นผลของการทำหน้าที่ของสมองพรีฟรอนทัล คอर्टเท็กซ์ (Prefrontal context: PFC) เป็นสำคัญ ส่งผลให้เกิดสมรรถนะด้านความจำใช้งาน (Working memory) หมายถึง กระบวนการการเก็บรักษา ความจำและนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การควบคุมยับยั้ง (Inhibitory control) หมายถึง การสังเกต ควบคุมและยับยั้งตนเองให้มีความสนใจจดจ่อต่อสิ่งที่สนใจ เพิกเฉยต่อสิ่งรบกวน ควบคุมอารมณ์ มีวินัย และอดทนรอคอย และการยืดหยุ่นทางการรู้คิด (Cognitive flexibility) หมายถึง การสลับสับเปลี่ยน การปรับความคิดและพฤติกรรมให้สามารถคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์¹ หน้าที่บริหารจัดการของสมองจึง

เป็นกระบวนการรู้คิดที่มีความสำคัญในการทำหน้าที่สั่งการ พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ เพื่อดำเนินการงาน ทั้งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการประสบความสำเร็จในการทำงาน² และมีประโยชน์ให้บุคคลเปลี่ยนแปลง และเลือกการตอบสนองที่ดี และเหมาะสม พัฒนาการของหน้าที่บริหารจัดการของสมองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในวัยเด็ก วัยรุ่น พัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและหลังจากนั้นจะเริ่มเสื่อมถอยลง

การพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองเป็นการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมอง เช่น การเก็บรักษา ความจำ การเลือกสนใจจดจ่อ การควบคุมตนเอง การยืดหยุ่นทางการรู้คิด และการให้เหตุผล ฯลฯ เพื่อแก้ไขความบกพร่อง การเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การสร้างทางเลือกและทิศทางการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพและสุขภาพ รวมทั้งการลดหรือชะลอความเสื่อมของกระบวนการรู้คิดในวัยสูงอายุ² ซึ่งสามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การฝึกหัดการรู้คิด (Cognitive training) เกี่ยวกับความจำใช้งาน การควบคุมยับยั้ง และการยืดหยุ่นทางการรู้คิด นอกจากนี้พบว่าบุคคลที่มีความจำใช้งานดี มักมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองดี³ ส่วนบุคคลที่มีความจำใช้งานไม่ดี ส่งผลให้หน้าที่บริหารจัดการของสมองไม่ดีตามไปด้วย⁴ ดังนั้นการเพิ่มสมรรถนะของความจำใช้งานจึงเพิ่มหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ส่งผลให้

การดำเนินชีวิตประจำวันมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁵ วิธีการเพิ่มประสิทธิภาพของความจำใช้งานทำได้โดยการฝึกหัด (Training) เพื่อเพิ่มจำนวนจุดเชื่อมต่อสัญญาณ (Synapses)

ผ่านการเรียนรู้หรือการมีประสบการณ์ใหม่ การออกกำลังกาย การฝึกสติ (Mindfulness) เพื่อช่วยให้สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) เก็บรักษาความจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งโปรแกรมทางจิตวิทยา (Interventions) ที่สร้างขึ้นจาก ทฤษฎีจิตวิทยาสมัยใหม่ เช่น ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and commitment Therapy: ACT) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการเพิ่มหน้าที่บริหารจัดการของสมอง⁶

ความสนใจจดจ่อขณะการฝึกอยู่กับปัจจุบันตาม เวลาที่กำหนดในเด็กประถมศึกษา อายุ 6 - 12 ปี⁷ เพิ่มการยับยั้ง ตนเอง การสร้างแรงจูงใจในตนเอง การกำกับอารมณ์ตนเอง และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและอารมณ์⁸ รวมทั้ง เพิ่มสมรรถนะด้านจิตวิทยาประสาทวิทยาศาสตร์ (Neuropsychological: NP) เพิ่มการรับรู้ความสามารถ ของตนเองและลดความหุนหันพลันแล่น⁹ ACT intervention มักใช้การฝึกสติแบบเพ่งความสนใจจดจ่อ (Focused attention meditation: FAM) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับ สติ สมรรถนะความแข็งแรง กระบวนการรู้คิด และหน้าที่บริหาร จัดการของสมองทั้งทางพฤติกรรมและคลื่นไฟฟ้าสมอง ชนิด ERP¹⁰ ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความจำใช้งาน¹¹ ลดความเครียดและเพิ่มความผาสุก¹² นอกจากนี้การฝึกสติ ผ่านโยคะและโปรแกรม MBCT (Mindfulness based cognitive therapy) ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงาน และ เพิ่มความผาสุก กระบวนการรู้คิดและการนอนหลับ¹³ รวมทั้ง เพิ่มความจำใช้งาน¹⁴ และทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-linguistic programming: NLP) ซึ่งมีประสิทธิภาพใน การเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เช่น การควบคุม ยับยั้ง¹⁵ และความสนใจจดจ่อ¹⁶ รวมทั้งช่วยลดความเครียด เจริงวิชาชีพของพยาบาล¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมที่บูรณาการหลักการทางจิตวิทยาและสมองที่มี ประสิทธิภาพในการเพิ่มหน้าที่บริหารจัดการของสมอง มีตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย¹⁸ เด็กวัยรุ่น¹⁹ นักเรียนมัธยมศึกษา²⁰ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย²¹ และนิสิตปริญญาตรี²² แต่ยังไม่พบในวัยผู้ใหญ่โดยเฉพาะในครูเขตพัฒนาพิเศษ ภาคตะวันออก ซึ่งเป็นบุคลากรต้นน้ำที่สำคัญในการพัฒนา ผู้เรียนให้เป็นพลเมือง 4.0 ที่มีคุณภาพ ครูจึงจำเป็นต้องมีหน้าที่ การทำงานของสมองที่ดี ขณะที่ในสภาวะปัจจุบันครูต้อง เผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ บริหารจัดการของสมอง ได้แก่ การอดนอน ความเครียด

ภาระงานที่ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน และอยู่ใน ช่วงวัยที่เริ่มมีความเสื่อมของสมองจากความจำใช้งานลดลง ปัจจุบันพบได้เร็วขึ้น ตั้งแต่อายุ 40 ปี จึงจำเป็นอย่างยิ่งใน

การพัฒนาโปรแกรมฝึกหัดการรู้คิดเพื่อเพิ่ม สมรรถนะของหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน รวมทั้งเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ (Alzheimer) ในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²³ พบว่า

การอบรมเพื่อเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของ สมองสำหรับครู ช่วยลดความเครียดของครู และช่วยให้ครู จัดการชั้นเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อ การฝึกทักษะความพร้อมในการเรียนรู้สำหรับเด็กและ ส่งเสริมสุขภาพของครู

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของ โปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหาร จัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษ ภาคตะวันออกร่วมกับการบูรณาการแนวคิดของการยอมรับ และพันธะสัญญา (ACT) การฝึกสติแบบเพ่งความสนใจจดจ่อ (FAM) และโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP) ที่เหมาะสม กับบริบทของครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ซึ่ง เป็น การต่อยอดงานวิจัยจากโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งาน ด้วยการฝึกสติในนิสิตปริญญาตรี ซึ่งมีประสิทธิผลใน การเสริมสร้างความจำใช้งาน เพิ่มระดับสติและการเปลี่ยนแปลง ของคลื่นไฟฟ้าสมอง²² โดยในการวิจัยครั้งนี้ทดสอบประสิทธิผล ของโปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิดฯ ใ้มาตรวัดพฤติกรรม การบริหารจัดการของสมองสำหรับผู้ใหญ่ (BRIEF-Adult)²⁴ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตการแปลเป็นฉบับภาษาไทยอย่างถูกต้อง สำหรับใช้ในประเทศไทยในการวัดหน้าที่บริหารจัดการของ สมอง และวัดความจำใช้งานด้วยการทดสอบ

การเรียงลำดับตัวเลข และตัวอักษร (Letter number sequencing: LNS) ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ ในการเพิ่มสมรรถนะการทำหน้าที่บริหารจัดการของสมอง และความจำใช้งานของครูให้มีประสิทธิภาพ ที่อาจส่งผลให้ครู ดำเนินชีวิตด้วยความผาสุกและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับ ผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ซึ่งอาจเอื้ออำนวยในการพัฒนา พลเมืองไทย 4.0 ที่มีคุณภาพและมีคุณธรรมในอนาคตได้ รวมทั้งเป็นแนวทางให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา บุคลากรทางการแพทย์ นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล

และหัวหน้าหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถนำโปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิดนี้ไปพัฒนาสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมอง และความจำใช้งานในวัยผู้ใหญ่ หรือวัยทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

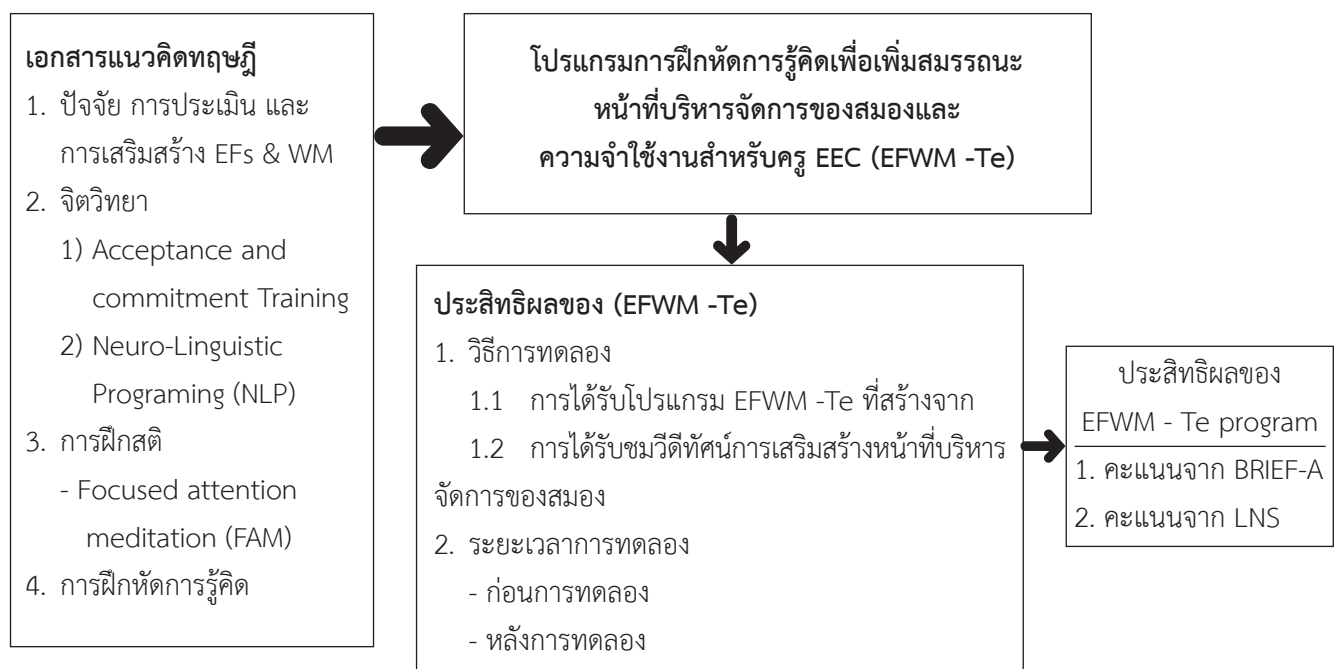
1. โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานในครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก มีลักษณะเป็นอย่างไร

2. โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานในครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก มีประสิทธิผลหรือไม่ และอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานในครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก กลุ่มเป้าหมายเป็นครูในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก โดยเลือกโรงเรียน (Purposive sampling) ในจังหวัดชลบุรี และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 ที่ขนาด Effect size f เท่ากับ 0.6, Power of test เท่ากับ 0.743 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 60 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการจับคู่คะแนน (Math paired) ได้ 30 คู่ ผู้วิจัยจับฉลากเพื่อสุ่มจำแนกกลุ่ม

(Random assignment) เป็นกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 และทำการสุ่มกลุ่มทดลองแบบสุ่ม (Random treatment) โดยการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ Pretest-posttest control group design การทดสอบแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ก่อนทดลองและหลังทดลอง วัดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EFs) และความจำใช้งาน (WM) เพื่อเป็นคะแนนก่อนทดลอง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกหัดการรู้คิดเพื่อเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก จำนวน 8 ครั้ง ๆ 90 นาที แบบมาราธอน จำนวน 2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ

ชมคลิปความรู้วิธีการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน ความยาว 12 นาที ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น²⁴ ผู้วิจัยวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมหลังจากสิ้นสุดการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามหลักจริยธรรมการวิจัย ตามเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส HU008/2563 วันที่ 17 เดือนมีนาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับครูในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EFWM-Te) เป็นวิธีการฝึกอบรมทางจิตวิทยาเพื่อพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EFs) และความจำใช้งาน (Working memory) ที่เป็นทักษะพื้นฐานของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการ 1) ทัศนียภาพยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and commitment therapy: ACT) 2) การฝึกสติแบบเพ่งความสนใจจดจ่อ (Focused attention meditation: FAM) และ 3) โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-linguistic programming: NLP) รวมทั้งการประยุกต์ความรู้และทักษะการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานในการทำงานและชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับบริบทของครู และสอดคล้องกับผลการวิจัยระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน โปรแกรม EFWM-Te ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกอบรม จำนวน 8 ครั้ง ๆ 90 นาที แบบมาราธอน จำนวน 2 วัน โดยโปรแกรมฯ ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน และด้านจิตวิทยาการศึกษา รวมจำนวน 3 ท่าน พบว่า เป็นไปตามหลักการแนวคิดทฤษฎี กิจกรรม มีความเหมาะสมทั้งระยะเวลาในการจัดกิจกรรมและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. มาตรฐานวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง Behavior Rating Inventory of Executive Function—Adult Version (BRIEF-A)²⁴ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตการแปลเป็นภาษาไทย จากบริษัท Psychological Assessment

Resources, Inc. (PAR) ประเทศสหรัฐอเมริกา BRIEF-A เป็นแบบรายงานพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ที่เหมาะสำหรับผู้ใหญ่ อายุ 18-90 ปี มีข้อคำถามจำนวน 75 ข้อ คำตอบ มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และบ่อยครั้ง โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาที BRIEF-A มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ดัชนีการกำกับพฤติกรรม (Behavioral Regulation Index: BRI) และดัชนีเมตาคognition (Metacognition Index: MI) โดยดัชนีการกำกับพฤติกรรม (BRI) มี 4 ด้าน ได้แก่ การยั้งคิด (Inhibit) การสลับเปลี่ยน (Shift) การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) และการติดตามสังเกตตนเอง (Self-Monitor) ส่วนดัชนีเมตาคognition (MI) มี 5 ด้าน ได้แก่ การริเริ่มและลงมือทำ (Initiate) ความจำใช้งาน (Working Memory) การวางแผน/ จัดระบบ (Plan/Organize) การจัดการอุปกรณ์ (Organization of Materials) และการติดตามงาน (Task Monitor) ผลรวมของ BRI และ MI เรียกว่า ผลรวมของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Global Executive Composite: GEC)²⁴ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของการศึกษาในครั้งนี้ เท่ากับ 0.964 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า องค์ประกอบย่อยทั้ง 9 ด้าน มีค่าระหว่าง 0.717 (การติดตามงาน) ถึง 0.839 (การควบคุมอารมณ์)

3. การทดสอบการเรียงลำดับตัวเลข และตัวอักษร (Letter number sequencing: LNS) เป็นมาตรวัดความจำใช้งานจากแบบวัดเชาว์ปัญญาของเวสเลอร์ (Wechsler Intelligence Scale-IV, WAIS-IV, 2008) เป็นการทดสอบที่ผู้รับการทดสอบต้องพูดทวนซ้ำตัวเลข และตัวอักษรโดยเรียงลำดับของตัวเลขจากน้อยไปมาก และเรียงลำดับของตัวอักษรจาก A ไป Z หลังจากที่ถูกทดสอบพูดชุดของตัวเลขและตัวอักษร ซึ่งมีตั้งแต่ 3 ชุด ถึง 10 ชุด เช่น 8-E-2-Q-B-6-J-1 จากตัวอย่างนี้ผู้รับการทดสอบต้องพูดตอบโดยการเรียงลำดับเป็น 1, 2, 6, 8, B, E, J, Q¹

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะของหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก พบว่า โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EFWM-TE) เป็นวิธีการฝึกอบรมทางจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้าง

หน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการ 1) ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ในการสร้างคุณค่าและพันธะสัญญาในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง

2) การฝึกสติแบบเพ่งความสนใจจดจ่อ (FAM) ในการเลือกสนใจจดจ่อ เพิ่มการตระหนักรู้ และมีสติอยู่กับปัจจุบัน 3) โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP) ในการค้นหาระบบตัวแทน (Representational systems) และสร้างสัญญาณพลัง (Anchoring) การคิดอย่างยืดหยุ่น ร่วมกับการฝึกทักษะการเลือกความสนใจจดจ่อ การบริหารความสนใจจดจ่อ การฟังเสียงความคิด (Mind's ear) และการสร้างภาพในใจ (Inner eyes) รวมทั้งการประยุกต์ความรู้และทักษะการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานในการทำงานและชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับบริบทของครู รวมทั้งสอดคล้องกับผลการวิจัยระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานของครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก โปรแกรม EFWM-TE ประกอบด้วยกิจกรรมฝึกอบรมแบบมาราธอน จำนวน 8 ครั้ง (Sessions)

ครั้งละ 90 นาที วันละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 2 วัน ประกอบด้วย ครั้งที่ 1) สร้างสัมพันธภาพและรู้จักอีเอฟ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัย และระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัย การชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลา สถานที่ และข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม รวมทั้งเรียนรู้ เข้าใจความหมายและเห็นความสำคัญของอีเอฟ รวมทั้งวิธีการดูแลสมอง และวิธีการเสริมสร้างอีเอฟ ครั้งที่ 2) พันธะสัญญาพัฒนาอีเอฟ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเรียนรู้และเข้าใจความหมายและความสำคัญของสติแบบ FAM โดยการเลือกสนใจจดจ่อต่อวัตถุ การหายใจ ประสาทสัมผัสหรือการเคลื่อนไหว ของร่างกาย ฯลฯ ตระหนักรู้ต่อความจำเป็นในการพัฒนาอีเอฟ เรียนรู้ เข้าใจความหมายและเห็นความสำคัญของพันธะสัญญาในการพัฒนาอีเอฟ การค้นหาค่านิยมรวมทั้งกิจกรรมการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และวิธีปฏิบัติอย่างเป็นลำดับ ขั้นตอนที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ครั้งที่ 3) บริหารความสนใจจดจ่อเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกสติแบบ FAM ด้วยการนับนิ้วมือตามลมหายใจเข้าออกและการได้ยินเสียงนับตัวเลขของตนเองทุกครั้งในใจ เรียนรู้ เข้าใจความหมาย ความสำคัญและฝึกทักษะการบริหารความสนใจ

จดจ่อ โดยการควบคุม ยับยั้งและสลับความสนใจจดจ่อ รวมทั้งการฝึกหัดการรู้คิดเพื่อบริหารความสนใจจดจ่อ ครั้งที่ 4) ฟังเสียงความคิด กิจกรรมครั้งนี้สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกสติแบบ FAM ด้วยการเดินพร้อมกับนับจำนวนก้าวทุกครั้งในใจ เรียนรู้ เข้าใจความหมาย เห็นความสำคัญและฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับช่องทางเสียง รวมทั้งการฝึกหัดการรู้คิดเพื่อฟังเสียงความคิด การใช้ท่วงท่า การทบทวนด้วยเสียง ครั้งที่ 5) มองด้วยใจ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกสติแบบ FAM ด้วยการเดินพร้อมกับนับจำนวนก้าวทุกครั้งในใจ การเรียนรู้ เข้าใจความหมาย และเห็นความสำคัญของการจินตภาพด้วยภาพ การฝึกทักษะเก็บรักษาข้อมูลจากการมองเห็นภาพความสัมพันธ์ของการเคลื่อนที่ของวัตถุหรือบุคคลในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รวมทั้งการฝึกหัดการรู้คิดเพื่อการมองด้วยใจ ครั้งที่ 6) ยับยั้ง ชังใจ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกสติแบบ FAM ผ่านการนับนิ้วมือตามลมหายใจเข้าออก และการได้ยินเสียงนับตัวเลขของตนเองทุกครั้งในใจ การเรียนรู้ เข้าใจความหมาย ความสำคัญและฝึกทักษะการติดตามสังเกต การตระหนักรู้ต่อการอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ การควบคุมร่างกาย การยั้งคิด การต้านทานต่อสิ่งล่อใจ การมีวินัย และการอดทนรอคอย ครั้งที่ 7) แก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกสติแบบ FAM เรียนรู้ เข้าใจความหมายและความสำคัญและการฝึกหัดการรู้คิดเพื่อเพิ่มทักษะการเปลี่ยนแปลงมุมมองทั้งด้านมิติสัมพันธ์ และมุมมองส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด การคิดนอกกรอบ การจัดลำดับความสำคัญ และการสลับชุดความคิด ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนจัดระบบของตนเอง ครั้งที่ 8) ใช้งานได้จริง เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกสติแบบ FAM เรียนรู้และเข้าใจการบูรณาการทักษะการเสริมสร้างอีเอฟผ่านความจำใช้งาน การควบคุมยับยั้งและการยืดหยุ่นทางการรู้คิด ทั้ง 7 ครั้ง เพื่อปรับปรุงการตั้งหมายและแผนปฏิบัติการในการสร้างพันธะสัญญาเพื่อพัฒนาอีเอฟในครั้งที่ 2 ให้สอดคล้องกับค่านิยมและความเป็นจริง รวมทั้งการเตรียมพร้อมต่อการเผชิญปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนาอีเอฟ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถนำทักษะการเสริมสร้างอีเอฟไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและการทำงานได้จริงและยั่งยืน

2. การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง พบว่า

2.1 ครูกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องของผลรวมหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (GEC) น้อยกว่าครู

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.80^*$, $p = 0.039$)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ครูกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องของดัชนีเมต้าคอกนิชัน (MI, $t = 2.52^*$, $p = 0.008$) การริเริ่มและลงมือทำ (Initiate, $t = 2.13^*$, $p = 0.019$) และความจำใช้งาน (Working memory, $t = 2.28^*$, $p = 0.013$) น้อยกว่าครูกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ ครูกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความจุของความจำใช้งาน (LNS span; $t = -1.77^*$, $p = 0.041$) และผลรวมของความจำใช้งาน (LNS score; $t = -2.05^*$, $p = 0.023$) หลังทดลองสูงกว่าครูกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ครูกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องของผลรวมหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (GEC) หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.958^*$, $p < .05$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ครูกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องของดัชนีการกำกับพฤติกรรม (BRI; $t = 3.043^*$, $p = 0.003$) การยั้งคิด (Inhibit; $t = 2.550^*$, $p = 0.008$) การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) $t = 2.120^*$, $p = 0.022$) การสับเปลี่ยน (Shift, $t = 2.290^*$, $p = 0.015$) การติดตามสังเกตตนเอง (Self-monitor; $t = 2.382^*$, $p = 0.012$) ดัชนีเมต้าคอกนิชัน (MI; $t = 4.007^*$, $p = 0.000$) การริเริ่มและลงมือทำ ($t = 2.476^*$, $p = 0.010$) ความจำใช้งาน ($t = 2.000^*$, $p = 0.028$) การวางแผนจัดระบบ (Plan/ Organization; $t = 2.284^*$, $p = 0.015$) และการจัดการกับอุปกรณ์ (Organization of material; $t = 1.880^*$, $p = 0.035$) หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ครูกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความจุของความจำใช้งาน ($t = -2.523^*$, $p = 0.009$) และผลรวมของความจำใช้งาน ($t = -2.435^*$, $p = 0.011$) หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนครูกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องของผลรวมหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (GEC) สูงกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความจุของความจำใช้งานรวมทั้งผลรวมของความจำใช้งานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะของหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะของหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EFWM-TE) กำหนดขั้นตอนการฝึกอบรม 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นดำเนินการและขั้นสรุป²⁵ ครอบคลุมการสร้างสัมพันธภาพ การเตรียมความพร้อม การผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ครูมีความพร้อมในการเตรียมเปิดรับต่อทุกประสบการณ์การเรียนรู้ สอดคล้องกับโปรแกรมการฝึกอบรมและการศึกษาทางจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน

โปรแกรม EFWM-TE สร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทางจิตวิทยา การยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) การฝึกสมาธิแบบเพ่งความสนใจจดจ่อ (FAM) โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP) ร่วมกับการฝึกหัดการรู้คิดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เพิ่มความจำใช้งาน เพิ่มการยืดหยุ่นทางการรู้คิดและเพิ่มความสนใจจดจ่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการพัฒนาความจำใช้งานในสตรี²²

2. ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะของหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน พบว่า มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานในครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก อภิปรายผลดังนี้

2.1 กลุ่มทดลองมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานหลังทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีดัชนีการกำกับพฤติกรรม ดัชนีเมต้าคอกนิชัน การสับเปลี่ยน การริเริ่มและลงมือทำ และความจำใช้งานดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้ โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกสร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทางจิตวิทยา การยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) การฝึกสมาธิแบบเพ่งความสนใจจดจ่อ (FAM) โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP) ร่วมกับการฝึกหัดการรู้คิดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดความบกพร่องของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เพิ่มความจำใช้งาน เพิ่มการยืดหยุ่นทางการรู้คิดและเพิ่ม

ความสนใจจดจ่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ACT มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง^{26,20,27} เพิ่มการยืดหยุ่นทางการรู้คิด²⁸ เพิ่มความจำใช้งาน²² เพิ่มความสนใจจดจ่อ^{6,7} และเพิ่มการยั้งคิด⁸ การฝึกสติแบบ FAM มีประสิทธิภาพในการเพิ่มหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้ดีมาก² ช่วยเพิ่มความจำใช้งาน^{22,21,14,29,30} นอกจากนี้ NLP บ่งชี้ว่า สามารถเพิ่มการควบคุมยับยั้ง¹⁵ และเพิ่มความสนใจจดจ่อ¹⁶

2.2 ครูกลุ่มทดลองมีหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ พบว่าครูกลุ่มทดลองมีดัชนีการกำกับพฤติกรรม การยั้งคิด การควบคุมอารมณ์ การสับเปลี่ยน การติดตามสังเกตตนเอง ดัชนีเมต้าคอกนิชัน การริเริ่มและลงมือทำ ความจำใช้งาน การวางแผนจัดระบบ และการจัดการกับอุปสรรคหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรม EFWM-Te ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการบูรณาการผลการวิจัยภาคสนามและต่อยอดจากงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับหลักการทฤษฎีเชิงประจักษ์ อีกทั้งโปรแกรม EFWM-Te ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและประสาทวิทยาศาสตร์จึงประสิทธิผลในการเพิ่มหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน โปรแกรม EFWM-Te ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกทักษะที่หลากหลาย อาทิ การสร้างคุณค่าและพันธะสัญญาในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง การค้นหาค่านิยมรวมทั้งกิจกรรมการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และวิธีปฏิบัติอย่างเป็นลำดับขั้นตอนที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามแนวคิดของการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ซึ่งสอดคล้องการสังเคราะห์โปรแกรม (Interventions) 179 เรื่องจากทั่วโลก พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คือ โปรแกรมต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่เอื้ออำนวยการสร้างคุณลักษณะที่มีความหมายและแรงบันดาลใจที่ให้ความมุ่งมั่น และความทุ่มเทต่อพันธะสัญญา นอกจากนี้ผู้ที่ทำหน้าที่ฝึกอบรมต้องสามารถสื่อสารความศรัทธาหรือความมุ่งมั่นไปยังผู้รับการฝึก และสนับสนุนให้ผู้รับการฝึกเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง² นอกจากนี้ ACT เน้นการอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งในโปรแกรม EFWM-Te นำหลักการฝึกสติแบบเพ่งความสนใจจดจ่อ เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้

ต่อสถานะการรู้คิดและสภาวะภายในของตนเอง อยู่กับปัจจุบัน การเลือกความสนใจจดจ่อการควบคุม ยับยั้งและสลับความสนใจจดจ่อ ลดการคิดวอกแวกจึงทำให้เกิดความผ่อนคลาย^{31,32,30} และลดความวิตกกังวล³³ อีกทั้ง ยังทำให้เกิดความผ่อนคลายจากการมีค่าพาวเวอร์ของคลื่นอัลฟา และเธต้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ACT ยังมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล^{34,35,36} เพิ่มสมรรถนะของความจำใช้งาน^{10,13} ความสนใจจดจ่อ⁷ และหน้าที่บริหารจัดการของสมอง^{6,8} ACT มุ่งเน้นการเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา ส่งผลให้มีความเครียดลดลง เพิ่มความผาสุก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{12,14,37}

นอกจากนี้ โปรแกรม EFWM -Te ประกอบด้วยกิจกรรมการค้นหาระบบตัวแทนให้ตรงกับความต้องการคิด และการสัญญาณพลัง การคิดยืดหยุ่นเพื่อเพิ่มทักษะการเปลี่ยนแปลงมุมมองส่วนบุคคลในการเปลี่ยนแปลงวิถีการคิด

การคิดนอกกรอบ การจัดลำดับความสำคัญ และการสลับชุดความคิด ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนจัดระบบของตนเองที่สอดคล้องตรงกับปัญหาและความต้องการของตนเอง นอกจากนี้การฝึกหัดการรู้คิดเป็นกิจกรรมการฝึกความจำใช้งาน การฟังเสียงความคิด การยับยั้งการรู้คิด การควบคุมตนเอง การต้านทานต่อสิ่งล่อใจ การควบคุมอารมณ์ การมีวินัย การอดทนรอคอย และการยืดหยุ่นทางการรู้คิดบนพื้นฐานของการศึกษาวิจัยที่ดีและบ่งชี้ว่ามีประสิทธิภาพในการเพิ่มความจำใช้งานของนิสิตปริญญาตรี³³ และนักเรียนชั้นมัธยมปลายได้²⁵ อีกทั้งกิจกรรมในโปรแกรม EFWM -Te ยังดำเนินการในลักษณะกลุ่มย่อย ที่สนับสนุนให้ครูได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดและสร้างปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น รวมทั้งสร้างความผ่อนคลาย นอกจากนี้กิจกรรมยังมีความหลากหลายที่ให้ครูสามารถเลือกนำไปการประยุกต์ในการเสริมสร้างหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งาน และในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของครู สอดคล้องกับการวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าโปรแกรมฯ ที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างหน้าที่ของสมองและความจำใช้งาน ต้องมีความสุข และสนับสนุนการมีส่วนร่วม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น²

สรุปได้ว่า โปรแกรมการฝึกการรู้คิดเพื่อเพิ่มสมรรถนะหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับครูเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EFWM-Te) มีประสิทธิผลในการเพิ่มหน้าที่บริหารจัดการของสมอง และความจำใช้งาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรดำเนินการฝึกทักษะเพื่อเพิ่มหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความจำใช้งานตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ

2. ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้นี้ไปใช้ ควรฝึกหัดให้มีความชำนาญในการใช้ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส การฝึกสติแบบเพ่งความสนใจ จดจ่อ และการฝึกหัดการรู้คิด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนามาตรวัดหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับคนไทย

2. ควรเพิ่มวิธีประเมินความจำใช้งานให้ครอบคลุมทั้งความจำใช้งานด้านภาษา ความจำใช้งานด้านภาษาเสียง และความจำใช้งานด้านภาษามิติสัมพันธ์

3. ควรนำโปรแกรม EFWM-Te ไปศึกษาในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย

4. ควรนำโปรแกรม EFWM-Te ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอาชีพอื่น ๆ เช่น อาจารย์มหาวิทยาลัย ครูอาชีวศึกษา พยาบาล ตำรวจ เป็นต้น

5. ควรมีการวัดผลการทดลองในระยะติดตามผลเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

6. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับรูปแบบของการจัดการฝึกอบรมในรูปแบบของการออนไลน์เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคระบาดโคโรนาไวรัส 2019 หรือโรคโควิด – 19 (Covid-19)

References

1. Haenjohn, J. Cognitive psychology (3th ed). Bangkok, Grandpoint, 2021. (In Thai)
2. Diamond, A., & Ling, D. S. Review of the evidence on, and fundamental questions about, efforts to improve executive functions, including working memory. In J. M. Novick, M. F. Bunting, M. R. Dougherty, & R. W. Engle (Eds.), Cognitive and working memory training: Perspectives from psychology, neuroscience, and human development, 2020: 143–431, Oxford University Press.
3. Baddeley, A. D. Working memory: theories, models, and controversies. *Annu Rev Psychol*, 2012; 63: 1-29.
4. Becker, L., & Rohleder, N. Time course of the physiological stress response to an acute stressor and its associations with the primacy and recency effect of the serial position curve. *Plos one*, 2019; 14(5): 1-15.
5. Minear, M., & Shah, P. Sources of working memory deficits in children and possibilities for remediation. In S. Pickering (Ed.), *Working memory and education* (274-307). Oxford, UK: Elsevier Press, 2006.
6. Svanberg, G., Munck, I., & Levander, M. Acceptance and commitment therapy for clients institutionalized for severe substance-use disorder: a pilot study. *Substance abuse and rehabilitation*, 2017; 8: 45–51. <https://doi.org/10.2147/SAR.S132255>.
7. Enoch, M. & Dixon, M. The Use of a Child-Based Acceptance and Commitment Therapy Curriculum to Increase Attention. *Child & Family Behavior Therapy*, 2017; 39: 1-25.
8. Abbasi, M., Khazan, K., Pirani, Z., & Ghasemi Jobaneh, R. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 2016; 8(4): 203-8.
9. Baghani, Z. N., & Akbari, H. Investigating the effect of ACT training on self-efficacy and impulse control of addicts. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, Jan-Mar, 2020;10(S1): 77-88.
10. Nien, J. & Wu, C., Yang, K., Cho, Y., Chu, C., Chang, Y. & Zhou, C. Mindfulness Training Enhances Endurance Performance and Executive Functions in Athletes: An Event-Related Potential Study. *Neural Plasticity*, 2020: 1-12.

11. Haenjohn, J.A development of mindfulness based working memory training program of undergraduate students. Burapha University, Chonburi, 2019. (in Thai).
12. Song, X., Zheng, M., Zhao, H., Yang, T., Ge, X., Li, H. & Lou, T. Effects of a Four-Day Mindfulness Intervention on Teachers' Stress and Affect: A Pilot Study in Eastern China. *Frontiers in Psychology*, 2020: 11, 1-9.
13. Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Örjan Sundin, O. & Werner, S. Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2018;18: 80-92.
14. Quach, D., Mano, K. E. J., & Alexander, K. A Randomized controlled trial examining the effect of mindfulness meditation on working memory capacity in adolescents. *Adolescent Health*, 2015: 1-8.
15. Choti P, Haenjohn, J., & Supwirapakorn, W. The Effects of Neuro-Linguistic Programming on Inhibitory Controls to Lose Weight in Overweight Policemen, *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021; 22(2): 337-45. (In Thai)
16. Panyencheun, W., Haenjohn, J. & Sirithadakunlaphat, S. Development of program to promote attention based on Neuro-Linguistic Programming in primary school students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(3): 305-312. (in Thai)
17. HemmatiMaslakpak, M., Farhadi, M. & Fereidoni, J. The effect of neuro-linguistic programming on occupational stress in critical care nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016; 21(1): 38-44.
18. Netrnilweerachot, D., Haenjohn, J. & Sirithadakunlaphat, S. The Effects of Storytelling based on the Royal Guidance of King Rama IX Program on Executive Functions of the Brain in Early Childhood. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*. 2016; 24(2): 62-79. (In Thai)
19. Pahirun, P., Haenjohn, J. & Sirithadakunlaphat, S. The Effects of Brain Mind and Learning Training Program on Executive Functions of the Brain of Primary School Students. *Ratchaphruek Journal*. 2018; 16(3): 74-80. (In Thai)
20. Haenjohn, J., Sirithadakunlaphat, S., & Supwirapakorn, W. Development of training on promoting executive functions of the brain in adolescent, *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(2): 220-229. (In Thai)
21. Anumat, P. Haenjohn, J., & Supwirapakorn, W. The Effects of Working Memory Training Program on Senior High School Students. *Ratchaphruek Journal*. 2018; 24(2): 143-152. (In Thai)
22. Haenjohn, J. A development of mindfulness based working memory training program of undergraduate students. Burapha University, Chonburi, 2019. (in Thai).
23. Friedman-Krauss, A. H., Raver, C. C., Neuspiel, J. M., & Kinsel, J. Child behavior problems, teacher executive functions, and teacher stress in head start classrooms. *Early Education and Development*, 2014; 25(5): 681-702.
24. Roth, R.M., Isquith, P.K. and Gioia, G.A. BRIEF—A: Behavior Rating Inventory of Executive Function— Adult Version. *Psychological Assessment Resources*, Lutz, FL, 2006.
25. Corey, G. Theory and practice of group counseling (8th ed). Belmont, CA: Thomson Brooks/ Cole, 2012.

26. Kumlerd, S., Haenjohn, J., & Sirithadakunlaphat Development of Problem Solving Training Program Based on Acceptance and Commitment Therapy in Adolescents and Young Adults with Amphetamine Addiction. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(1): 181-187. (in Thai).
27. Haenjohn, J. A development of executive functions of the brain of adolescent by integrative learning modules. *Journal of Faculty of Education, Burapha University*, 2017; 28(2): 130-44. (In Thai).
28. Nusonthara C, Haenjohn J, Sirithadakunlaphat S. A Development of Cognitive Flexibility Program Based on Acceptance and Commitment Therapy in Primary School Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(2): 278-85. (in Thai)
29. Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 2010; 10(1): 54.
30. Brandmeyer, T. & Delorme, A. Reduced mind wandering in experienced meditators and associated EEG correlates. *Experimental brain research*. 2018; 236(9): 1-11.
31. Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M.W., Smits, M., & Hunink, M.G. 8-week Mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice - A systematic review. *Brain Cognition*, 2016; 108: 32-41.
32. Tanaka, G.K., Maslahati, T., Gongora, M., Bittencourt, J., Lopez, L.C.S., Demarzo, M.M.P, et al. Effortless attention as a biomarker for experienced mindfulness practitioners. *PLoS ONE*, 2015; 10(10): e0138561. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138561>.
33. Dadashi, M., Birashk, B., Taremian, F., Asgarnejad, A. A., & Momtazi, S. Effects of increase in amplitude of occipital Alpha & Theta brain waves on global functioning level of patients with GAD. *Basic and clinical neuroscience*, 2015; 6(1): 14-20.
34. Sianturi, R., Keliat, B., & Wardani, I. Y. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermería Clínica*, 2018;28(1): 94-97.
35. Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S. & Frostholt, L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 2017; 92: 24-31.
36. Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 2007; 31(6): 772-799.
37. Mirzaeidoostan, Z., Zargar, Y., & Zandi Payam, A. (2019). The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety in women with HIV in Abadan City, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25 (1), 1-14.

การพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

A Scale Development of Safety Outcome Instruments for Operating Rooms in General Hospitals under the Ministry of Public Health

ทัศนีย์ สุนทร* เนตรชนก ศรีทุมมา เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

Thatsanee Sunthorn* Netchanok Sritoomma Phechnoy Singchungchai

มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม, ประเทศไทย, 73000

Christian University, Nakhon Pathom, Thailand, 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวคิดของโดนาเบเดียน มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือตามกรอบการสร้างเครื่องมือวัดของเดเวลลิส ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำนวน 326 คน จำนวน 21 แห่ง ใช้สถิติการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ (EFA)

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย 29 ข้อคำถาม ดังนี้ 1) ด้านการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม 2) ด้านผลลัพธ์ที่ต้องการ ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม และ 3) ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) อยู่ระหว่าง 0.55-0.83 ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (KMO = 0.96, df = 406, $\chi^2 = 8577.305$ และ $p < .001$) มีความแปรปรวนในแต่ละองค์ประกอบดังนี้ 27.05%, 24.77% และ 16.28% ตามลำดับและมีค่าความแปรปรวนรวมเท่ากับ 68.10% ดังนั้นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดควรนำเครื่องมือวัดนี้ไปใช้เป็นแนวทางวัดระดับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งจะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย, การพัฒนาเครื่องมือวัด, การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

Abstract

This quantitative study aimed to develop a measurement scale for the safety outcomes of operating rooms in general hospitals. The study used a quantitative research to develop the safety outcome scale based on the safety outcome concept of Donabedian. This study used of Devellis method for scale development. Descriptive statistics and exploratory factor analysis (EFA) were used to determine the validity of the instrument.

The examination of the content validity by 7 experts revealed a content validity index = 0.90. The internal consistency reliability with Cronbach's alpha coefficient was .98. The construct validity was performed by using EFA with 326 operating room nurses at 21 general hospitals.

The safety outcome instrument consisted of three components with 29 indicators: 1) patient-centeredness composed of 11 indicators; 2) desired outcomes composed of 12 indicators and 3) effectiveness and efficacy composed of 6 indicators. The EFA showed that the factor loading of the indicators was between 0.55-0.83, all of which were statistically significant at .001. The developed instrument was congruent with empirical data (KMO = 0.96, df = 406, $\chi^2 = 8577.305$ and $p < .001$). The three components of the safety outcome measurement were explained by 27.05%, 24.77% and 16.28% with total of variance at 68.10%, respectively. The division head nurses should use the safety outcome measurement to measure the level of safety outcomes of operating rooms, thereby leading to patient safety.

Keywords: safety outcome, scale development, operating room nursing

Introduction

The World Health Organization (WHO) has set objectives prioritizing service quality and patient safety, while service systems are continuously developed.¹ However, gaps have always existed in the health care service system in regards to development in the patient safety system, particularly for patients who undergo surgery at numbers as high as 234 million surgeries per year on average worldwide.¹ Every surgery involves risk for complications, and 50% of these surgery complications are preventable.¹ Therefore, every medical facility recognizes the importance of revising surgery safety objectives to be in line with the WHO practice guidelines in order to ensure that the right surgeries are provided to the right sides or locations of the right patients and without leaving any foreign objects in patients' bodies, etc.² As for general hospitals (S-level), safety policies are implemented to achieve sustainability, with emphasis and importance given to nursing patients in operating rooms such that safety is ensured in patients and service providers.² Safety outcomes reflect the quality of safety management by organization managers.³

Operating room provide 24 hours surgery

services for every category of surgical patients.⁴

The aim is to accommodate injured and emergency patients or those in need of urgent and unexpected surgeries. The primary objective of this is to provide care with emphasis on the safety of patients receiving surgery.⁴ Although the operating room prioritize patient safety and prevention of complications throughout surgeries as their primary objectives, up to 32.9% of patients died following required surgeries.⁵ all hospitals that provides surgeries around the world today therefore should be realize the safety of the service recipients and prevent mistakes in patient care⁶ Therefore, first-line nursing managers, and every operating room should focus on improving quality in service provision and safety outcomes of patients who receive surgery in order to consistently meet standards.⁷

Safety outcomes are the final outcomes desired for persons who undergo surgery, and this can be achieved by avoiding errors and complications that may occur as a result of care.⁸ Although surgeries are aimed to save lives and prevent disability, unsafe surgical care can cause serious harm and impact safety outcomes and patient expectations,⁹ safety outcome scales are available

for effectively measuring safety quality. In this study, the researcher used the safety outcome concept for frontline nursing managers of general hospitals based on Donabedian's concept⁹ to ensure patient safety during surgery and prevent surgery complications, which were the primary objectives set.¹⁰ However, current evaluations of safety outcomes in patients who receive surgeries in general hospitals are based on the practice guidelines of the WHO and patient and public health personnel safety policy of the Health Care Accreditation Institute,² and the evaluation forms in current use do not yet cover measurement of safety outcomes of operating rooms and are only in the form of surgery safety checklists for surgical patients. Therefore, it is necessary to develop a specific measurement form in the measurement of safety outcomes in order to provide safety management guidelines for the operating rooms of general hospitals and an important instrument for developing new and clearer knowledge on the safety outcomes of the operating room in general hospitals.

Research Objectives

To develop a safety outcome measurement scale of the operating room as perceived by nurses in general hospitals.

Methodology

Research design

This is a methodological study for developing and validating the Safety outcome for operating room. Scale development process the Safety outcome was developed based on the scale development guidelines by DeVellis¹¹ initial safety results were obtained from the Donabedian concept⁹ integrated interviews with seven experts in nursing for operating room patients.

Population and samples

The population used in this research was

1,001 profession nurses of operating rooms in general hospitals under the Ministry of Public Health (Level S). who were ≥ 1 year of experience, currently working in an operating room nurse position and did not hold the position of the first-line nursing managers of the operating room by multi-stage random sampling technique.

Sample calculation

The sample size in this research was 326 profession nurses of operating rooms in general hospitals. The estimated sample size was calculated from the formula of Krejcie and Morgan¹², development confidence level and the tolerance level 0.05% to get complete information, data was collected to prevent loss of 20% of the sample. The researchers then adjusted the size of the group according to the formula of Gupta and the faculty by calculating a dropout rate of ten percent¹³. Data collection October to December 2020.

Indicators Development

On the development of the safety outcome measurement scale of the operating room nursing team in general hospitals (S level), after receiving permission from Donabedian⁹, who owns the rights to the research instrument, the researcher applied the research instrument development procedures of Devellis¹¹ as follows:

1. Operational definitions of variables used in the research ensure that measurement capabilities are consistent with the concept of Donabedian with integration of analysis of content obtained from interviews of operating room nursing professionals. Components measured on the safety outcomes of first-line nursing managers of the operating room nursing work group in general hospitals (S-level) consisted of eight components as follows: 1) efficacy; 2) efficiency; 3) effectiveness; 4) optimality; 5) acceptability; 6) legitimacy;

7) equity; and 8) adverse outcomes.

2. Generation of an item pool, by which the researcher created questions consistently with the operational definitions of the safety outcome variables for use as the questions of the safety outcome form of the operating room nursing team in eight components consisting of a total of 34 questions to cover meanings of minor characteristics and maintain consistency with the element analysis principle of Hair et al.¹⁴

3. Designing of the scale, by which 5-level Likert scales were used with answer and scoring of perceived values as follows: 1 indicated perceived least accuracy while 5 indicated perceived highest accuracy.

4. Content validity testing by experts: Content validity testing was performed by 7 individuals, namely, 3 people who were nursing professors with management expertise and/or nurses with experience or academic work related to safety outcomes and 4 people were first-line nursing managers of the operating room nursing team in general hospitals (S-level).¹⁵

5. Instrument reliability testing in a sample group representative of the population: Testing was performed in 30 operating room professional nurses with identical attributes to the studied sample but who were not included as part of that group.¹⁶

6. Evaluation of the question items by administering the items to development samples. The researcher administered the constructed measurement form in at least 326 samples and performed analysis to produce Cronbach's α values ranging from 0.00 to 1.00. Values below 0.60 were not acceptable. Values ranging from 0.60 to 0.65 were acceptable but not desired. Values ranging from 0.65 to 0.70 were somewhat acceptable. Values from 0.70 to 0.80 were acceptable. Values ranging from 0.80 to 0.90 were very good values. However, values greater than 0.90 indicated that question items were too closely connected, and duplicates might exist, thereby making it appropriate to consider whether to eliminate or retain certain items.

7. Construct validity testing by exploratory factor analysis (EFA).

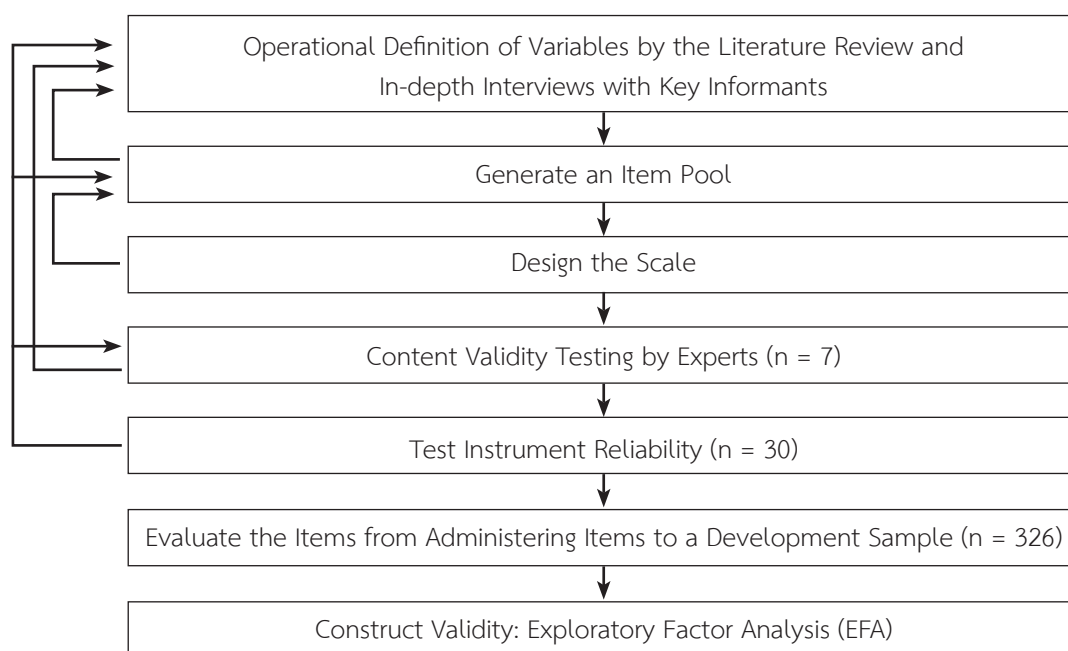


Figure 1: Steps of DeVellis's method of scale development application for safety outcomes.

Ethical Considerations

This study was approved by the institutional review board (IRB) at Christian University of Thailand (IRB No: N.03/2563) before data collection. The participants were obtained as personal information and ethical concerns, which included informed consent and maintaining confidentiality. The participants had the right to cancel participation in the study at any time without any impact.

Data Analysis

The data were analyzed by using the following statistical methods:

- 1) Descriptive statistics were used to determine means and standard deviations for safety outcome measurement with a software package.
- 2) In depth interview using content analysis.
- 3) Exploratory factor analysis was used to analyze the components of safety outcome measurement with a software package.

Results

Respondent Characteristics

Three hundred and twenty-six nursing administrators responded in this study. The majority of respondents were female (91.4%), middle aged with an average age of 33.4 years. Most of respondents had earned a bachelor degree (94.2%).

Instrument quality

As for the results on the testing of the attributes of the original measurement form by content validity analysis by calculating the content validity index of the entire form (S-CVI), the CVI score was 0.90. In addition, testing of the form's validity after testing in a group of 30 samples produced an overall Cronbach's alpha coefficient of the form of 0.98.

Construct validity

The mean score of each item was 4.15-4.63, with a standard deviation of .55-.84. The correlation coefficient for each item with the total score was .70-.84. (Table 1.)

Exploratory factor analysis (EFA)

For the development of the safety outcome measurement form by exploratory factor analysis, the researcher tested the sufficiency of the sample size by using the Kaiser-Meyer Olkin (KMO) method, which relied on index comparison with the size of the correlation coefficient observed, and the partial correlation size between each variable pair. After eliminating variance from other variables, the value equaled 0.96. Then the Bartlett's test was performed with statistical significance with $\chi^2 = 8577.305$ and $p < .001$, and principle component analysis was performed to extract components to reduce the number of variables to the lowest possible number. Subsequently, orthogonal axis rotation was performed by using the Varimax method, which caused the sum of the variance of the component weights between components to have the highest value. Then safety outcome components were arranged with three components with Eigen values of 16.05, 2.40, and 1.30, respectively. Ultimately, 29 questions remained (out of the original 34). All three components were able to jointly describe the variance that occurred by 68.10% with component weights valuing shown in Table 1.

Table 1: Rotated Component Matrix of Items

Items		Mean	S.D.	Factors		
				1	2	3
Patient-centeredness		4.42	.64			
q1	Patients can refuse surgery if they need another treatment after receiving an explanation.	4.45	.65	0.83		
q2	Patients demonstrate understanding after receiving positive and negative postoperative outcomes.	4.37	.65	0.81		
q3	Patients have the right to lodge a complaint if they receive poor quality of care.	4.40	.66	0.81		
q4	Patients undergoing surgery have the right to change to a health professional.	4.26	.84	0.74		
q5	Patients receive equitable services in operating room nursing care.	4.47	.57	0.73		
q6	Patients are respected for their individuality.	4.53	.55	0.72		
q7	Patients feel they have access to surgical services according to their health problems without differences.	4.39	.62	0.70		
q8	Patients receive nursing care consistent with treatment plans.	4.43	.59	0.66		
q9	Patients agree to receive diagnosis or treatment for surgery after receiving advice.	4.41	.61	0.65		
q10	Patients' information about their illness is kept confidential.	4.55	.58	0.64		
q11	Patients understand welfare and benefits after receiving advice and information.	4.31	.68	0.63		
q12	Patients do not experience compression of the nerves or injury of tissues during or after surgery.	4.58	.61	0.82		
q13	Patients are not harmed by the use of tourniquets during surgery.	4.57	.59	0.80		
q14	Patients are not harmed by the use of electrosurgical devices after surgery.	4.56	.61	0.77		
q15	Patients do not have an incidence of surgical errors caused by the carelessness of the surgical nursing staff.	4.53	.65	0.76		
q16	Patients have no objects remaining in their bodies.	4.58	.70	0.73		
q17	Patients do not have symptoms of drug allergy or chemical allergy and various agents.	4.48	.66	0.71		
q18	Patients are safely transported with appropriate equipment according to patients' conditions.	4.63	.55	0.69		
q19	Patients are safe from every surgical procedure.	4.51	.61	0.65		
q20	Patients do not get infections from readiness instruments and examination according to the aseptic technique steps.	4.54	.61	0.64		
q21	Patients do not get infections from skin preparation at the surgical site according to the infection prevention standards.	4.44	.63	0.62		
q22	Patients receive safe surgery services before, during and after surgery according to the operating room nursing standards.	4.57	.57	0.56		
q23	Patients in emergency situations receive surgery with timeliness, safety and no complications within 30 minutes.	4.50	.60	0.55		

Table 1: Rotated Component Matrix of Items

Items	Mean	S.D.	Factors		
			1	2	3
Effectiveness and Efficiency	4.32	.67			
q24 Patients are prioritized before and after surgery in accordance with infection control standard precautions to prevent cancellation-postponement of surgery due to operating room availability.	4.31	.70	0.72		
q25 No incidence of cancelling or postponing surgery due to unavailability of the operating room schedules or designated surgical nursing staff.	4.15	.76	0.72		
q26 Patients receive effective surgical nursing care by applying research utilization or practical experiences.	4.34	.66	0.63		
q27 Scheduled patients are assessed and prepared before the surgery date according to the operating room nursing standard.	4.33	.70	0.65		
q28 Patients can correctly follow the operating room nurses' instructions before and after surgery.	4.35	.62	0.57		
q29 Patients are safe from using requiring special surgery instruments due to the surgical nurse specialists.	4.46	.59	0.55		

As the table shows, there were three components with 29 items: 1) patient-centeredness (11 items); 2) Adverse Outcomes (12 items) and 3) Effectiveness and Efficacy (6 items). The EFA showed that the factor loading of the indicators was between 0.55-0.83, all of which were statistically significant ($p < .001$).

Discussion

Testing of the operating room nursing work group safety outcome measurement scale revealed that the instrument has content validity with total content validity index (S-CVI) at 0.98 and by-item content validity index with acceptable value for the newly-developed instrument at 0.80. In other words, every expert shared the opinion that each question item was consistent with the research concept. Therefore, the measurement form had the content validity for use in measuring safety outcome in the operating room nursing team in general hospitals.

The reliability of the consistency in the safety outcome measurement scale as determined from a sample group of 30 people produced the Cronbach's alpha coefficient of 0.98 with the Cronbach's alpha coefficient of from 326 samples at 0.97 and internal consistency of the measurement form on individual items greater than 0.70 for every item. Therefore, the measurement form's reliability was acceptable, and the measurement form was valid based on repeated measurement.

Meanwhile, results of the exploratory factor analysis on safety outcomes revealed that the Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) value was 0.96. A KMO value so closely approaching 1 indicated the suitability of all data and that the variables had a very high level of correlation and can be used in component analysis. In addition, the Bartlett's Test of Sphericity revealed that variables were correlated with statistical significance (Bartlett's Test of Sphericity Approx. $\chi^2 = 8577.305$, $df = 406$, and $P\text{-value} < .001$), thereby indicating the presence

of a matrix for the correlation of the variables.

As for the results of the analysis of the variables of the factor components following component axis rotation by using Varimax with Kaiser Normalization, three components were obtained. Evaluation of the Eigen values found that one factor had more than one factor loading value greater than 1 at 0.5 Hair. The components obtained in this study consisted of three components made up of a total of 29 question items (there originally eight components and 34 items). The elimination of five questions improved clarity in the categorization of the question items, and the factor loading values of the form after the axis rotation ranged from 0.55 to 0.83, which exceeded the criteria of 0.30 and indicated that the items were consistent as component members.

Finalized a scale development of safety outcome instruments after empirically establishing the validity of the scale via EFA, there were three components with 29 indicators: 1) patient-centeredness (11 items); 2) Adverse Outcomes (12 items) and 3) Effectiveness and Efficacy (6 items).

In the construction of the operating room safety outcome measurement scale, the instrument was constructed in the context of general hospitals with content validity testing performed by qualified experts and confirmed by samples composed of professional nurses. It was found that content components had an acceptable level of consistency with a high validity score in every component and consistency with empirical data. The quality of the measurement scale was tested item by item and by the entire form. The safety outcome content analysis resulted in three components with 29 question items. Every item met the safety standard of the Health Care Accreditation Institute and the WHO. However, the newly developed safety outcome measurement scale is suitable for the service quality of surgical patient nursing in general hospitals (S level) and is an

important instrument for heart-based care according to the notion that the patient is a human being and that, for the desired outcomes, efficiency and effectiveness in measuring safety outcomes, if operating room nursing work group supervisors can use this instrument in operating room units in appropriate contexts, the best nursing outcomes can be achieved,¹⁷ whether in terms of surgical patient safety, satisfaction, or self-care knowledge.¹⁸

Conclusions

The indicators of the safety outcome measurement scale had an accurate construct consistent with the safety outcomes three components with a total of 29 questions. The indicators developed are suitable for measuring outcomes on the safety of patients receiving surgical services in the operating rooms of general hospitals under Ministry of Public Health in the context of Thailand.

Recommendations

Because first-line nursing managers of operating room have to work with patients in complex and unpredictable environments, nursing department supervisors should take actions relating to safety outcome evaluations by using the currently developed safety outcome measurement. The study found that the safety outcome measurement can serve as a reliable and professional instrument for measuring safety outcomes in first-line nursing managers of operating room with quality and effectiveness improvements of the instrument after use in order to produce even clearer measurement results.

Acknowledgments

The researcher would like to thank Donabedian, who permitted the researcher to modify the personal initiative scale to fit Thailand's contexts.

Furthermore, the researcher would like to thank first-line nurse managers and professional nurses of operating room in general hospitals for providing valuable data for this study.

References

1. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery. 2016.
2. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Healthcare Service Standards, No. 4 (2nd Printing). Nonthaburi: Nangsue Dee Wan. 2018. (in Thai).
3. Spigener J. Safety Leadership: 11 characteristics of great safety performers. Safety + Health. The official magazine of the NSC Congress & Expo. 2017.
4. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guidelines for Perioperative Practice. 2018.
5. Riesenbergs, L.A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. Nursing handoffs: A systematic review of the literature. American Journal of Nursing. 2010; 110(4), 24-34.
6. Chaleoykitti S, Kamprow P, Promdet S. Patient Safety and Quality of Nursing Service. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 66-72. (in Thai).
7. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient Safety Goals for Patients in Thailand 2018 (Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand], 2018). Famous and Successful. 2018. (in Thai)
8. Sean P. C, Nancy E. D. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2008
9. Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press. 2003.
10. Renu Adsalee. Perioperative nursing. (2nd Printing). Bangkok: NP Press. 2010.
11. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 4th ed. Singapore: SAGE Publication, Inc. 2016.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities, 1970.
13. Gubta KK, Attri JP, Singh A, Karu H & Karu, G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. Saudi J Anaesth. 2016; 10(3), 328-331.
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Ham Ronald L. Multivariate Data Analysis. 7thed. New Jersey: Prentice Hall. 2010.
15. Polit D F & Beck CT. Research in Nursing Generating and Assessing Evidence, 2017.
16. Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. (8thed). St. Louis Missouri: Elsevier, Inc. 2016.
17. Sritoomma, N. Service excellence: Strategies for Healthcare and Nursing Services. Indian Journal of Public Health Research & Development. 2018; 9 (10), 521-526. (in Thai).
18. Low, D., Walk, I., & Heitmiller, E.S. Implementing checklists in the operating room. Pediatric Anesthesia. 2012; 22(10), 1025-1031. doi: 10.1111/pan. 2018.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ The Factors Affecting For Health Behavior of Elderly in BanYang Subdistrict, Maung District, Buriram Province.

ทิตยาวดี อินทรางกูร* นิภา สุทธิพันธ์ ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ
กิตติพงษ์ เรือนเพชร ประภาพรรณ สาวิรัมย์

Thittayawadee Intarangkul* Nipar Suttipun Piyaorn Rungthanakiat

Kitipong Ruanphet and Prapapan Saveram

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University, Buriram, Thailand 31000

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 180 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความเชื่อมั่น 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ สถิติไคสแควร์ การวิเคราะห์ความแปรปรวน และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการปฏิบัติตน ในภาวะเจ็บป่วยอยู่ระดับสูง การออกกำลังกายอยู่ระดับต่ำ การป้องกันหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ระดับปานกลาง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันกับพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตในระดับต่างๆ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The studies are descriptive study and cross-sectional survey research for study in factors affected to health behavior of elderly and to study the fundamentals beliefs in health, ability to carry out daily life that affect eating behaviors, exercise, to behave in a state of illness, preventing and avoiding risky behaviors of elderly in Ban Yang Subdistrict, Mueang District, Buriram Province. Methods: A cross-sectional survey study was conducted in 180 samples. Data was analyzed by Chi-Square, ANOVA, Scheffe's method.

Corresponding Author: *E-mail: thittayawadee.i@bru.ac.th

วันที่รับ (received) 6 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 กย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ต.ค. 2564

Results: Overall health behavior of the elderly was at moderate level while diet and self-care management were at high level. Exercise and behavioral risk avoiding were at low and moderate level respectively. There was a statistically significant relationship between health behavior with demographic factor and health believe. There was no significant relationship between health behavior and daily living capabilities. Health believe of the elderly was at high level. Daily living capabilities in two different groups (dependent and non-dependent) had same average score in all four health behavioral dimensions.

Keywords: behavior, elderly health

บทนำ

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามีการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการตรวจ คัดกรอง วินิจฉัย รักษา รวมถึงการฟื้นฟูป้องกันโรคอย่างเหมาะสม ประกอบกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพมีความเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค¹ เพื่อดูแลรักษาสุขภาพที่ดีในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการพัฒนาสุขภาพเชิงรุกทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบาย และได้รับการบริการอย่างทั่วถึง ส่งผลให้มีความเป็นอยู่ที่ดีและมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น² เป็นผลให้โครงสร้างของประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่อัตราส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนประชากรโลกทั้งหมด 6,830.282 ล้านคน สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.17 คาดว่าในปี 2568 จะมีจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,851.455 ล้านคน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.21 โดยประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 7.00 ของประชากรทั้งประเทศ³ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูง อายุและเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.24 ของประชากร ทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.6 ต่อปี คาดการณ์ว่า พ.ศ. 2566 และ 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 และ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ⁴ ดังนั้นขณะนี้ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและเกิดความเสื่อมสภาพของระบบต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น⁵ ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2563 พบว่าผู้สูงอายุเป็น

โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.73 เบาหวานร้อยละ 13.34 หัวใจร้อยละ 7.02 อัมพาตอัมพฤกษ์ร้อยละ 2.54 หลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.60 มะเร็งร้อยละ 0.54⁶ จึงนับว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสม โดยการทำกิจกรรมให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรคสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข⁷ ดังนั้นจึงสนใจทำการศึกษปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานและระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

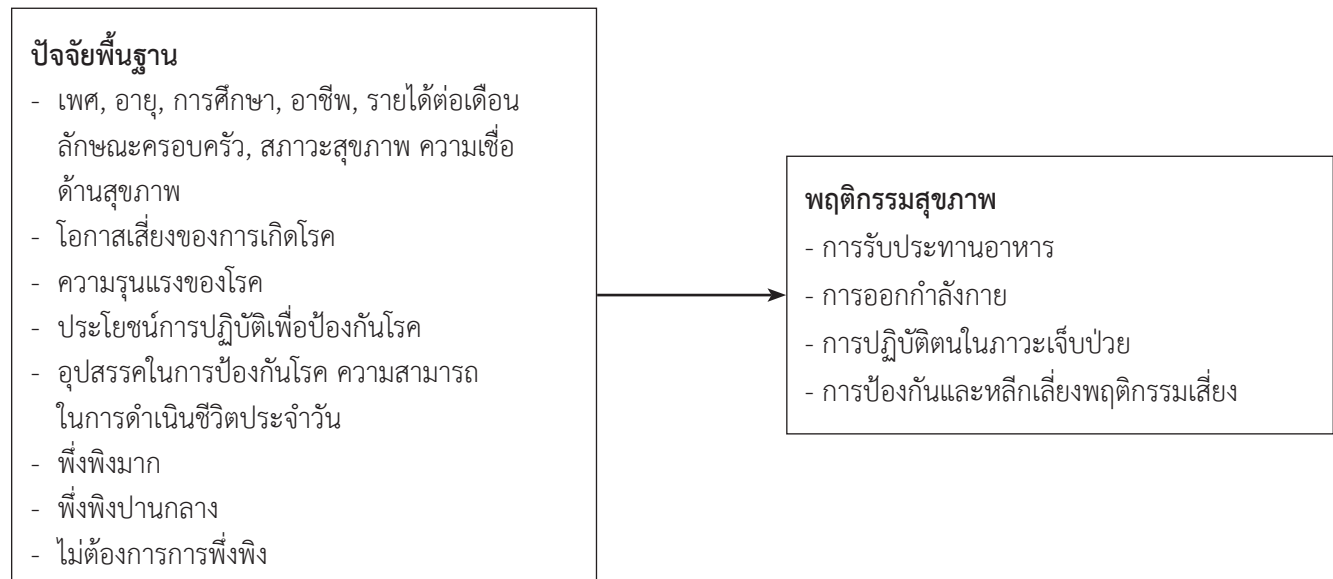
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยการป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรม

สุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตน ในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ของผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้สูงอายุ 1,126 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (random sampling with proportional of size) จำนวน 180 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ ต้องอาศัยใน 10 ชุมชนในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย มีสติสัมปชัญญะรับรู้ สามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ลักษณะ ครอบครัว และสภาวะสุขภาพ 2) แบบสอบถามความเชื่อ ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และอุปสรรคในการป้องกันโรค รวม 23 ข้อ โดย เห็นด้วย

(3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) 3) แบบสอบถามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร (0-2 คะแนน) ล้างมือ หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (0-1 คะแนน) ลูกนั่งจาก ที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (0-3 คะแนน) ใช้ห้องน้ำ (0-2 คะแนน) เคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (0-3 คะแนน) สวมใส่เสื้อผ้า (0-2 คะแนน) ขึ้นลงบันได 1 ชั้น (0-2 คะแนน) อาบน้ำ (0-1 คะแนน) การกลืนอุจจาระ (0-2 คะแนน) การกลืนปัสสาวะ (0-2 คะแนน) และ 4) แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง รวม 26 ข้อ โดยปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบ เห็นชอบและยอมรับความตรงในเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำมา

ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม (Try out) จำนวน 50 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาใน 10 หมู่บ้านในตำบลบ้านยาง ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2013/010 วันที่ 25 เมษายน 2563 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการศึกษา ผลกระทบ การป้องกันความเสี่ยง ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม การศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะเสนอเป็นภาพรวม และเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 เพศชายร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 27.82 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 63.91 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 61.86 รายได้มาจากญาติพี่น้องให้ ร้อยละ 29.89 อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท ร้อยละ 83.50 ฐานะทางการเงินพอใช้ แต่ไม่มีเก็บ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.60 ลักษณะครอบครัวอยู่กันหลายคนเป็นครอบครัวใหญ่และพักอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง มีหน้าที่ที่ต้องดูแลบุคคลอื่น ร้อยละ 99.41 มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 80.41 เมื่อมีการเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานเองก่อน ร้อยละ 5.15 รองลงมารักษากับที่โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 4.12 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.27 รับประทานยาน้อยกว่า 5 ชนิดร้อยละ 27.26 รับประทานยาต่อเนื่องซึ่งเป็นยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 71.10 รองลงมาเป็นยาต้ม/ยาหม้อ/ยาสมุนไพร/ยาลูกกลอนร้อยละ 1.10 สามารถอ่านหนังสือได้ ร้อยละ 80 ได้ยินชัดเจนร้อยละ 97.24 ไม่เคยเป็นแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 94.47 มีอาการปวดข้อร้อยละ 64.42 ปวดบริเวณข้อเข่าร้อยละ 33.33 รองลงมาปวดบริเวณไหล่-ข้อศอก-ข้อมือ

ร้อยละ 11.15 มีการสูญเสียฟันแต่ไม่ได้ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 32.26 ฟันที่อยู่ในสภาพใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 45.00 ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 83.91 ทดสอบลูก-เดินเป็นปกติ ร้อยละ 70.00 ใช้เวลาในการลุก-เดินในเวลา 1-10 วินาที ร้อยละ 57.84 ไม่ต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ร้อยละ 22.25 รองลงมาต้องการความช่วยเหลือในด้านช่องทางพิเศษเมื่อไปรับการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 18.91

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 53.94 รับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้มีกากใย เนื้อสัตว์ เน้นปลาเป็นหลักปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน อาหารรสเค็มจัด เช่น ผักดองเค็ม ปลาหมึกเค็ม ปลาร้า ปลาจ่อมเป็นบางครั้ง ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มน้ำเปล่าสะอาด อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว การออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 40.01 มีการเคลื่อนไหวโดยการทำงานบ้านและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.02 มีการสังเกตอาการผิดปกติและไปตรวจทุกครั้งที่แพทย์นัด ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร สาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.00 ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารรสจัดบางครั้ง มีภาวะเครียดหรือกังวลในระดับปานกลาง หลีกเลี่ยงในพื้นที่/พื้นที่ต่างระดับ มีการจัดวางสายไฟบนพื้นบ้านเหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุพบว่าลักษณะครอบครัว สถานะสุขภาพ โรคประจำตัวและการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.02, 0.02 และ 0.00 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานะสุขภาพ ความสามารถในการมองเห็น การลุกเดิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.00, 0.03, 0.00, 0.03, 0.04, 0.00 และ 0.00 ตามลำดับ) การตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การมองเห็น และการลุกเดิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.01, 0.00, 0.00 และ 0.00 ตามลำดับ) อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการลุกเดิน มีความ

สัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรม เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ (P-value 0.03, 0.01, 0.03, 0.01 และ 0.02 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการปฏิบัติตน ในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมสุขภาพ						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลักษณะครอบครัว (หน้าที่ที่ต้องดูแลบุคคลอื่น) กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร							
ไม่มี	19	17.92	45	42.53	42	39.65	0.02*
ผู้สูงอายุ	13	39.43	12	36.43	8	24.24	
ผู้พิการ	0	0.00	0	0.00	1	100.00	
เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี	3	9.13	10	30.34	20	60.63	
อื่นๆ	2	28.61	4	57.16	1	14.33	
โรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร							
ไม่มีโรค	7	17.91	13	33.32	19	48.77	0.02*
โรคเบาหวาน	6	54.51	3	27.33	2	18.26	
โรคความดันโลหิตสูง	9	20.92	22	51.24	12	27.94	
โรคหัวใจ	3	27.35	6	54.55	2	18.20	
โรคไขมันเลือด	6	46.24	4	30.82	3	23.11	
โรคอื่น	1	7.75	5	38.55	7	53.80	
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	11.82	13	38.25	17	50.04	
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในโลหิตสูง	1	7.13	5	35.72	8	57.15	
โรคเบาหวานและไขมันในโลหิตสูง	0	0.00	0	0.00	2	100.00	
การได้ยินกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร							
มีปัญหาเรื่องการได้ยิน	5	100.00	0	0.00	0	0.00	0.00*
การได้ยินปกติ	32	18.36	71	40.61	72	41.13	
ระดับการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย							
ต่ำกว่าประถมศึกษา	30	85.75	4	11.42	1	2.93	0.00*
ประถมศึกษา	62	48.46	41	32.02	25	19.52	
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	1	14.31	4	57.15	2	28.64	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	3	50.00	1	16.77	2	33.33	
อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า	1	25.00	2	50.00	1	25.00	
อาชีพกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย							
เกษตรกร	4	44.43	4	44.44	1	11.26	0.03*
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รับบำนาญ	5	41.75	5	41.71	2	16.74	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	21	48.82	11	25.63	11	25.65	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมสุขภาพ						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รับจ้างทั่วไป	2	22.23	7	77.87	0	0.00	
ทำงานบ้าน	2	25.00	4	50.00	2	25.00	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	60	64.52	19	20.43	14	15.15	
อื่นๆ	3	50.02	2	33.33	1	16.75	
แหล่งที่มาของรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย							
ไม่มีรายได้	0	0.00	0	0.00	3	100.0	0.00*
งานประจำ	6	46.26	7	53.84	0	0.00	
ญาติพี่น้อง	4	66.73	2	33.37	0	0.00	
เบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ	29	69.02	5	11.93	8	19.05	
ญาติพี่น้องและเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ	29	48.33	23	38.34	8	13.33	
ญาติพี่น้องและเบี้ยเลี้ยงผู้พิการ	0	0.00	1	100.00	0	0.00	
เงินบำนาญและญาติพี่น้อง	1	33.39	0	0.00	2	66.72	
รายได้ต่อเดือนกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย							
0-5,000	81	60.43	31	23.14	22	16.43	0.03*
5,001-10,000	10	37.03	12	44.43	5	18.54	
10,001-15,000	4	50.00	2	25.00	2	25.00	
15,001-20,000	0	0.00	3	100.00	0	0.00	
25,001-30,000	2	1000	0	0.00	0	0.00	
ตรวจสอบสุขภาพประจำปีกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย							
ได้ตรวจ	78	50.32	47	30.33	30	19.45	0.04*
ไม่ได้ตรวจ	19	76.03	5	20.00	1	4.00	
ความสามารถด้านการมองเห็นกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย							
สายตาปกติ	28	77.83	6	16.77	2	5.60	0.00*
มีปัญหาเรื่องการมองเห็น	69	47.92	46	31.93	29	20.15	
การลุกเดินกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย							
ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม	59	46.53	42	33.17	26	20.50	0.00*
มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม	38	71.71	10	18.92	5	9.43	
การตรวจสุขภาพประจำปีกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย							
ได้ตรวจ	6	3.93	20	12.93	129	83.24	.01
ไม่ได้ตรวจ	4	16.00	6	24.00	15	60.00	
การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย							
ปล่อยให้หายเอง	0	0.00	1	20.00	4	80.00	.00*
ซื้อยากินเอง	5	23.84	5	23.86	11	52.40	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมสุขภาพ						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ใช้ยาสมุนไพร/แพทย์ทางเลือก	1	50.00	0	0.00	1	50.00	
รักษาที่คลินิก/รพ.เอกชน	0	0.00	1	6.70	14	93.32	
รักษาที่ สอ./รพ.ของรัฐ	4	2.92	19	13.93	114	83.23	
การมองเห็นกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย							
สายตาปกติ	4	11.15	10	27.88	22	61.14	.00*
มีปัญหาเรื่องการมองเห็น	6	4.22	16	11.17	122	84.75	
การลุกเดินกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย							
ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม	4	3.13	11	8.74	112	88.22	.00*
มีโอกาสรเสี่ยงต่อการหกล้ม	6	11.34	15	28.32	32	60.43	
อาชีพกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง							
เกษตรกรกรรม	0	0.00	9	100.00	0	0.00	0.03*
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รับบำนาญ	2	16.72	7	58.37	3	25.00	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	12	27.94	24	55.88	7	16.33	
รับจ้างทั่วไป	3	33.34	3	33.34	3	33.33	
ทำงานบ้าน	5	62.55	3	37.53	0	0.00	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	28.04	56	60.20	11	11.82	
อื่นๆ	4	66.73	1	16.47	1	16.73	
รายได้ (ฐานะทางการเงิน)กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง							
พอใช้และมีเงินเก็บ	10	34.53	13	44.83	6	20.70	0.01*
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	38	25.92	90	61.22	19	12.95	
ไม่พอใช้มีหนี้สิน	4	100.00	0	0.00	0	0.00	
พอใช้และมีเงินเก็บ	10	34.57	13	44.83	6	20.76	0.01*
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	38	25.96	90	61.2	19	12.9	
ไม่พอใช้มีหนี้สิน	4	100.00	0	0.00	0	0.00	
สภาวะสุขภาพ (การรับประทานยา)กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง							
รับประทานยา	38	29.53	68	52.72	23	17.38	0.03*
ไม่รับประทานยา	14	27.56	35	68.60	2	3.94	
โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง							
มีโอกาสรเสี่ยงปัญหาหลอดเลือดสมอง	4	40.00	6	60.00	0	0.00	0.01*
ไม่มีโอกาสรเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาหลอดเลือดสมอง	48	28.24	97	57.16	25	14.78	
การลุกเดินกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง							
ไม่มีโอกาสรเสี่ยงต่อการหกล้ม	29	22.82	78	61.46	20	15.70	0.02*
มีโอกาสรเสี่ยงต่อการหกล้ม	23	43.44	25	47.25	5	9.40	

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความเชื่อด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการป้องกันและหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง มีความสัมพันธ์ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (P-value 0.00, 0.04 ตามลำดับ) พฤติกรรมการออกกำลังกายและการป้องกันและ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้าน สุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุ (P-value 0.01, 0.00 ตามลำดับ) พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันและ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรค (P-value 0.04 และ 0.04) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ กับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเชื่อด้านสุขภาพ						p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรับประทานอาหารความกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค							
ต่ำ	8	42.10	6	31.57	5	26.31	0.00*
ปานกลาง	7	16.27	26	60.46	10	23.25	
สูง	22	18.64	39	24.57	57	48.30	
การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค							
ต่ำ	3	15.78	16	84.21	0	0.00	0.04*
ปานกลาง	17	39.53	21	48.83	5	11.62	
สูง	32	27.11	66	55.93	20	16.94	
การออกกำลังกายกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรค							
ต่ำ	19	73.12	2	7.73	5	19.22	0.01*
ปานกลาง	29	63.02	9	19.64	8	17.44	
สูง	49	45.43	41	38.05	18	16.76	
การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรค							
ต่ำ	10	47.61	8	38.09	3	14.38	0.00*
ปานกลาง	16	19.27	36	43.44	31	37.36	
สูง	11	14.47	27	35.53	38	50.00	
การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค							
ต่ำ	13	33.33	23	58.97	3	7.69	0.04*
ปานกลาง	6	21.46	58	78.63	0	0.00	
สูง	33	29.25	58	51.37	22	19.58	
การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค							
ต่ำ	5	12.82	9	23.07	25	64.10	0.04*
ปานกลาง	2	7.14	4	14.28	22	78.57	
สูง	3	5.65	13	11.52	97	85.83	

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันแบบพึ่งพาปานกลางและไม่พึ่งพิง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.4, 0.4, 0.2 และ 0.14 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละระดับความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำและปานกลาง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละระดับของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้ง 4 ด้าน ไม่แตกต่างกัน นั่นคือระดับพึ่งพิงปานกลางและระดับไม่พึ่งพิง

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ การป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ของอาภาพร เมาวัฒนา อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง⁸ และสอดคล้อง⁹ การจะช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการที่จะกำหนดพฤติกรรม ที่เหมาะสมกับตนเองได้ตามความคาดหวังต่อผลที่จะเกิดขึ้น จนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทาง สุขภาพ ที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า อายุ ลักษณะครอบครัว สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร, ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย, สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย, อาชีพ รายได้และสภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมย่อม

ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังกันมากขึ้นทำให้ต้องมีพฤติกรรมในการดูแล ส่งเสริม ป้องกันโรคด้วยตนเอง¹⁰, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย, การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์กับการป้องกันและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง, ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันแบบพึ่งพาปานกลางและไม่พึ่งพิงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ, ความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างคือความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำและปานกลาง ความสามารถในการดำเนินชีวิตมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้านไม่แตกต่างกัน คือระดับพึ่งพิงปานกลางและระดับไม่พึ่งพิง สอดคล้อง¹¹ ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบ้านยางเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกด้านการดูแลสุขภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงอายุยุคปัจจุบัน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละด้าน จะมีปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางด้านปัจจัยพื้นฐานและความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป¹²

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย: หน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรผลักดันส่งเสริม สนับสนุน ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติให้มีความต่อเนื่องเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับต่ำควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนให้มากขึ้น เพิ่มสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมและกระตุ้นผู้สูงอายุออกกำลังกายมากขึ้น การพยาบาล: บุคลากรที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรคำนึงถึงว่าปัจจัยตัวใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน เพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาทางสุขภาพได้อย่างตรงจุด ผู้สูงอายุสามารถกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป: ควรศึกษาตัวแปรและปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก โดยนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนงานให้ตรงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด

References

1. Naksong P. Data analysis by SPSS program. Bangkok: Simplify; 2019. (in Thai)
2. Praditpornsilp K. Textbook of medicine for the elderly. Bangkok: Rungsilp Printing; 2018. (in Thai)
3. World Health Organization. Chronic diseases. Geneva: World health organization; 2017.
4. Department of Elderly Affairs. Strategic Plan, Department of Elderly Affairs, 2017-2021. Bangkok: Thepphenwanis; 2016. (in Thai)
5. Noradechanunt C., Sirirat N., Kunalasiri P. Development of Curriculum for Enhancing the Elderly Competencies in Health Promotion and Prevention of Complications from Non-communicable Diseases at Had Chao Samran Elderly School, Muang, Phetchaburi. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1):390-401. (in Thai)
6. Office of the Department of Elderly Health. Annual Report 2020. Bangkok : Amarin Printing and Publishing; 2020. (in Thai)
7. Thittayawadee Intarangkul. Health Promotion of the Elderly in Ban Kruat Didtric, Buriram Province. PEOPLE: International Journal of Social Sciences. 2017;2(3):163-72.
8. Phaowattana A. Health promotion and disease prevention in community : an application of concepts and theories to practice. Khon Kaen: Nana Wittaya Treasury. 2012. (in Thai)
9. Sirited P., Thammaseeha N. Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 58-65. (in Thai)
10. Boonlaet P. Promoting self-esteem in elder people with depression through online game [Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2017. (in Thai)
11. Sirited P., Thammaseeha N. Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 58-65. (in Thai)
12. Office of the Department of Elderly Health. Annual Report 2020. Bangkok : Amarin Printing and Publishing; 2020. (in Thai)

ผลของโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี

The Effects of a Self-awareness and Behavioral Skills Development Program
on Self-awareness and Repeated Pregnancy Prevention Behaviors in Teenage
Mothers, Phetchaburi Province

อังสินี กันสุขเจริญ^{*1} ดวงกมล ปิ่นเฉลียว¹ ทิพย์ธัมพร เกษโกมล²

Angsinee Kansukcharearn^{*1} Duangkamol Pinchaleaw¹ Thipkhumporn Keskomon²

¹มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย 11120

Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand 11120

²วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

²Police Nursing College, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อความตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอดในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 50 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองข้อมูล แรงจูงใจและทักษะทางพฤติกรรม ร่วมกับทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การสร้างความตระหนักรู้ (2) การให้ข้อมูล (3) การสร้างแรงจูงใจ และ (4) การพัฒนาทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ 2) แบบสอบถามได้แก่แบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .91 และ .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้ในตนเอง พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ มารดาวัยรุ่น

*Corresponding Author: E-mail : angsee@pckpb.ac.th

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self - awareness and behavioral skills development program on self-awareness and repeated pregnancy prevention behaviors of teenage mothers in Phetchaburi Province.

The sample were 50 teenage mothers (age less than 20) admitted at the postnatal unit of Phetchaburi Hospital, selected by purposive sampling, and they were divided into the experimental (25) and the comparative (25) groups. The research instruments included: 1) a self-awareness and behavioral skills development program which was developed based on the informational motivation behavior skill model and self - awareness theory, The duration of the program was 8 weeks. The activities comprised: (1) developing self-awareness (2) giving information (3) enhancing motivation and (4) developing behavioral skills; and 2) self - awareness and repeated pregnancy preventive behaviors questionnaires. Content validity indexes (CVI) of the questionnaires were .91 and .93 and the reliability scores were .92 and .92, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The result revealed as follows. After attending the program, self - awareness and repeated pregnancy preventive behaviors of the experimental group were significantly higher than before attending the program, and significantly higher than the comparative group ($p < .05$).

Keywords: Self -awareness, Repeated Pregnancy Preventive Behavior, Teenage mother

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยยังคงพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือมากกว่าร้อยละ 10 การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด ส่วนทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น มักเพิ่มอุบัติการณ์การตายปริกำเนิด มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และอัตราการเสียชีวิตของทารกที่สูงกว่ามารดาในกลุ่มปกติ¹ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดโอกาสในการศึกษา ขาดโอกาสในการทำงาน ขาดรายได้ และไม่สามารถทำหน้าที่บทบาทของมารดาได้อย่างเต็มที่ ทำให้การเลี้ยงดูบุตรไม่มีคุณภาพ² การตั้งครรภ์ซ้ำเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการป้องกันการตั้งครรภ์ ขาดความตระหนักในการคุมกำเนิด ขาดอำนาจต่อรองกับสามีในการคุมกำเนิด³ นอกจากนี้การไม่ได้รับบริการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพภายหลังคลอด ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความต้องการมีบุตรของสามีและครอบครัว² และการคล้อยตามเพื่อนหรือญาติที่เป็นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ⁴ ตลอดจนการที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดการวางแผนการมีบุตร ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำขึ้น⁵ ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาทารก และครอบครัว

จังหวัดเพชรบุรียังพบมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่บ่งชี้อุบัติการณ์และปัญหา ผู้วิจัยจึงศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไปในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 10 ราย พบว่า สาเหตุที่ตั้งครรภ์ซ้ำ เกิดจากการไม่ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ไม่คิดว่าตนเองจะตั้งครรภ์จึงไม่ได้คุมกำเนิด ไม่คิดว่าจะเกิดผลกระทบอะไรกับตนเอง ไม่เห็นความจำเป็นในการคุมกำเนิด และขาดความรู้ที่ถูกต้องในการคุมกำเนิด จึงทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนและส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ จัดบริการการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดที่เหมาะสม และเข้าถึงได้ง่ายแล้ว ผลการดำเนินการของโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบุรีปี 2562 ยังพบอัตราตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นถึงร้อยละ 18.47⁶

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ⁷ ความตั้งใจในการป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำ การสนับสนุนจากครอบครัวและสามี และการมีเพื่อนสนิทที่ตั้งครรภ์ซ้ำ รวมทั้งปัจจัยด้าน อายุ การศึกษา

รายได้⁹ มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่เหมาะสมหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ความรู้และข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำและผลกระทบ การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย และฝึกทักษะการเจรจาต่อรอง⁹ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี¹⁰ ทำให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้¹⁰ นอกจากนี้การทำให้ตระหนักถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ เน้นการสอนเพื่อให้ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรและเกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิด¹¹ ช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ดี

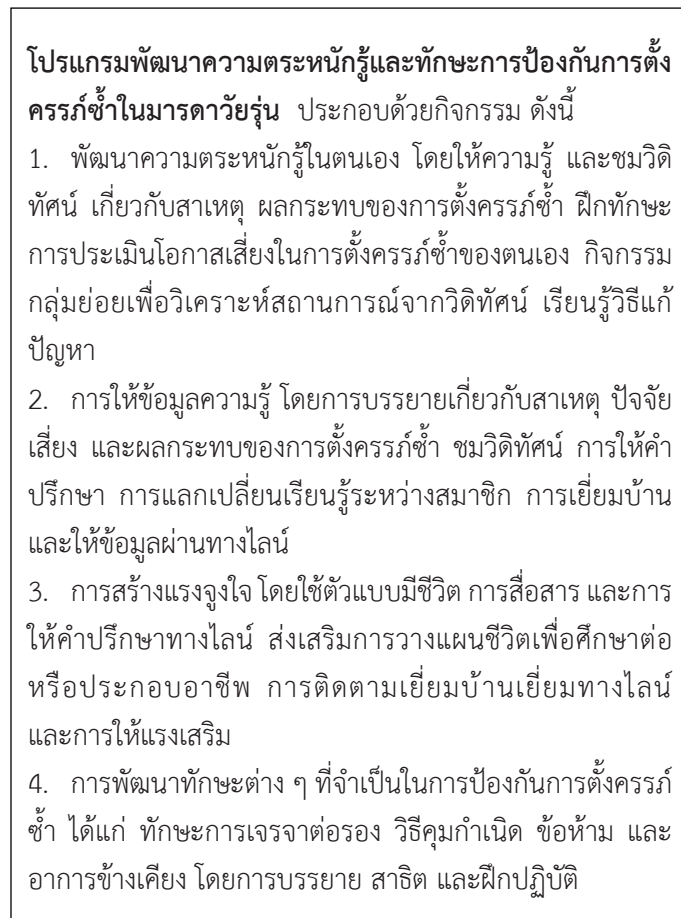
ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรม โดยใช้แบบจำลองข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม

(Information Motivation Behavioral skills Model: IMB) ของฟิชเชอร์และฟิชเชอร์¹² ร่วมกับทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเองของดูวาลล์และวิลสัน¹³ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นตระหนักรู้และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

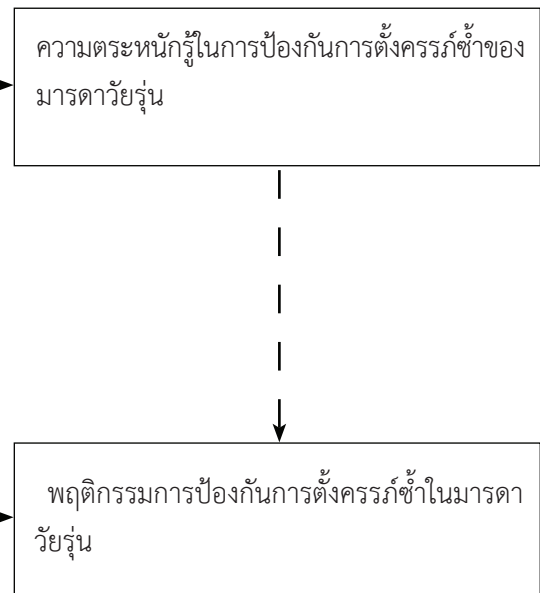
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ แบบจำลองข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมของฟิชเชอร์แอนด์ฟิชเชอร์ (Information Motivation Behavioral skills Model: IMB)¹² ร่วมกับทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง¹³ อธิบายได้ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ คือ

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ความตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างไร
2. ความตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองของมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้ และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้ และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรก 1-3 วัน อายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งคลอดปกติและผดุงครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2563 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัย⁹ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของกลุ่มทดลองเท่ากับ 125.80 (SD. = 9.68) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 85.96 (SD = 9.18) นำมาคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 4.22 จึงใช้ขนาดอิทธิพล 0.8 (large effect size) กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.90 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้จำนวน 42 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน โดยจับคู่ (match pair) กลุ่มตัวอย่างในด้าน อายุ ระดับการศึกษา และการมีเพื่อนสนิทที่ตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น พัฒนาขึ้นตามแนวคิดรูปแบบจำลองการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม¹² (Informational Motivation Behavior Skill Model) ร่วมกับทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง¹³ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ให้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 1) กิจกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้และให้ข้อมูลในวันที่ 2 หลังคลอด โดยการบรรยาย และชมวิดีโอ เพื่อให้เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ผลกระทบต่อมารดาและทารกฝึกทักษะการประเมินโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำของตนเอง และผลกระทบหากเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ กิจกรรมกลุ่มย่อย และร่วมกันหาทางออกเพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำและ 2) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจในวันที่ 3 หลังคลอด โดยใช้ตัวแบบคือ มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ซ้ำ มาเล่าถึงประสบการณ์ที่เผชิญกับอันตรายจากการตั้งครรภ์ซ้ำให้ความรู้ และ ทางเลือกในการวางแผนชีวิตเพื่อศึกษาต่อหรือประกอบอาชีพ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างและสามีร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม มอบคู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และ จัดตั้งกลุ่มไลน์ ชื่อ “แม่วัยใสไม่ท้องซ้ำ” เพื่อสื่อสาร ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ให้แรงเสริมและติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลทางไลน์ส่วนตัว

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมพัฒนาทักษะป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ผ่านหุ่นจำลอง

อุปกรณ์จริง และสถานการณ์สมมติ ฝึกทักษะการเจรจาต่อรอง ให้สามีใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหากมีเพศสัมพันธ์ เป็นรายบุคคล/รายกลุ่ม โดยการแสดงบทบาทสมมติ

สัปดาห์ที่ 3-5 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่บ้าน ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนทางไลน์ ส่งข้อมูลหรือวิดีโอวีธีการคุมกำเนิด และเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูล/ความรู้เพิ่มเติมตามความต้องการ เน้นย้ำเรื่องการใช้ทักษะการเจรจาต่อรองให้สามีสวมถุงยางอนามัย เมื่อสามีขอมิเพศสัมพันธ์ และการมาตรวจหลังคลอดตามแพทย์นัดในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมสร้างแรงจูงใจต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สามีขอมิเพศสัมพันธ์ ก่อนมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ เล่าประสบการณ์ในการใช้ทักษะการเจรจาต่อรอง เพื่อโน้มน้าวให้สามีใส่ถุงยางอนามัย/ใช้วิธีการคุมกำเนิด ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และวิธีแก้ไขปัญหา และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการคุมกำเนิด รวมทั้งทบทวนวิธีการคุมกำเนิด ชนิดต่าง ๆ เน้นย้ำถึงการขอคำปรึกษา/คำแนะนำจากผู้วิจัยทางไลน์กลุ่มหรือไลน์ส่วนตัว

สัปดาห์ที่ 7 ติดตามเยี่ยมและกระตุ้นเตือนทางไลน์ ส่วนบุคคล ส่งข้อมูลหรือวิดีโอวีธีการคุมกำเนิดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ ทบทวนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขทางไลน์กลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ผู้ที่ช่วยเหลือด้านการเงิน และเพื่อนสนิทวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการวางแผนการตั้งครรภ์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 3 ข้อ 3) ความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง¹³ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ⁹ ประกอบด้วย ด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ด้านการมีอำนาจต่อรอง และด้านความตั้งใจในการคุมกำเนิด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 25 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น หลังคลอด เท่ากับ .91 และ .93 ตามลำดับ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ทั้งสองฉบับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารเลขที่ 1/2563 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะของการศึกษา และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีผลต่อการบริการที่จะได้รับ รวมถึงการเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า

1. ความตระหนักรู้ในตนเองของมารดาวัยรุ่น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองของมารดาวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)			Independent t-test	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.80	.49	มาก	3.79	.61	มาก	.051	.480
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.78	.17	มากที่สุด	4.10	.55	มาก	5.836	.000*

* p-value < .05

พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองในระดับมาก (M = 3.80, SD. = .49) และกลุ่มเปรียบเทียบในระดับมาก (M = 3.79, SD. = .61) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้นจากระดับมากเป็นระดับมากที่สุด (M = 4.78, SD. = .17) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเท่าเดิม (M = 4.10, SD. = .55) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองของมารดาวัยรุ่น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 25)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 25)			Paired t-test	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	3.80	.49	มาก	4.78	.17	มากที่สุด	-9.135	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.79	.61	มาก	4.10	.55	มาก	-2.828	.009

* p-value < .05

พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเอง ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 25)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)			Independent t-test	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	49.04	9.14	ปานกลาง	48.44	10.02	ปานกลาง	.221	.42
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	72.32	2.23	มาก	55.48	11.05	ปานกลาง	7.469	.000*

* p-value < .05

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 49.04, SD. = 9.14) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 48.44, SD. = 10.02) เช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (M = 72.32, SD. = 2.23) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง (M = 55.48, SD. = 11.05) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ของมารดาวัยรุ่น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)

พฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired t-test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	49.04	9.14	ปานกลาง	72.32	2.23	มาก	-12.364	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	48.44	10.02	ปานกลาง	55.48	11.05	ปานกลาง	-3.226	.004*

* p-value < .05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหลังเข้าร่วมโปรแกรมดี

วก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองของมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้รู้จักและเข้าใจตนเองเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ รับรู้ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำที่มีต่อตนเอง และรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ โดยให้ความรู้และขมวดิทัศน์เกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ สถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ให้วิเคราะห์ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำของตนเอง ผู้วิจัยสะท้อนความคิดให้มารดาวัยรุ่นทบทวนคำตอบ และทบทวนความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักรู้ที่มุ่งเน้นภายในตนเอง ผลการประเมินจึงพบว่า มารดาวัยรุ่น เกิดการตระหนักรู้ถึงสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ และตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการเจรจาต่อรองกับสามีในการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ส่งผลให้ความตระหนักรู้ในตนเองของมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากระดับมากเป็นระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ที่พบว่า การสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำผ่านขั้นตอนการเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงถึงสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำ และสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณทำให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำด้านความตระหนักรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมที่จัดขึ้นตามแนวคิดของการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ข้อมูลโดยการบรรยาย และให้ขมวดิทัศน์ซึ่งเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงและเป็นไปตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ แนวทางในการป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำ การวางแผนครอบครัวและวิธีการคุมกำเนิดต่าง ๆ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย และให้วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ซ้ำของตนเอง ทำให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้และเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง และสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ โดยให้ตัวแบบมีชีวิต คือ มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ซ้ำ มาเล่าประสบการณ์ และการ

แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้มารดาวัยรุ่นตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการตั้งครรภ์ซ้ำ มีความกลัวและไม่อยากให้เกิดเหตุการณ์นั้นกับตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และตัวแบบมีชีวิตที่ป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำได้สำเร็จ มาพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้มีการให้ความรู้ และทางเลือกในการวางแผนชีวิตเพื่อศึกษาต่อหรือประกอบอาชีพ กระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นวางแผนและตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง และมอบคู่มือการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทบทวน ที่บ้าน และมีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มไลน์ ให้ข้อมูลต่าง ๆ สอบถามปัญหา ให้คำแนะนำ รวมทั้งให้แรงเสริมผ่านกลุ่มไลน์ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมการพัฒนาทักษะพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด โดยสาธิตสาธิตย้อนกลับและฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ และทักษะการเจรจาต่อรอง เพื่อให้สามีใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหากมีเพศสัมพันธ์ ร่วมวิเคราะห์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติ และสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยกระตุ้นเตือน ส่งข้อมูล ต่าง ๆ ทางไลน์ เพื่อสร้างความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่าง และในสัปดาห์ที่ 6 มีการติดตามการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สามีมีเพศสัมพันธ์ก่อนมารับบริการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ เล่าประสบการณ์ในการใช้ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อโน้มน้าวให้สามีใส่ถุงยางอนามัย/ใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่น และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้คุมกำเนิดเลือกวิธีการคุมกำเนิด รวมทั้งเน้นย้ำถึงการขอคำปรึกษา/คำแนะนำจากผู้วิจัยทางไลน์กลุ่มหรือไลน์ส่วนตัวได้ตลอดเวลา ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴ ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของคู่สมรสกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการฝึกทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยจัดกิจกรรมตามแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในปฏิบัติพฤติกรรม สามารถทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด เกิดการตระหนักรู้ สามารถรับรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดกับตนเองและทารกหากเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำขึ้น มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ดี ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของพีชเชอร์และพีชเชอร์¹² ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีนั้น ต้องเกิดจากการได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ และรับรู้อันตราย หากละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องจะทำให้โรครุนแรงขึ้น เมื่อได้รับข้อมูลที่ดี ได้รับแรงจูงใจให้มีการแสดงออกและมีทักษะพฤติกรรมที่ถูกต้องสม่ำเสมอจนกลายเป็นนิสัย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพในเชิงบวก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สำหรับพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่าย เพื่อนำโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้ และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสำหรับมารดาวัยรุ่นไปใช้ ในโรงพยาบาลหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาโดยใช้แรงสนับสนุนจากสามีหรือเพื่อนสนิทของมารดาวัยรุ่นมาใช้ร่วมกับโปรแกรมพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ คือ สามี และเพื่อนสนิทที่ตั้งครรภ์ซ้ำ

References

1. Arayajaru P, Pataipakaipet K, Oumkreu A. Repeat Pregnancy among Adolescent Mothers: The Risk Factors and The Impacts on Maternal and Child's Health. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3): 86-92 (in Thai)
2. Pungbangkadee R, Ratinthorn A. Factors and consequences of Repeat Pregnancy among Teenagers: A Case Study in Bangkok Metropolis. Journal of Nursing Science. 2014; 32(2): 23-31. (in Thai)
3. Sivilai K. Repeated Pregnancy among Adolescents: A Case Study in a Community Hospital Southern Thailand. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016; 3(3): 142-52. (in Thai)
4. Wisarutkasempong A, Muangpin S. Factors related to the intention to repeat pregnancy among pregnant adolescents. Srinagarind Medical Journal of Nursing Science. 2015; 30(3): 262-9. (in Thai)
5. Laksitanon R, Jatupornpoem, Factors Related to Repeat pregnancy among adolescents in Public Health Region 5. The 5th Regional Health Promotion Center. Research report. Rajburi. 2018.(in Thai)
6. Suriyaprom A. Petchaburi Inspection report of The 5th Regional Health Promotion Center. Inspection report. Petchaburi Province. 2019. (in Thai)
7. Sribenchamas N, Samruayruen K, Kongpracha A, Poocharoen O. Factors affecting to behaviors preventing unwanted pregnancy of female senior high school student, Muang District, Phitsanulok province. The 3rd National conference Report of Kamphaengphet Ralabhat University. 2016; 3(2): 260-272. (in Thai)
8. Rojruangnon P, Nititham A, Teravecharoenchai S. Factors Related to Preventive Behaviors of Unexpected Pregnancy among the Female Undergraduates, Bangkok Metropolis. J Sci Technol MSU. 2017; 36(2): 194-202.(in Thai)

9. Sivilai K. Effect of Empowerment Program on Behaviors for Prevention of Repeated Pregnancy among Postpartum Teenage Women. [dissertation] Prince of Songkla University; 2010. (in Thai)
10. Konchaie N, Nirattaradorn M, Buaboon N, Sanguanklin N. The Effects of A Self Efficacy Promotion Program and Husband Participation on The Repeated Pregnancy Prevention Behaviors among Adolescent Mothers. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2018;19: 326-35 (in Thai)
11. Wattanathamrong V, Sirisophon N, Kainakha P, Onsiri S, Amitpie C, Anek A, et.al. Factors Related Intention Contraception Type Implants in Repeat Pregnancies Adolescents. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2017;18: 102-11 (in Thai)
12. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior. Psychological Bulletin. 1992. 111, 455-74.
13. Duval TS, Wicklund RA. A theory of objective self-awareness. Oxford, England: Academic Press. 1982.
14. Jaiyasit R, Lapvongwattana P, Chansatitporn N. Application of The Information Motivation and Behavioral Skills of Model for Pregnancy Prevention in Female Secondary Students. Journal of Public Health Nursing. 2018; 32(3): 1-17.(in Thai)

ผลของโปรแกรมฝึกการดูแลต่อทักษะการปฏิบัติ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและผลลัพธ์การดูแล

Effects of the Care Training Program on Application Skills of Caregivers of Older Adults Stroke Survivors in Communities and Clinical Outcomes

ภาวดี วิมลพันธุ์* พัทรี จิตเอื้ออังกูร

Pawadee Wimolphan* Patcharee Jiteurangoon

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

School of nursing, Mae Fah Luang University, Chiangrai, Thailand 57000

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลต่อทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์การดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 60 คน สุ่มแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฝึก 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามปกติ ประเมินผลหลังเสร็จการทดลองอีก 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือในการทดลอง เป็นโปรแกรมฝึกการดูแล ประกอบด้วย คู่มือเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และกิจกรรมการดูแล แผนการสอนผู้ดูแล และวิดีโอต้น เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสำคัญแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแล และแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เครื่องมือทั้งหมดผู้วิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า CVI = 1 และได้ตรวจความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ค่า KR 20 = .812 วิเคราะห์คะแนนทักษะการปฏิบัติและจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองโดย dependent t-test ส่วนความแตกต่างของจำนวนผู้ที่มีผลกดทับในแต่ละระดับวิเคราะห์โดย χ^2 test ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนทักษะการปฏิบัติหลังการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผลลัพธ์การดูแลพบว่า ภาวะแทรกซ้อนในรอบ 1 เดือน ได้แก่ จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจำนวนผู้ที่เกิดผลกดทับในแต่ละระดับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลไม่แตกต่างกัน ($p = .213$)

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลประจำวันสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกการดูแล ทักษะการปฏิบัติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลลัพธ์การดูแล

*Corresponding Author: E mail pawadee.wim@mfu.ac.th

วิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงและหน่วยวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ

This study was supported by Mae Fah Luang University and Aging Care Research Unit

วันที่รับ (received) 8 ส.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 เม.ย. 2565

Abstract

This quasi-experimental research aimed to test effects of the care training program on application skills of caregivers of older adults stroke survivors in communities and clinical outcomes. Samples were sixty caregivers of older adult stroke survivors living in Wiangchai district, Chiangrai. Those samples with purposive sampling were equally divided into an experimental and a control group. The experimental group received 8 weeks care training program, while the control group was not getting any treatment. Application skills and clinical outcomes were measured at 4-weeks after the intervention completion. Research instruments were 1) experimental tools: the care training program included the manual of cerebrovascular disease in older adults and the caring, lesson plan, and VDO. 2) collection tools: demographic data, measure tool for the ability of care, and procedural skills practice. All tools were tested for the validity from five experts; CVI = 1. Additionally, the assessment tool was tested for reliability; KR 20 = .812. Dependent t-test was for the mean difference testing of the application skills score, and number of complications after the experiment between two groups. Furthermore, Chi-square test was for the difference of numbers of samples with each level of pressure sores.

Findings: Application skills of the experimental group were significantly higher than control group ($p < .001$). The Incidence of falls in experimental group was lower than the control group ($p < .05$). No significant difference of pressure sore between two groups ($p < .213$).

Results of this study could be applied for daily care plan of older adults stroke survivors in communities.

Keywords: the Care Training Program, Application Skills, Caregivers of Older Adults Stroke Survivors, Clinical Outcomes

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ผู้รอดชีวิตและพิการจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปัจจุบันแนวโน้มการเกิดโรคและการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุไทยสูงขึ้น โดยในช่วง 10 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 433,628 คน และเสียชีวิต 21,657 คน¹ พบบ่อยในผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี² เกิดขึ้นแบบกะทันหัน อาการที่พบบ่อย เช่น ชาหรืออ่อนแรงที่หน้า แขนและขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย สับสน พูดไม่ชัด การมองเห็นไม่ชัดเจน ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง วิงเวียน เดินเซและการทรงตัวลำบาก ปวดศีรษะ อาการที่เกิดขึ้นจะนานเกิน 24 ชั่วโมง บางรายเกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตหรือกลับเป็นซ้ำ ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนตามมา วินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมองได้จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

(MRI) การรักษาโรคในระยะแรกหากเป็นชนิดมีเลือดออกในสมองจะเป็นการหยุดเลือดที่ออก แต่หากเป็นชนิดสมองขาดเลือดจะเป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีด (rt-PA) เมื่อการรักษาได้ผลในระยะต่อมาจะเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ การเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะทำให้ครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลเป็นเวลานานและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ส่งผลกระทบด้านจิตสังคมต่อผู้สูงอายุและครอบครัว การดูแลที่ดีจะช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรค ฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำรวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน² พยาบาลจึงควรส่งเสริมและพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (application skills)³ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁴ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่ปัจจุบันพยาบาลยังมีความต้องการองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁴ ในขณะนี้

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลยังมีความต้องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง⁵ หลายรายยังขาดอุปกรณ์และการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพ และมีความรู้ในเรื่องการดูแลที่ไม่เพียงพอ⁶ แม้จะมีการศึกษาวิธีพัฒนาทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว^{7,8} แต่รูปแบบยังไม่หลากหลาย และการประเมินผลไม่ครอบคลุมมิติของความสามารถด้านความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์การดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นกลุ่มปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนี้จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี 2559-2562 มีแนวโน้มมากขึ้น ในปี 2561 พบผู้ป่วยที่มีความพิการร้อยละ 78.85 และเกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่ร้อยละ 0.41⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวต่อทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลและผลลัพธ์การดูแลโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยประยุกต์เนื้อหาจากแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน^{10,11} เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลและสามารถประยุกต์ใช้กับแผนการดูแลประจำวันกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย การใช้โปรแกรมฝึกการดูแลช่วยให้ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมากขึ้น และผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในรอบ 1 เดือนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลหลังใช้โปรแกรมฝึกการดูแลในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนในรอบ 1 เดือนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฝึกการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิด ischemic stroke เมื่อรอดชีวิตหลังการรักษาจะเกิดภาวะเรื้อรังและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านจึงควรมีความรู้และทักษะการดูแล จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ซึ่งเชื่อว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นความเข้าใจและความสามารถในการใช้ข้อมูลของบุคคลเพื่อให้มีความรู้พื้นฐานซึ่งจำเป็นในการตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพโดยใช้ทักษะด้านการคิดรู้และสังคม แบ่งเป็นระดับหน้าที่ ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ 4 ส่วน ทักษะการปฏิบัติเป็นความสามารถด้านความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพทุกระดับ³ ดังนั้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรมฝึกการดูแลที่ประยุกต์จากแผนการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน⁹ ที่พัฒนาตามแนวคิด The fulfilment of needs concept¹² และมีขั้นตอนการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ JBI Model of Evidence-based Healthcare¹¹ เนื้อหาประกอบด้วย 1) กิจกรรมดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) กิจกรรมเพื่อการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จะช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ประเมินได้จากคะแนนทักษะการดูแล ประกอบด้วย คะแนนความสามารถในการดูแลและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผลลัพธ์ประเมินจากจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในรอบ 1 เดือนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฝึกการดูแล ได้แก่ จำนวนการเกิดการสำลักอาหาร ปอดอักเสบ การพลัดตกหกล้ม การอักเสบของระบบทางเดิน ปัสสาวะ การบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ และการเกิดแผล กดทับในแต่ละระดับ เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมฝึกการดูแลต่อทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและผลลัพธ์การดูแล เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง การดำเนินงานวิจัยมีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในชุมชนเขตอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ในระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในชุมชนอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ระหว่างมกราคมถึงมีนาคม 2563 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน¹³ กลุ่มตัวอย่างถูกจับคู่ (matched pair) ในเรื่องเพศ กลุ่มวัย ระดับการศึกษา การมีผู้สนับสนุนในการดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำแนกโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ 2) กลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง 3) กลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองไม่ได้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งแรกไม่เกิน 6 เดือน 2) สื่อสารด้วยภาษาไทย ได้เข้าใจ ถ้าอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีผลการประเมิน The Mini-Cognitive Assessment ปกติ หากอ่านหนังสือ ไม่ออกจะต้องมีผู้อื่นอ่านและอธิบายให้ฟัง 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่ม ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดการดำเนินงานวิจัยเนื่องจากเหตุผลส่วนตัวหรือไม่สามารถหาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขณะผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม ผัก การดูแล สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประยุกต์เนื้อหาจากแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน¹⁰ ที่มาจากแนวคิด The fulfilment of needs concept¹² แล้วพัฒนาตามขั้นตอนของ JBI Model of Evidence-based Healthcare¹¹ มีค่า CVI = 1 สื่อและเอกสารที่ใช้ประกอบด้วย

1.1 หนังสือคู่มือ มีเนื้อหาและรูปร่างประกอบแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ 2) แนวทางการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว แบ่งเป็นกิจวัตรประจำวันและกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การดูแลด้านอาหาร การจัดทำ การดูแล การเคลื่อนไหวร่างกาย การบริหารร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลเรื่องยา การดูแลเรื่องยา ความสะอาดและปลอดภัย ของที่อาศัย 3) ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การเตรียมอาหาร การพุง การพลิกตะแคงตัวและจัดท่านอน การทำ ความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ การดูดเสมหะในปาก การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย การบริหารร่างกาย การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับ และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

1.2 แผนการสอนผู้ดูแล เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1.3 วิดีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสำคัญแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับหนังสือคู่มือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ พัฒนาขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลตัวแปรในการวิจัย คือ ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประเด็นประเมินประยุกต์เนื้อหาตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน¹⁰ ที่มาจากแนวคิด The fulfilment of needs concept¹² และพัฒนาตามขั้นตอนของ JBI Model of Evidence-based Healthcare¹¹ มีค่า CVI = 1 แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การมีผู้สนับสนุนในการดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประเด็นการดูแลที่สำคัญ มี 31 ข้อ ให้คะแนน 1 สำหรับการปฏิบัติหรือคำตอบที่ถูก และคะแนน 0 สำหรับการปฏิบัติหรือคำตอบที่ไม่ถูก ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามขั้นตอนกิจกรรมแต่ละชนิดในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 113 ข้อ ให้คะแนน 1 สำหรับกิจกรรมที่ปฏิบัติได้หรือ
คำตอบที่ถูกต้อง และคะแนน 0 สำหรับกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ได้
หรือไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมฝึกการดูแล ผ่านการหาความตรง
ของเนื้อหา (content validity index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ
5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล
ผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล
ชุมชน 1 ท่าน อาจารย์กายภาพบำบัด 1 ท่าน พยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
โรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 แล้วทดลองใช้
กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย
จากนั้นปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสม

2. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมองผ่านการหาความตรงของเนื้อหาจาก
ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
การพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
การพยาบาลชุมชน 1 ท่าน อาจารย์กายภาพบำบัด 1 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน แพทย์
ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 แล้ว
ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน
และหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตร Kuder
Richardson 20 ได้ค่า KR 20 = .812

การรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขั้นเตรียมการ 1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำโปรแกรมฝึกการดูแลและเครื่องมือ
ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 3) ประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัย
ซึ่งเป็น นักศึกษาพยาบาล 3 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
สมเด็จพระญาณสังวร 4 คน เกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัยและ
การรวบรวมข้อมูล จากนั้นหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (inter-rater reliability) 4) ทดสอบความเที่ยงตรง
ของโปรแกรมฝึกการดูแลและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม
ข้อมูลแล้วปรับปรุงเนื้อหา 5) จัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้อง
และแบบสอบถาม

ขั้นการดำเนินงาน 1) ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง
ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระ
ญาณสังวรและพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 2) คัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) ประชุม
ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและเป็นการ

พิทักษ์สิทธิ์ 4) เก็บรวบรวมข้อมูลทักษะการปฏิบัติของกลุ่ม
ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และ
การสัมภาษณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ได้แก่ จำนวนครั้งการสำลักอาหาร ปอดอักเสบ การพลัดตก
หกล้ม การอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ การบาดเจ็บของ
กระดูกและกล้ามเนื้อ และการเกิดแผลกดทับแต่ละระดับ
ข้อมูลที่ได้ เป็นข้อมูลทักษะการปฏิบัติและผลลัพธ์การดูแล
ก่อนการทดลอง ของทั้งสองกลุ่ม 5) ดำเนินการทดลองโปรแกรม
ฝึกการดูแล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มทดลอง ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกการดูแล
8 สัปดาห์และดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องนาน 12 สัปดาห์ กิจกรรม
มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำรายละเอียด
การดำเนินงานวิจัย จากนั้นให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติ
กิจกรรมการดูแลสำคัญของผู้ดูแลตามแผนการสอนโดยใช้สื่อ
คือวิดีโอทัศน์และคู่มือการปฏิบัติ แบ่งกลุ่มฝึกตามความต้องการ
ในการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละราย นัดหมายวันทำกิจกรรม
ในสัปดาห์ต่อไป แล้วให้ปฏิบัติต่อบ้าน หากมีปัญหามาหา
โทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มทดลอง
เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการดูแล
จากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแล
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนทักษะการปฏิบัติและ เน้น
เรื่องการป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง และการดูด
เสมหะทางปาก นัดหมายในครั้งต่อไป แล้วให้ปฏิบัติต่อบ้าน
หลังกิจกรรมผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดูแล

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มทดลอง
เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการดูแล
จากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแล
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนทักษะการปฏิบัติ
และเน้นเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การพลิกตะแคงตัว
และการจัดท่า การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว
ร่างกาย และการบริหารร่างกาย นัดหมายในครั้งต่อไป
แล้วให้ปฏิบัติต่อบ้าน หลังกิจกรรมผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
ที่มีปัญหาการดูแล

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มทดลอง
เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการดูแล
จากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแล
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนทักษะการปฏิบัติและ

เน้นเรื่องการทำความสะดวกสบายวัยชรา การดูแลการขับถ่าย อุจจาระ การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ นัดหมายในครั้งต่อไป แล้วให้ปฏิบัติที่บ้าน หลังกิจกรรมผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดูแล

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการดูแล จากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนทักษะการปฏิบัติ และเน้นเรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม นัดหมายในครั้งต่อไป แล้วให้ปฏิบัติที่บ้าน หลังกิจกรรมผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดูแล

สัปดาห์ที่ 6-7 กลุ่มทดลองปฏิบัติตามการดูแลผู้สูงอายุตามโปรแกรมฝึกการดูแล

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการดูแล จากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แจ้งวันนัดหมายในสัปดาห์ที่ 12 แล้วให้ปฏิบัติที่บ้านช่วงสัปดาห์ที่ 9-11 หลังกิจกรรมผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดูแล

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และสัมภาษณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลทักษะการปฏิบัติและผลลัพธ์การดูแลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 12 สัปดาห์ กิจกรรมมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-11 ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามปกติ (conventional care) ซึ่งเป็นดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างและแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และสัมภาษณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลทักษะการปฏิบัติและผลลัพธ์การดูแลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม จากนั้นให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสำคัญของผู้ดูแลตามแผนการสอนโดยใช้สื่อคือวีดิทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป

ขั้นประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานวิจัย แล้วเผยแพร่ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าโปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย dependent t-test

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแผลกดทับแต่ละระดับหลังเข้าโปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย χ^2 test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2562 เลขที่ COA 329/19

ผลการวิจัย มีดังนี้

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 83.4 อายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีผู้สนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3 เดือนแต่ไม่เกิน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนมาร้อยละ 40 เป็นพ่อบ้านแม่บ้าน สถานภาพสมรสเป็นสามีหรือภรรยาร้อยละ 43.30 มีรายได้ครอบครัวเพียงพอจำนวนร้อยละ 50 และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มเป็น stroke ชนิด ischemia ที่มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.67 อยู่ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีความแตกต่างในด้านปัจจัยที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง และจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแต่ละระดับ นอกจากนี้พบว่าผลการทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย F-test 2 sample for variance ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนของทั้งสองกลุ่ม เช่น การสำลักอาหาร ปอดอักเสบ การอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ และการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น คะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งด้านความสามารถในการดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แต่จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับแต่ละระดับหลังการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t-value	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. คะแนนทักษะปฏิบัติ						
1.1 ความสามารถในการดูแล						
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	27.83	2.03	11.57	9.18	9.63	<.001*
1.2 ความสามารถในการปฏิบัติ						
กิจกรรมการดูแล	80.90	13.93	18.03	23.72	13.07	<.001*
2. ผลลัพธ์การดูแล						
- จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	0.10	0.31	0.33	0.71	-2.54	.008*

* p-value <.05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งด้านความสามารถในการดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับแต่ละระดับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับแผลกดทับ	Control	Experimental	Chi-Square	p-value
ผิวหนังปกติ	25 (41.7%)	29 (48.3%)	3.91	.213
แผลกดทับเกรด 1	4 (6.7%)	1 (1.7%)		
แผลกดทับเกรด 2	1 (1.7%)	0 (0%)		

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับแต่ละระดับหลังการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการปฏิบัติหลังใช้โปรแกรมฝึกการดูแลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

โดยทั้งคะแนนความสามารถในการดูแลและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับความรู้ตามโปรแกรมฝึกการดูแล ประกอบด้วย 1) หนังสือคู่มือ ซึ่งเนื้อหาอธิบายเรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และการดูแลในกิจกรรมสำคัญด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมเพื่อ

การรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีภาพวาดประกอบการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายขึ้นโดยเฉพาะสูงอายุ 2) แผนการสอนผู้ดูแลเรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) วิดีทัศน์ เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสำคัญแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทุกกิจกรรมจะมีการบรรยายเนื้อหาประกอบการสาธิตเพื่อให้ผู้ชมเข้าใจง่ายขึ้น การจัดให้มีทั้งหนังสือและวิดีโอที่มีเนื้อหาเดียวกันสำหรับผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเลือกใช้สื่อเพื่อศึกษาการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเฉพาะ ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุและเริ่มมีความบกพร่องในการมองเห็น หรือได้ยิน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี จึงมีโอกาสดูเข้าถึงสื่อเพื่อเรียนรู้ได้มากขึ้น นอกจากนี้การที่เนื้อหา ของโปรแกรมฝึกการดูแลได้รับการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จึงทำให้แนวทางปฏิบัติถูกต้องและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้⁹ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3 ถึง 6 เดือน และมีผู้ สนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ แม้บางรายมีรายได้ครอบครัว ไม่เพียงพอ จึงเกิดความรู้มากขึ้น และสามารถให้การดูแลโดยปฏิบัติตามโปรแกรมฝึกการดูแลได้จริง ได้มีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลเกิดกระบวนการพัฒนาทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหว ร่างกายระยะแรก⁷ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลาต่อ เนื่องร่วมกับการฝึกทักษะการดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะ ในการดูแลมากขึ้น⁸ ดังนั้นกลุ่มทดลองที่ได้ปฏิบัติตามโปรแกรม ฝึกการดูแลทุกวันนาน 12 สัปดาห์จึงได้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับหน้าที่ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ^{3,4} จนสามารถเพิ่มศักยภาพด้านทักษะการปฏิบัติ ทั้งด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างและแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาล

หลังเข้าโปรแกรมฝึกการดูแลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่เกิดการสำลักอาหาร ปอดอักเสบ การอักเสบ ของระบบทางเดินปัสสาวะ การบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ และจำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับแต่ละระดับในรอบ 1 เดือนไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่า

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองทั้งหมดมีพยาธิสภาพสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐานคือ ยาละลายลิ่มเลือด ทำให้ร่างกายมีโอกาสนในการฟื้นฟูสภาพและเคลื่อนไหวได้มากขึ้น ส่วนใหญ่ มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ร่างกาย เล็กน้อย ยังสามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนมากเป็นพ่อบ้านแม่บ้านและเป็นสามีหรือภรรยา ทำให้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ เป็นผลให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การสำลักอาหาร ปอดอักเสบ การอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ การบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น รวมทั้งจำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับในแต่ละระดับไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในรอบ 1 เดือนหลังการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุของทั้งสองกลุ่มถึงแม้ไม่มีความแตกต่างของจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ตามโปรแกรมฝึกการดูแลซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจึงมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวพบว่า โปรแกรมดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการพัฒนาทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรก⁷ ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น และจากการทบทวนผลการวิจัยเกี่ยวกับวิธีป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบบ่อย และการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ไม่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พลัดตกหกล้ม¹⁵ ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงสามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้การศึกษาลักษณะในการดูแลหลังเข้าโปรแกรมใช้เวลาติดตามเป็นระยะเวลา 1 เดือน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรมฝึกการดูแลก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. โรงพยาบาลควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมฝึกการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในชุมชนเพื่อให้สามารถปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุได้ตามแผนการดูแลประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแนวทางป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อไป

References

1. Ministry of Health, Department of Disease Control. Bureau of Non-communicable Diseases Morbidity. Annual report 2017. 1st ed. Nonthaburi: Ministry of Health; 2017. (In Thai).
2. Jett KF. Neurological disorders. In Touhy TA, Jett KF. (Editors.), Ebersole and Hess': Gerontological nursing & health ageing. 5th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2018. p.92-109.
3. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. Patient Education and Counseling 2010;79:36-42. doi.10.1016/j.pec.2009.10.001
4. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. Health Evaluation and Promotion 2015;42:16-21.
5. Pindus DM, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell AV, Aziz NAB, Mant J. Stroke survivors' and informal caregivers' experience of primary care and community healthcare services-a systematic review and meta- ethnography. PLOS 2018;1-23. doi.org/10.1371/journal.pone.0192533
6. Wimolphon P, Pidchalard K, Panya P, Jitaeangkul P. Health Conditions and Care Needs in the Dependent Community-dwelling Elderly in Thailand. Chiangrai: Mae Fah Luang University; 2019. (In Thai).
7. Junsree V, liangchawengwong S, Muengtawepong S. The Effects of a Family Management-Enhancing Program on The Caregivers' skill of An Early Mobility of Stroke Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(3):411-420. (in Thai).
8. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, Leelacharas S, Waters CM. A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. Asian Nursing Research. 2017;11(2):150-157.
9. Somdet Prayannasungworn Hospital. Annual statistics of Somdet Prayannasungworn Hospital. Chiangrai: Somdet Prayannasungworn Hospital; 2018. (in Thai).
10. Wimolphon P, Pidchalard K, Panya P, Jitaeangkul P. Development of the Care Plan for Caregivers of Communities Dwelling Older Adult Stroke Survivors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3):237-46. (in Thai).
11. Godfrey CM, Harrison MB. Systematic review resource package: the Joanna Briggs Institute method for systematic review research quick reference guide. Kingston: Queen's university; 2015.
12. Ventegodt, S, Merrick, J., & Andersen, NJ. Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of life Concept. The Scientific World Journal. 2003 Oct; 3:1030-1040. doi: 10.1100/tsw.2003.82

13. Whitehead AL, Julious SA, Cooper CL, Campbell MJ. Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. *Statistical Methods in Medical Research* 2016;25:1057-73. doi: 10.1177/0962280215588241
14. Ministry of Health, Medical department. Manual of screening/older adults assessment. Bangkok: Veterans Organization; 2015. (In Thai).
15. Denissen S, Staring W, Kunkel D, Pickering RM, Lennon S, Geurts ACH, Weerdesteyn V, et al. Interventions for preventing falls in people after stroke. *Stroke*;51(3): e47-e4.

ผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

The Development of Nutritional Promotion Model by Using Motivation
Interviewing among Pregnant Women in ANC Clinic, Regional Health
Promotion Center 10, Ubonratchathani

สิริพินท์ สิริโสภางษ์¹ ประเสริฐ ประสมรักษ์^{*2} ปราณี อุสุพันธ์¹ อมลวรรณ หวังสุข¹
Siripin Sirisophaphong¹ Prasert Prasomruk^{*2} Pranee Usupan¹ Amonwan Wangsuk¹
¹ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Regional Health Promotion 10 Ubonratchathani Thailand 34000

²มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ ประเทศไทย 37000

²Amnatcharoen Campus, Mahidol University Thailand 37000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 โปรแกรมแทรกแซง ประกอบด้วย 5 ครั้งคุณภาพ 1) กระตุ้นความตระหนักรู้ตัวเองและลูก 2) ทบทวนความก้าวหน้าภาวะสุขภาพแม่และลูก 3) สร้างความเชื่อมั่นรู้ทันอุปสรรค 4) เสริมพลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแม่สู่ลูก และ 5) ชี้คุณค่าภาวะสุขภาพลูกน้อย แต่ละครั้งจะมีการประเมินภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพ กำหนดเป้าหมายและวางแผนด้วยตนเอง เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 71 คน เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 45.1 เมื่ออายุครรภ์ก่อน 9 สัปดาห์ ร้อยละ 39.4 ภายหลังการทดลอง ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.001 และส่งผลให้น้ำหนักทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลดลง ดังนั้น จึงควรพัฒนาและขยายผลสู่หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมโภชนาการ

Abstract

This quasi-experimental research (single group, pre- and post-test) aimed to study the effect of nutritional promotion model among pregnant women by applying motivation interviewing (MI) in ANC Clinic, Regional Health Promotion 10, Ubonratchathani. The participants were selected pregnant women who came to the antenatal clinic for 5 times during 2017-2019. The intervention program was consisting of 5 quality times including, 1) Stimulating awareness of love for yourself and child 2) Reviewing progress of maternal and child health conditions 3) Building confidence, knowing obstacles, 4) Behavioral empowerment from mother to child and 5) the infant health status. Nutrition assessment, self-determination and health planning were using in each interview. The data were collected from antenatal care record and then analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test. The finding reveal that most of pregnant women (n = 71) who attended the antenatal care service were first pregnancy 45.1% and when pregnant before 9 weeks, 39.4. The average score of food consumption behavior and the weight of pregnant women was significantly different at the p-value <.001 which effected to decrease a number of underweight newborns. Therefore, it should be developed and expanded to the hospital.

Keywords: pregnant women, Motivation interviewing, Nutrition Promoting

บทนำ

ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของมารดาในช่วงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสมของทารกในครรภ์ หากเกิดภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้ากว่าปกติและเกิดภาวะน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 2,500 กรัม)¹ ซึ่งพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด²⁻³ จากสถิติในปี ค.ศ. 2008 พบว่า ทั่วโลกมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 15.5 โดยทวีปเอเชียมีสัดส่วนสูงสุด⁴ สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของน้ำหนักทารกแรกคลอดต่ำ ร้อยละ 8.6 ซึ่งความชุกของน้ำหนักทารกแรกคลอดอยู่ระหว่างร้อยละ 8-10 ตลอดทศวรรษที่ผ่านมา⁵ และรายงานประจำปี 2560 ของกรมอนามัยพบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 8.54 โดยในระดับเขตสุขภาพที่ 10 ในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงถึงร้อยละ 6.93 ซึ่งเพิ่มจากปี พ.ศ. 2558-2559 ที่พบร้อยละ 5.79 และ 5.98 ตามลำดับ⁶

การที่จะให้หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม หญิงตั้งครรภ์ควรมีภาวะโภชนาการปกติ โดยมีดัชนีมวลกายระหว่าง 20-25 กิโลกรัมต่อเมตร² ⁷ แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับอาหารไม่พอเพียงเป็นเวลานาน ส่งผลต่อโอกาสคลอดก่อนกำหนด⁸ ทำให้ทารกมี

อัตราการเสียชีวิตและภาวะผิดปกติสูงขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับอาหารปกติ ทั้งความผิดปกติทางกายภาพ ทางสติปัญญา และความพิการ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้เมื่อโตขึ้น⁹ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่⁸

การเพิ่มน้ำหนักตัวของมารดาสัมพันธ์กับการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารก ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเรื่องอาหารและการเพิ่มของน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ทั้งในรายที่ก่อนตั้งครรภ์น้ำหนักน้อย น้ำหนักปกติ และน้ำหนักเกิน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ด้วย¹⁰ การส่งเสริมโภชนาการที่ผ่านมา ใช้การประเมินการบริโภคอาหารใน 24 ชั่วโมง เพื่อนำมากำหนดการให้โภชนศึกษา ส่งผลให้มีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.7 กิโลกรัม¹¹ อัตราส่วนการเพิ่มของน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ OR = 4.8 (p<.05, 95%CI 1.48-16.05) รวมถึงส่งผลต่อความรู้ การรับรู้¹² การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การพักผ่อนและสุขนิสัยที่ดีขึ้น¹¹

อย่างไรก็ตามการให้สุศึกษาแบบเดิม ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยกว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ¹³ ปัจจุบันมีการศึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing: MI) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้¹⁴⁻¹⁶ รวมถึงการนำมาใช้สำหรับการเปลี่ยนพฤติกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อทั้ง

มารดาและทารก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่แตกต่างกันเชิงพื้นที่และวัฒนธรรม¹⁴ จะเห็นได้จากผลการนำไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์แรก เพื่อส่งเสริมการเข้าเรียนรู้หลักสูตรการเตรียมตัวคลอด ทำให้การเข้าร่วมสูงกว่าการบรรยายปกติ และมีโอกาสที่จะคลอดปกติมากกว่า¹⁵

ประเทศไทยมีระบบการดูแลภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ ปัจจุบันอัตราการรับบริการฝากครรภ์สูงกว่าร้อยละ 90⁵ เครื่องมือที่สำคัญคือ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งมีทั้งการบันทึกติดตามการรับบริการภาวะโภชนาการ ภาวะสุขภาพ และพัฒนาการเด็กต่อเนื่องจนถึงอายุ 5 ปี¹⁷ แต่จากรายงานประจำปี 2560 ของกรมอนามัย พบภาพรวมของบริการครบถ้วนที่พึงได้รับตามอายุครรภ์พบเพียงร้อยละ 16.7 ความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับในคลินิกสุขภาพเด็กดีร้อยละ 10.9⁶ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความ

จำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ โดยนำรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นต้นแบบ ที่จะนำไปขยายผลสู่คลินิกฝากครรภ์สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดเขตสุขภาพที่ 10 ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นภารกิจหลักของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเด็กมีพัฒนาการที่สมวัย เต็มที่เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด ในคลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

รูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ (5 ครั้งคุณภาพ)

MI 1: กระตุ้นความตระหนักรักตัวเองและลูก (อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์) เน้นการเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองที่มีต่อลูก ความสำคัญของการบันทึกพฤติกรรมการบริโภค และสะท้อนข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายด้วยตัวเอง

MI 2: ทบทวนความก้าวหน้าสุขภาพแม่และลูก (อายุครรภ์ 19 - 20 สัปดาห์) เน้นการทบทวนอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภาวะโภชนาการของแม่และการบันทึกพฤติกรรม

MI 3: สร้างความเชื่อมั่น รู้ทันอุปสรรค (อายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์) เน้นการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและสาเหตุในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต วิธีการก้าวผ่านอุปสรรคนั้น พร้อมให้คำชื่นชม และวางแผนแก้ไขไว้ล่วงหน้าเพื่อครอบคลุมทุกอุปสรรค

MI 4: เสริมพลังปรับพฤติกรรมแม่เพื่อลูกรัก (อายุครรภ์ 30 - 34 สัปดาห์) เน้นการความยั่งยืนของพฤติกรรม โดยการให้กำลังใจ แยกประเภทพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่คงที่แล้ว พฤติกรรมที่ยังไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่ยังปรับเปลี่ยนไม่ได้ เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสม

MI 5: ชี้คุณค่าภาวะสุขภาพลูกน้อย (อายุครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์) มุ่งเน้นถึงการคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับลูกที่กำลังจะคลอด ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางสำคัญ

- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
- ความเข้มข้นของเลือด
- น้ำหนักมารดา
- น้ำหนักทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ครบ 5 ครั้ง คุณภาพ ตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดออก หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาการสื่อสารและไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามและแบบบันทึก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบตามข้อเท็จจริง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลประวัติการฝากครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดลูกคนล่าสุด การฝากครรภ์ครั้งนี้

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของเลือด น้ำหนักมารดาที่เปลี่ยนแปลง และน้ำหนักทารกแรกเกิด จากแบบฟอร์ม 24 hour dietary recall และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บข้อมูล

2. เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 5 ครั้งคุณภาพ โดยแต่ละครั้งมี 7 ขั้นตอน ดังนี้

MI 1: กระตุ้นความตระหนักถึงตัวเองและลูก (อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) เน้นการเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองที่มีต่อลูก ความสำคัญของการบันทึกพฤติกรรมการบริโภค และสะท้อนข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายด้วยตัวเอง

MI 2: ทบทวนความก้าวหน้าสภาวะสุขภาพแม่และลูก (อายุครรภ์ 19-20 สัปดาห์) เน้นการทบทวนผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภาวะโภชนาการของแม่ อุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรม

MI 3: สร้างความเชื่อมั่นรู้ทันอุปสรรค (อายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์) เน้นการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยให้หญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอุปสรรคนั้น วิธีการก้าวผ่านอุปสรรคนั้น พร้อมให้คำชื่นชม วิเคราะห์ความเป็นไปได้สำหรับอุปสรรคในอนาคต รอบด้าน และวางแผนแก้ไขไว้ล่วงหน้าเพื่อครอบคลุมทุกอุปสรรค

MI 4: เสริมพลังปรับพฤติกรรมแม่เพื่อลูก (อายุครรภ์ 30 - 34 สัปดาห์) มุ่งเน้นการคงสภาพพฤติกรรมให้มีความยั่งยืน โดยการให้กำลังใจ แยกประเภทพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่คงที่แล้ว พฤติกรรมที่ยังไม่นิ่ง และพฤติกรรมที่ยังปรับเปลี่ยนไม่ได้ ชักชวนให้หญิงตั้งครรภ์เห็นศักยภาพตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงที่แล้ว นำพลังที่ใช้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวมาใช้กับพฤติกรรมที่ยังไม่นิ่งก่อน และจึงขยายมาสู่พฤติกรรมที่ยังปรับเปลี่ยนไม่ได้ เพื่อลดภาวะกดดัน

MI 5: ชี้คุณค่าภาวะสุขภาพลูกน้อย (อายุครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์) มุ่งเน้นถึงการคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับลูกที่กำลังจะคลอด ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางสำคัญ

ซึ่งทั้ง 5 ครั้ง มี 7 ขั้นตอน ที่สอดคล้องกับเป้าหมายแต่ละครั้ง ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) กำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา ที่สอดคล้องกับผลการประเมิน 3) กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 4) ผู้รับบริการสะท้อนความคิด ตัดสินใจด้วยตนเอง 5) ประเมินความมั่นใจและความพร้อมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจ 6) กระตุ้นความมั่นใจและชี้ให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง และ 7) สรุปวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 5/2560 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2560 โดยผู้วิจัย ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยให้ผู้ร่วมวิจัยลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต ดำเนินการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และรับสมัครผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรในพื้นที่ เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ติดตามได้ตลอดระยะเวลาโดยจัดอบรมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล บันทึกข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์ ในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ
2. สถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทั่วไป ประวัติการคลอดครรภ์ล่าสุด และประวัติการฝากครรภ์ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ จำนวน 71 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 42.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.2 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 36.6 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 36.6 มีประวัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ 26 คน โดยวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 28.2 ด้านประวัติการคลอดทารกคนล่าสุด ส่วนใหญ่ยังไม่เคยคลอด ส่วนในผู้ที่เคยคลอดแล้ว เป็นการคลอดปกติมากที่สุดร้อยละ 38.0 โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

และการคลอด ร้อยละ 94.7 ในผู้ที่คลอดบุตรคนล่าสุด 36 ราย ส่วนใหญ่บุตรคนล่าสุดมีน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 3,000-3,499 กรัม ร้อยละ 52.8 ปัจจุบันบุตรคนล่าสุดอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 61.1 ประวัติการฝากครรภ์ครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 45.1 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 9 สัปดาห์ ร้อยละ 39.4 มีดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก เกิน/อ้วน (BMI>23 กก./ม.2) ร้อยละ 38.0

ผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นทุก ๆ สัปดาห์ โดยค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างครั้งที่ 1 กับที่ 5 เท่ากับ 6.61 ± 2.19 คะแนน

2. ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หลังการทดลองมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น โดยค่าเฉลี่ยผลต่างของน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์กับสัปดาห์ที่ 36 เพิ่มขึ้น 12.22 ± 4.62 กิโลกรัม ส่วนความเข้มข้นของเลือดในครั้งแรกที่ฝากครรภ์ เมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 32 พบว่า เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จาก 35.82 ± 3.92 เพิ่มขึ้นเป็น 35.94 ± 3.24

3. น้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่า หลังการทดลองน้ำหนักทารกแรกเกิดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,000 - 3,499 กรัม ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือ ระหว่าง 2,500 - 2,999 กรัม ร้อยละ 36.6 โดยมีเพียงร้อยละ 5.6 ที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่อพิจารณารายปี จะเห็นว่าในปีที่ 2 และ 3 จำนวนทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีเพียงปีละ 1 รายเท่านั้น (ดังตารางที่ 1)

ตาราง 1 น้ำหนักทารกแรกเกิดจากมารดา ที่ได้รับการส่งเสริมโภชนาการ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ปี 2560-2562

น้ำหนัก	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	รวม
ต่ำกว่า 2,500 กรัม	2 (7.7)	1 (3.4)	1 (6.3)	4 (5.6)
ระหว่าง 2,500 - 2,999 กรัม	6 (23.1)	12 (41.4)	8 (50.0)	26 (36.6)
ระหว่าง 3,000 - 3,499 กรัม	13 (50.0)	10 (34.5)	4 (25.0)	27 (38.4)
ตั้งแต่ 3,500 กรัมขึ้นไป	5 (19.2)	6 (20.7)	3 (18.8)	14 (19.7)

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	Mean Difference	S.D.	95% CI	t	df	p-value
คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	12.22	4.62	11.12 - 13.31	22.29	70	<.001
น้ำหนักหญิงตั้งครรภ์	6.61	2.19	6.09 - 7.12	25.45	70	<.001
ค่าความเข้มข้นของเลือด	.12	.48	-.70 - .94	.29	70	.770

เปรียบเทียบผลของรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจพบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .001$ เช่นกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ ด้านประวัติการฝากครรภ์ครั้งนี้ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75.0 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับภาพรวมระดับประเทศที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ในปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 66.91, 74.42 และร้อยละ 80.59 ตามลำดับ¹⁸

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกเกิน/อ้วน สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพคนไทย ที่พบสัดส่วนผู้หญิงที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงมากกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นด้วย¹⁹

2. ผลของกิจกรรมแทรกแซง

2.1 ผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังการทดลองส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หญิงตั้งครรภ์มีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจจากภายใน ในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา

ที่ชัดเจน และตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง²⁰ โดยตลอดกระบวนการ MI 5 ครั้ง หญิงตั้งครรภ์มีการบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารครบถ้วนทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมเรียนรู้หลักสูตรเตรียมตัวคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม¹⁵

2.2 ผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

1) ค่าความเข้มข้นของเลือด ภายหลังการทดลองส่งผลให้ค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและไม่มีความสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากกลไกทางสรีรวิทยาของร่างกาย ขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 ที่มีการใช้เม็ดเลือดแดงเพิ่มให้ทารกในครรภ์มากขึ้น ส่งผลให้ตรวจพบความเข้มข้นของเลือดในสัปดาห์ที่ 32 ต่ำลง²¹ ดังนั้นในการส่งเสริมโภชนาการจึงจำเป็นต้องจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และยาวิตามินรวมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จะมีบทบาทในการทำให้หญิงตั้งครรภ์ ได้เห็นความสำคัญของข้อมูลระดับความเข้มข้นของเลือด และยอมรับในการรับประทานยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง

2) น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังการทดลองส่งผลให้แนวโน้มค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มขึ้น เมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเทียบเคียงกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

2.3 ผลต่อทารกแรกเกิด ภายหลังการทดลอง ส่งผลให้น้ำหนักทารกแรกเกิดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,000 - 3,499 กรัม ร้อยละ 38.4 โดยมีเพียงร้อยละ 5.6 ที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมระดับประเทศในปี พ.ศ. 2560-2562 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 5.88, 6.23 และ 6.35 ตามลำดับ และต่ำกว่าภาพรวมระดับเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเท่ากับ 6.93, 6.81 และ 6.33 ตามลำดับ²¹ สรุปได้ว่าการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจส่งผลต่อภาวะสุขภาพตามเป้าหมาย เช่นเดียวกับผลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น^{13, 23}

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้าง แรงจูงใจไปขยายผลในเขตสุขภาพที่ 10

2. ควรปรับปรุงสมุดอนามัยมารดาและทารก (สมุดสีชมพู) โดยเพิ่มเครื่องมือการบันทึกติดตามพฤติกรรม การบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยใช้การ สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

References

1. Dewey, K. G., & Cohen, R. J. Does. Birth spacing affects maternal of child nutrition status? A systematic literature review. *Maternal & Child Nutrition* 2007;3:151-73.
2. Pongcharoen, T., Gowachirapant, S., Wecharak, P., Sangket, N., & Winichagoon, P. Prepregnancy body mass index and gestational weight gain in Thai pregnant women as risks for low birth weight and macrosomia. *Asia Pac J Clin Nutr* 2016;25(4):810-17.
3. Anchaleechamaikorn P. Factors related to low birth weight newborns at Chaoprayayom-maraj Hospital, Suphanburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014;21(1): 58-70. (in Thai)
4. World Health Organization. Regional offices for South East Asia, high-level consultation to accelerate program towards achieving maternal and child health Mill mum Deleopment Goals (MDGs) 4 and in SEA, Ahmedabad, India 14-19 october. 2008.
5. National Statistical Office. Ministry of Information and Communication Technology. Final Report: The Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), 2016. (in Thai)
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Department of Health Annual Report 2017. Bangkok: Aksorn Graphic and Design printing, 2561.
7. Goldberg, G. Nutrition in pregnancy and lactation. In: *Nutrition Through the Life Cycle* (P Shetty ed.), 63-90. Leatherhead Publishing: Leatherhead, UK., 2002.
8. Koletzko, B., Symonds, M. E., & Olsen, S. F. Early Nutrition Programming Project; Early Nutrition Academy. Programming research: where are we and where do we go from here? *Am J Clin Nutr* 2011;94(6 Suppl):2036S-43S.
9. Institute of Medicine. Nutrition and pregnancy. National Academy Press. Washington DC, 1990.
10. Abrams B, Selvin S. Maternal weight gain pattern and birth weight. *ACOG* 1995; 86:163-9.
11. Sherin Daniel, Grana Pu Selvi Gnanaraj, Emershia Sharmine. Effect of nutrition education among pregnant women with low body mass index: a community based intervention. *Int J Community Med Public Health* 2016;3 (11):3135-39.

12. Thitpad C., Banchonhattakit P. Effects of eating behavior program for pregnant women with weight gain during pregnancy in ANC clinic, tertiary hospital, Khon Kaen province. *Srinagarind Medical Journal* 2012;27(4):347-53. (in Thai)
13. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30(5):1081.
14. Cynthia W. Morris., Cristine Garver-Apgar, Sara J. Mumby, Ashley M. Kayser, Chad D. Morris. Dimensions: Well body toolkit for healthcare provider (Supplement priority populations: Pregnant and postpartum). Colorado: University of Colorado Anschutz Medical Campus, School of Medicine, 2015.
15. Rasouli M, Atash Sokhan G, Keramat A, Khosravi A, Fooladi E, Mousavi SA. The impact of motivational interviewing on participation in childbirth preparation classes and having a natural delivery: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(4):631-9.
16. Butpunya Y. Nurses's Role in Alcohol Dependence Based on Motivation Interview Model. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017; 18(3): 1-8. (in Thai)
17. Bureau of Health Promotion, Ministry of Public Health. Mother and Child Manual. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health, 2016. (in Thai)
18. Bureau of Health Promotion, Ministry of Public Health. Mother and Child Manual: 24th years retrospection. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health, 2018. (in Thai)
19. Aekplakorn W. (editor) Thai people's health survey by physical examination The 5th time 2014. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2014. (in Thai)
20. Tiansaard J., Kanogsunthornrat N. Motivational Interviewing: Concept and application in persons with chronic kidney disease. *Rama Nurs J* 2016; 22(3): 223-232. (in Thai)
21. Scholl TO, Reilly T. Anemia, iron and pregnant outcome. *J Nutr* 2000; 130 Suppl 2: 443-7.
22. Gojuntak R., Suppaseemanont W., Sangin S. Effects of a perceived self-efficacy in nutrition enhancement program on nutrition health behavior and weight gain of primigravida pregnant women with pre-pregnancy overweight. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017;27(3):80-90. (in Thai)
23. Stotts A, Groff J, Velasquez M, Benjamin-Garner R, Green C, Carbonari J, et al. Ultrasound feedback and motivational interviewing targeting smoking cessation in the second and third trimesters of pregnancy. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2009;11:961-8.

ผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

The Effective of The well-being Program on Depressive Symptoms of Schizophrenic Patients

กิติกร พรมา* รังสิมันต์ สุนทรไชยา นุชนาถ บรรทุมพร

Kitikorn Pornma* Rangsiman Soonthonchaiya Nuchanart Bunthumporn

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 66 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาวะและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) โปรแกรมสุขภาวะ 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย ตรวจสอบคุณภาพโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.0) และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M = 2.2$, $SD = 1.40$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 8.6$, $SD = 2.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.579$, $p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะ ($\bar{D}_1 = 6.4$, $SD = .41$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .40$, $SD = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.41$, $p < .001$) ผลการวิจัยนี้ พบว่าโปรแกรมสุขภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้บำบัดอีกทางเลือกหนึ่งเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาวะ, อาการซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคจิตเภท

Abstract

This quasi-experimental control with a pretest-posttest measure to examination aimed the effective of the well-being program on depressive symptoms of schizophrenic patients. The sample is schizophrenic patients, receiving services in the inpatient department at a psychiatric hospital of 66 patients. Randomly assigned to the experimental and control groups, with 33 patients in each group. The experimental group participated in the well-being program, whereas the control group received routine nursing care. The research instruments were: 1) the well-being program, and 2) the Depression Assessment in Schizophrenia Thai version, which was content validated by 3 experts, Content validity index of 1.0, a Cronbach alpha coefficient of .83. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The research findings were as follows: 1) The mean score for depressive symptoms among the schizophrenia patients in the experimental group after

Corresponding Author: * E-mail: Kitikorn031@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 25 ธ.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 เม.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 พ.ค. 2564

participating in the well-being program ($M = 2.2$, $SD = 1.40$) was significantly lower than that before participating in the program ($M = 8.6$, $SD = 2.60$) at a statistical significance ($t = 15.579$, $p < .001$). 2) The mean difference score for the depressive symptoms among the schizophrenia patients between the pretest and posttest in the experimental group after participating in the well-being program ($\bar{D}_1 = 6.4$, $SD = .41$) was significantly different from that of the mean difference score for the depressive symptoms in the control group ($\bar{D}_2 = .40$, $SD = .18$) at a statistical significance ($t = 13.41$, $p < .001$).

The findings of this study that well-being program is able to reduce depression symptoms in patients with schizophrenia. Healthcare providers could use this program as an alternative intervention.

Keywords: well-being program, depression symptoms, patients with schizophrenia

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบได้บ่อยทั่วโลก พบความชุกร้อยละ 0.3-0.7¹ และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี² อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่สามารถเกิดได้ทั้งในคนปกติ เจ็บป่วยทางกาย รวมถึงผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต จากการศึกษาการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าอาการซึมเศร้าพบมากในผู้ป่วย โรคจิตเภท ในทุกช่วงของการเจ็บป่วยโดยพบความชุกประมาณร้อยละ 7- 80³ ความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังจากอาการสงบร้อยละ 20⁴ ในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกโดยมีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปีอยู่ร้อยละ 75.32⁵ และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบร้อยละ 35⁶ เช่นเดียวกับความชุก ณ ขณะของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบร้อยละ 21.3⁷ ที่ได้ศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทล้วนมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าได้ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินเพื่อเข้ารับการรักษำบำบัดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและให้ได้รับการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ ซึ่งผลกระทบของอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและเป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง^{6,8,9,10}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลคือ 1) ความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิต (Clinical insight)^{11,12} 2) อาการทางจิต³ 3) การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา¹³ 4) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย¹⁴ 5) อาการข้างเคียงของยา¹⁵ 6) การใช้สารเสพติด¹⁴ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) เหตุการณ์ความเครียดใน

ชีวิต⁹ 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม⁷ ปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิต (Clinical insight) ในเชิงลบจึงเป็นปัจจัยสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท^{5,14,16} เป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตัวเอง และประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเหตุทำให้ตนเองต้องสูญเสียบทบาทสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นดราม่า เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม¹¹ มักโทษตนเองว่าเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย มองตัวเองด้อยค่า ลดคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดเป็นอาการซึมเศร้า¹²

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง⁵ การช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกต่อตนเองในเชิงบวก เปลี่ยนแปลงไปสู่ความคิดและการกระทำในเชิงบวก ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดอารมณ์และความเข้าใจในเชิงลบ สอดคล้องกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ ที่ได้พัฒนาทฤษฎี “P.E.R.M.A.” เป็นแนวคิดในการพัฒนาความสุข และสุขภาวะโดยมี องค์ประกอบหลักของความสุข 5 องค์ประกอบ คือ 1) สภาวะของอารมณ์ที่ดี (Positive Emotion) 2) ความผูกพันในการทำกิจกรรม (Engagement) 3) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) 4) การรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย (Meaning) 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย (Accomplishment)¹⁷ หากช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและช่วยให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบให้ถูกต้อง ส่งเสริมให้มีความสุขหรือมีอารมณ์เชิงบวกจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้ จึงช่วยลดผลกระทบของอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและเป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง⁸ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิด

จิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ มาพัฒนาและประยุกต์เป็นโปรแกรมสุขภาวะ เพื่อศึกษาและนำไปเป็นอีกทางเลือกของการบำบัดที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

มีวัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสุขภาวะมี 5 กิจกรรม ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ ที่มีองค์ประกอบหลักอยู่ 5 องค์ประกอบ (P.E.R.M.A) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 “สถานะของอารมณ์ที่ดี” (Positive Emotion) ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ การรู้อารมณ์เชิงบวกหรือสภาวะอารมณ์ที่ดี ทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2 “ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย” (Engagement) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยใช้ทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำร่วมกันและเป็นไปได้

กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจ สัมพันธ์ที่ดี ระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” (Meaning) ค้นหาข้อดีของตนเอง ยอมรับความผิดพลาดของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้และความเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” (Accomplishment) ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายความต้องการที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรมและตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้า พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย

อาการซึมเศร้า
ของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18-59 ปี แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาได้รับยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์และ

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะลดลงหรือไม่
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะ แตกต่างจากอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะ
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คะแนนอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน คะแนนอาการซึมเศร้า (CDSS) 5-20 คะแนน สามารถพูด ฟัง เข้าใจภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 คำนวณกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้กำหนดค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.9618 แทนค่าในโปรแกรม G*Power version 3.1

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 60 คน แต่เนื่องจากป้องกันการคลาดเคลื่อนสูญหาย (drop out) จึงทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 10¹⁹ รวมเป็นทั้งหมดจำนวน 66 คน แล้วจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 33 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน โดยทำการสุ่มจับฉลาก ดึงผู้ป่วยใน 4 ดึง แบ่งเป็น ดึงชาย 2 ดึง และดึงหญิง 2 ดึง ดึงที่จับฉลากได้เลข 1 คือดึกที่จะถูกกำหนดให้เป็น ดึงทดลอง ดึงที่จับฉลากได้เลข 2 คือดึกที่จะถูกกำหนดให้เป็น ดึงควบคุม แล้วจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งได้กลุ่มทดลอง (Experimental Group) ดึงชายจำนวน 17 คน ดึงหญิงจำนวน 16 คน รวมเป็น 33 คน เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะ และได้กลุ่มควบคุม (Control Group) ดึงชายจำนวน 16 คน ดึงหญิงจำนวน 17 คน รวมเป็น 33 คน ซึ่งจะได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะแต่ละได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. ชุดแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ระยะการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตเภท ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยมีทั้งหมด 9 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน²⁰ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล (APN) และอาจารย์พยาบาล และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น รายได้ต่อเดือน ให้ปรับเป็นความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานจึงไม่มีรายได้ เป็นต้น

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ฉบับภาษาไทย²¹ เป็นแบบประเมินที่ใช้บอกระดับของอาการซึมเศร้า มี 9 หัวข้อ ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน หากได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่ามีอาการซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (Polit & Beck, 2008) คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha ecoefficiency) เท่ากับ .8319

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)²² เป็นแบบประเมินเพื่อตรวจสอบอาการ

ทางคลินิก ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใดๆ ทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาความสอดคล้องภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80¹⁹

4. โปรแกรมสุขภาวะ ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรมประยุกต์ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ 5 องค์ประกอบ (P.E.R.M.A) กิจกรรมที่ 1 “สภาวะของอารมณ์ที่ดี” (Positive Emotion) กิจกรรมที่ 2 “ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย” (Engagement) กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” (Relationships) กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” (Meaning) กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” (Accomplishment) ทำกิจกรรม ครั้งละ 90 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (จันทร์, พุธ, ศุกร์) จนครบ 5 ครั้ง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน นำโปรแกรมสุขภาวะไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างและเข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง โดยดำเนินการจบครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และอุปกรณ์อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการทำกิจกรรม ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ หนังสือรับรองรหัสโครงการวิจัย 043/2563 เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 040/2563 อนุมัติวันที่ 30 เมษายน 2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 018/2563 BRm_Ful เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 028/2563 อนุมัติวันที่ 26 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 51.5 ส่วนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็น ร้อยละ 51.5 ด้านอายุ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี เท่ากัน โดยคิด

เป็นร้อยละ 39.4 และ 33.3 ตามลำดับ ด้านการศึกษา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเหมือนกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 45.5 เท่ากัน ด้านศาสนา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีการนับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 94 และ 100 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 57.6 ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 63.5 ตามลำดับ ด้านความเพียงพอของรายได้ครอบครัว กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอมีพอกิน

คิดเป็นร้อยละ 60.6 และ 75.8 ตามลำดับ รองลงมาคือ รายได้ไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 21.2 ตามลำดับ และด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในแต่ละด้านด้วยสถิติ Chi square test และ Fisher's Exact test พบว่าไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไปที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน จึงเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากกิจกรรมของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดให้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 33)

คะแนนอาการซึมเศร้า	Mean (SD)	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	8.6 (2.60)	15.579	32	.000
หลังการทดลอง	2.2 (1.40)			

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 2.2, SD = 1.40) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามก่อนการทดลอง (M = 8.6, SD = 2.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 15.579, p<.05) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 33)

คะแนนอาการซึมเศร้า	Mean (SD)	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	9.1 (2.915)	1.876	32	.070
หลังการทดลอง	8.73 (2.46)			

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (M = 8.73, SD = 2.46) และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามก่อนการทดลอง (M = 9.1, SD = 2.915) ไม่แตกต่างกัน (t = 1.876, p>.05) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 66)

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	$\bar{D}_1$	SD	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	$\bar{D}_2$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	8.6 (2.60)			9.1 (2.92)				
		6.4	.41		.40	.18	13.41	.000
หลังการทดลอง	2.2 (1.40)			8.7 (2.43)				

จากการเปรียบเทียบ ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพ ($\bar{D}_1 = 6.4$, $SD = .41$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .40$, $SD = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.41$, $P < .001$) ตามตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ คือสามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพมีส่วนช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง เป็นผลจากกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ ตามทฤษฎี “P.E.R.M.A.” ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและช่วยให้ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างเหมาะสม จัดการกับปัจจัยเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางลบให้ถูกต้อง ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขหรือมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้นซึ่งจะไปช่วยลดอาการซึมเศร้าโดยผ่าน 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สภาวะอารมณ์ที่ดี” ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ จิตที่ออกมาจากความสงบของสมาธิจะช่วยให้คิดเรียนรู้ได้ดี²³ การระบุมารมณ์ จะช่วยให้เข้าใจถึงสภาวะของอารมณ์ที่ดีได้มากขึ้น¹⁸ ฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกและอารมณ์บวกที่มีผลดีต่อตนเองและบุคคลอื่น หากผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ก็จะทำให้รู้สึกดีมีความสุข นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลดีต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์²⁴ ซึ่งสารแห่งความสุขหลักที่เกี่ยวข้อง คือ โดปามีน (Dopamine) เอนโดรฟิน (Endorphin) ออกซิโตซิน (Oxytocin) และซีโรโทนิน (Serotonin) นั้น เป็นฮอร์โมนใน

สมองที่หลั่งออกมาในขณะอารมณ์ดีมีความสุข²³ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์จิตวิทยาเชิงบวกเพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการพัฒนาโปรแกรมบางส่วนจากแนวคิดความสุขและสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก¹⁷ พบว่าสามารถเพิ่มสุขภาพและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้¹⁸

กิจกรรมที่ 2 “ผูกพัน...ร่วมกันออกกำลังกาย” ซึ่งการออกกำลังกาย ส่งผลดีต่อระบบต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายมีอารมณ์บวกและตื่นตัวมากขึ้น เมื่อออกกำลังกายไประยะหนึ่ง จะรู้สึกได้ว่ามีความสุข สนุกไปกับกิจกรรม ทำให้รู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรมจนลืมไปว่ากำลังรู้สึกเศร้าหรือทุกข์อยู่สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการทำโยคะในผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้^{25,26}

กิจกรรมที่ 3 “ความสัมพันธ์ที่ดี” เป็นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้รับรู้ถึงความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติของตนเองต่อกลุ่ม ก่อให้เกิดกระบวนการกลุ่ม เกิดปัจจัยบำบัด ในกลุ่มซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม ส่งผลให้รู้สึกดี มีความสุขที่จะทำกิจกรรมในกลุ่ม²⁷ ส่งเสริมให้เกิดความรัก ความนับถือ ความร่วมมือ และการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข¹⁷ ซึ่งพบว่าการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้¹⁰

กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีความหมาย” ค้นหาข้อดีของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ยอมรับความผิดปกติและความรู้สึกที่เป็นจริงในปัจจุบัน ปรับมุมมอง

เชิงบวก รับรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า⁵ โดยเขียนเล่าเรื่องราวข้อดีของตนเองและผู้อื่น สิ่งที่จะทำเพื่อคนอื่นในอนาคต ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้คิดทบทวนตนเองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นหาความหมายของชีวิต ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า ทั้งต่อตนเองและมีความหมายกับผู้อื่น¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอาการซึมเศร้าก็จะลดลงไปด้วย²⁸

กิจกรรมที่ 5 “ฉันทำได้” ฝึกการสร้างความสำเร็จให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเป็นรูปธรรม เรียนรู้ถึงวิธีการเพื่อความสำเร็จ มีงานวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาในอนาคตเป็นตัวทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยโรคจิต²⁹ การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงคุณค่า ความรู้สึกที่เกิดจากความสำเร็จตามเป้าหมายที่ผ่านมา แม้เป็นเรื่องเล็กน้อย จะช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยการฝึกทำกิจกรรมจนสำเร็จ จะมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น³⁰ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจ มีภาวะอารมณ์ดีต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งสิ่งที่ได้รับนั้น จะเป็นการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ในอนาคต¹⁷

สมมติฐานข้อ 2 โปรแกรมสุขภาวะมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมสุขภาวะ เน้นส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก ทำความเข้าใจกับอาการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง กระตุ้นให้มีกิจกรรม ความสัมพันธ์ที่ดีและฝึกตั้งเป้าหมายในการจัดการอาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมที่ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้³¹ รวมไปถึงการศึกษาถึงผลของการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการบำบัดโดยใช้จิตวิทยาเชิงบวกในผู้สูงอายุ พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกสามารถเพิ่มสุขภาวะและลดอาการซึมเศร้าได้เนื่องจากเมื่อบุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิต และมีความสุขผลที่ได้รับคือจะช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เกิดเป็นความสุขตามมา³² ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลทั่วไป สอบถามประวัติการเจ็บป่วย ประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มและรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากอารมณ์เชิงลบและกระบวนการคิดที่บิดเบือน การรับรู้ เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองไม่เหมาะสม หากช่วยส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก และให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งจะเห็นได้จากผลคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาวะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สรุปผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมสุขภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ และมีประสิทธิผลมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก ปรับอารมณ์เชิงลบและกระบวนการที่บิดเบือน การรับรู้ เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเอง ให้เหมาะสม ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรจัดให้มีการอบรมการใช้โปรแกรมสุขภาวะสำหรับใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกอื่นๆ และในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาวะในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของความคงทนการลดลงของอาการซึมเศร้าต่อไป

References

- Loitrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ram Chor. 4thed. Bangkok: Mahidol University; 2015 (in Thai).
- Ruangtrakul S. Textbook of Basic Psychiatry and Psychiatric Diseases. (2nd edition). Bangkok: Ruenkaew Printing; 2010 (in Thai).
- Balci, G., Oter, G. B., Akdag, H. A., Bekki, A., Kisa, C., Goka, E. Associated with depression in patients with schizophrenia. Journal of Mood Disorders. 2016; 6(2): 54-62.

4. Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., Jones, L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 122(3): 8-211.
5. Ketschai S., Sitthimongkol Y., Vongsirimas N., PetraSuwan S. Predictive factors for depression in schizophrenia with first-episode psychosis. *J Nursing Sci.* 2012; 30(4): 90-101. (in Thai).
6. Salasawad P. Prevalence and predictive factors of depression among schizophrenic patients. *Journal of Somdej Chao Phraya Institute of Psychiatry.* 2013; 7(1): 37-48. (in Thai).
7. Suttajit S., Philakantha S. Prevalence and Factors Associated with Depression in Schizophrenia Patients in University Hospital: A Historical Data Analysis. *Chiang Mai Medical Journal.* 2011; 50(4): 115-121. (in Thai).
8. Sathitwakarn S. Depression in schizophrenic patients: key issues in nursing practice. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University.* 2018; 30(3): 1-13. (in Thai)
9. Sukhao S., Arunphongpaisarn S. Risk Factors and Adolescent Suicide Theory: An In-Depth Literature Review. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2017; 62(4): 359-378. (in Thai).
10. Khamthawee A, Yunibhand J. The Effect of Family Support Program on Depressive Symptoms in First - Episode Schizophrenic Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2018; 19: 250-258. (in Thai).
11. Sandhu, A., Ives, J., Birchwood, M., Upthegrove, R. The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation. *Journal of Affective Disorders.* 2013; 149(1-3): 74-166.
12. Xu, Z. Y., Zu, S., Xiang, Y. T., Wang, N. et al. Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: a preliminary survey. *psychiatry Res.* 2013; 209(3): 340-5.
13. Suttajit S., Philakantha S. Comparative study of methods for evaluating non-co-operation in taking anti-psychotic drugs and barriers affecting non-co-operation in taking anti-psychotic drugs in schizophrenic patients. *Chiang Mai Medical Journal.* 2010; 49(3): 97-103. (in Thai).
14. Phanmuang P. Selective Factors Associated with Depression of Schizophrenic Patients in the Central Region. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Faculty of Nursing, Department of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011. (in Thai).
15. Namsoot J. Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. *Chula Med J.* 2016; 60(6): 641-53. (in Thai).
16. Misdrahi, D., Denard, S., Swendsen, J., Jaussent, I., & Courtet, Philippe. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research.* 2014, 216(1): 12-16.
17. Seligman. M. E. P. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* New York: Atria Books; 2011.
18. Chaves, C., Gomez, I. L., Hervas, G., Vazquez, C. The Integrative Positive Psychological Intervention for Depression (IPPI-D). *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2019; 49(3): 177-185.

19. Srisatidnarakul B. Research Methods in Nursing. 5th ed. Bangkok: U and I Intermedia; 2010. (in Thai).
20. Polit, D., Beck. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia Lippincott William and Wilkins; 2008.
21. Suttajit, S., Srisurapanont, M., Pilakanta, S., Charnsil, C., Suttajit, S. Reliability and validity of the Thai version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013; 1371(9): 113-8.
22. Department of Mental Health. Handbook of care for psychiatric patients at high risk of violence. For institutions / hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2018. (in Thai).
23. Wongpiromsan Y. Create happiness with mindfulness in organization (Mindfulness in Organization: MIO). 4th ed. Nonthaburi: Beyond Publishing Co., Ltd; 2017. (in Thai).
24. Thaiudom A, Chaleoykitti S. Pathways to Happiness for Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 92-98. (in Thai).
25. Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., Ward, P. B. Physical Activity Interventions for People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Psychiatry. 2014; 75(9): 74-964.
26. Dauwan, Marieke J. H. Begemann., Sophie M. Heringa., Iris E. Sommer. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin. 2015; 42(3): 588-599.
27. Yalom, I. D. Theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
28. Salasawad P., Seeherunwong. Development of enhancing self-Esteem and Depressing depressive symptoms Program for Patients with Schizophrenia. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2020; 34(1): 13-42. (in Thai).
29. Norman, R., Windell, D., Lynch, J., Manchanda, R. The significance of possible selves in patients of an early intervention program for psychotic disorders. Early Intervention Psychiatry. 2014; 8(2): 170-175.
30. Chuchuen U, Wirun S, Nuchawat W. Effects of Group Therapy Program on Self-Esteem of Chronic Psychiatric Patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014; 28(3): 13-25. (in Thai).
31. Ramirez E, Raquel Ortega A, Chamorro A, María Colmenero J. A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. Aging and Mental Health. 2014; 18(4): 463-470.
32. Ho, H. Y., Yeung, D. Y., & Kwok, S. L. Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. The Journal of Positive Psychology. 2014; 9(3): 187-197.

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Self-care Behavior of Hypertensive Patients at Grok-Khi-Noo
Tambon Health Promotion Hospital, Mueang District, Buri Ram Province

ชนาธิป สันติวงศ์¹ กัญปะนา ภาพยนตร์² เสาวนีย์ ชูจันทร์^{*3}

Chanathib suntiwong¹ Kanpana pabpayon² Saowanee Choojan^{*3}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

¹Faculty of Nursing Western University Buriram Campus, Buriram, Thailand 31000

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

²Grok-Khi-Noo Sub District Health Promoting Hospital, Buriram, Thailand 31000

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30000

³Faculty of Nursing Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Thailand 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 225 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Independent t-test และ One-Way Analysis of Variance (ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และพบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สำหรับปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อพบว่าไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This descriptive research aimed to study self-care behaviors of hypertension patients and to compare differences between biosocial factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and self-care behaviors of the patients. The sample was hypertension patients who were diagnosed by physician and who were visited Grok-Khi-Noo Tambon Health Promotion Hospital in Buriram Province. The 225 patients were randomized by using simple random sampling method. The research tool was a questionnaire, which was

Corresponding Author: *E-mail: saowanee.newwy@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ต.ค. 2564

examined for content validity and analyzed for confidence. Data were analyzed by using statistics, percentage, independent t-test and One-Way Analysis of Variance (ANOVA). From the result of this research, it was found that the patients with hypertension had a good level of the proper self-care behaviors and it was found that the patients with different social reinforcing factors had different self-care behaviors with statistical significant difference ($p < .05$) while the patients with different biosocial factors, predisposing factors, enabling factors did not make any difference.

Keywords : Self-care Behavior, Hypertensive

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยโดย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปี เห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ ปี พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้ป่วย 1,306,070 ราย คิดเป็นอัตรา 2008.92 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 1,363,616 ราย คิดเป็นอัตรา 2091.28 ต่อประชากรแสนคนและในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 1,468,433 ราย คิดเป็นอัตรา 2,245.09 ต่อประชากรแสนคน¹ จะเห็นได้ว่าจากสถิติดังกล่าวของประเทศมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยเป็นรายจังหวัด ซึ่งของจังหวัดบุรีรัมย์นั้นพบว่าปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 31,839 ราย คิดเป็นอัตรา 2009.09 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 34,124 รายคิดเป็นอัตรา 2248.48 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 35,184 รายคิดเป็นอัตรา 2210.56 ต่อประชากรแสนคน¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ไม่แตกต่างจากสถิติของประเทศไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้มารับบริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมากและมีสถิติผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี สอดคล้องกับสถิติของประเทศที่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 463 ราย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 487 ราย และในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 518 ราย² จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี และจากผลการสำรวจสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู ระหว่างกันยายน-ตุลาคม 2563 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 518 ราย มีผู้ป่วยที่มี

ความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ (120-139 ม.ม.ปรอท) เพียงร้อยละ 23.9 และมีผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ระดับ 1 (140-159 ม.ม.ปรอท) ร้อยละ 43.5 ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (160-179 ม.ม.ปรอท) ร้อยละ 23.9 และความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (มากกว่า 180 ม.ม.ปรอทขึ้นไป) ร้อยละ 8.6 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีภาวะโภชนาการระดับต่ำ ร้อยละ 23.2 เป็นโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 34.4 และโรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 12.1 ซึ่งสถานะสุขภาพดังกล่าวทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับสูงกว่าค่าปกติ

จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า วิธีป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงกระทำได้โดยผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ ความเชื่อของบุคคล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม^{3,4} ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและศึกษาความแตกต่างของปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

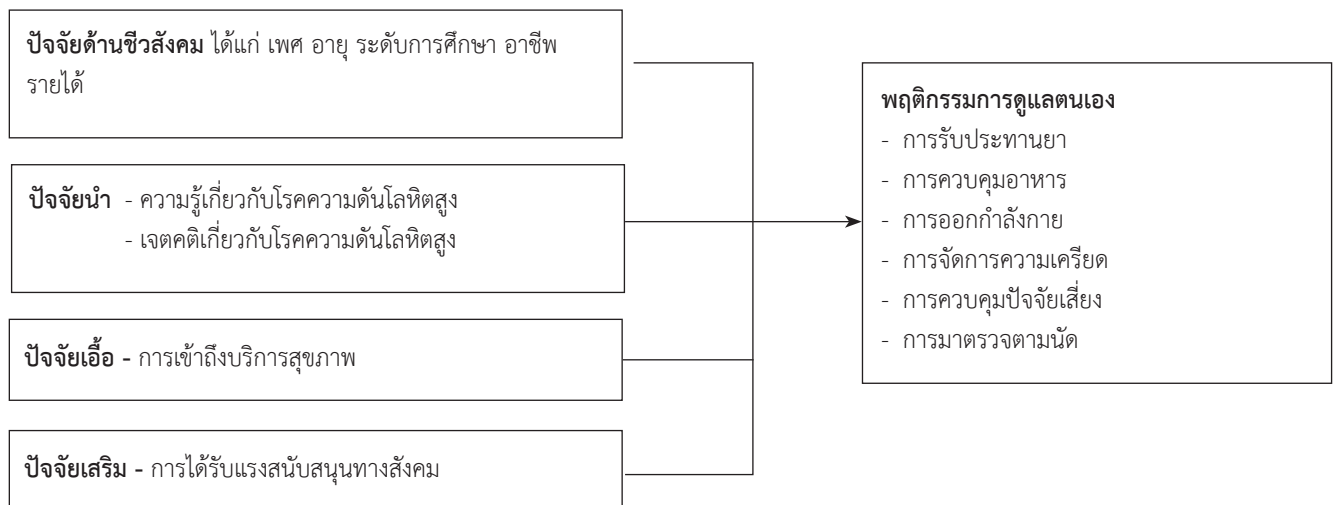
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ได้ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2563 จำนวนทั้งสิ้น 518 คน และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรการคำนวณจากจำนวนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีในการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมโดยใช้ PRECEED Model เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลโดยเชื่อว่าปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด

1. เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
 2. เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
 3. เป็นผู้นิยมนเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้
- กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในแต่ละวัน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาด้านเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะการตอบว่า ใช่/ไม่ใช่และ ไม่ทราบ โดยเมื่อตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และได้ปรับปรุงแบบสอบถาม แล้วนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ใช้สูตร KR.20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 และแบบทดสอบวัดเจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่หนังสือรับรอง BRO 2020-21 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2563 ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายเหตุผลในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และมีความสมัครใจพร้อมทั้งลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย และตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยระบุว่าข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือราชการ

ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตามกำหนดวัน/เวลาที่ขออนุญาตดังนี้

1. สำนักรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ
2. สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับฉลากได้รายชื่อผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และลงนามเข้าร่วมโครงการ
4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้หรืออ่านไม่คล่อง ผู้วิจัยจะช่วยอ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศด้วย t-test (Independent Sample t-test) และวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ One-way Analysis of Variance (ANOVA)

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 225 คน มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 215 ชุด ผลการศึกษามีดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลปัจจัยชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 65.1 และเป็นเพศชายถึงร้อยละ 34.9 มีอายุดำสุด 32 ปี และอายุสูงสุด 88 ปี อายุเฉลี่ยที่ 66.3 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไปร้อยละ 68.5 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 28.6 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.3 เป็นกลุ่มระดับอนุปริญญาและสูงกว่าเพียงร้อยละ 1.4 การประกอบอาชีพโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.9 น้อยที่สุด คือ พนักงานบริษัทและราชการมีเพียงร้อยละ 1.9 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,000-4,999 บาท

ร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ รายได้น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 34.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 8.9 รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 500 บาท และรายได้สูงสุดอยู่ที่ 25,000 บาท รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างนี้ คือ 4,547.31 บาท สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 72.1 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 24.7 และโสด ร้อยละ 3.3

กลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มมีความรู้สูงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 91.2 มีเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 93.0 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมากร้อยละ 96.7 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากถึงร้อยละ 86.5

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D	ผลประเมินพฤติกรรม
ด้านการรับประทานยา	2.71	0.25	ดี
ด้านการควบคุมอาหาร	2.22	0.29	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.86	2.12	ดี
ด้านการจัดการความเครียด	2.68	0.36	ดี
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	2.53	0.63	ดี
ด้านการมาตรวจตามนัด	2.60	0.48	ดี
พฤติกรรมโดยรวม	2.56	0.19	ดี

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.86$, S.D = 2.12) เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในระดับดี รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($\bar{X} = 2.71$, S.D = 0.25) และน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$, S.D = 0.29)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม 6 ด้าน		F-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D		
ปัจจัยนำ				
1. ความรู้โรคความดันโลหิตสูง				
ความรู้สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	2.57	0.19		
ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	2.50	0.16	2.87	0.05
ความรู้น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	2.37	0.20		
2. เจตคติโรคความดันโลหิตสูง				
เจตคติระดับสูง (3.68-5.00)	2.76	0.10		
เจตคติระดับปานกลาง (2.34-3.67)	2.57	0.18	1.01	0.36
เจตคติระดับน้อย (1.00-2.33)	2.56	0.19		
ปัจจัยเอื้อ				
การเข้าถึงบริการสุขภาพ				
การเข้าถึงบริการระดับมาก (2.34 – 3.00)	2.57	0.19		
การเข้าถึงบริการระดับปานกลาง (1.67-2.33)	2.39	0.25	2.71	0.06
การเข้าถึงบริการระดับน้อย (1.00-1.66)	-	-		

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม 6 ด้าน		F-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D		
ปัจจัยเสริม				
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ได้รับแรงสนับสนุนระดับมาก (2.34 – 3.00)	2.65	0.08	11.46	0.00*
ได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง (1.67-2.33)	2.58	0.19		
ได้รับแรงสนับสนุนระดับน้อย (1.00-1.66)	2.39	0.14		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

ปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยความรู้ พบว่า ผู้ที่มีความรู้สูงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า ($\bar{X} = 2.57$, S.D = 0.19) ผู้ที่มีความรู้ต่ำ และความรู้ปานกลาง ส่วนปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีเจตคติในระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงกว่าผู้ที่มีเจตคติระดับปานกลางและระดับน้อย เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยนำ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม 6 ด้าน ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่า ($\bar{X} = 2.57$, S.D = 0.19) กลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.39$, S.D = 0.25) และไม่มีผู้เข้าถึงบริการสุขภาพในระดับน้อย เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยเอื้อ พบว่า ปัจจัยเอื้อที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่า ($\bar{X} = 2.65$, S.D = 0.08) กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และระดับน้อย เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยเสริม พบว่าปัจจัยเสริมที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.56$, S.D = 0.19) ซึ่งพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง กะทิและไขมันของทอด การปรุงอาหารด้วยซอสด และผงปรุงรสในปริมาณมากกว่า 1 ช้อนชา การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและอาหารที่มีไขมันสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหล่านี้จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเคยชินกับการบริโภคที่ต้องปรุงด้วยผงซอสดและอาหารประเภทไขมันจะมีความอร่อย และมีรสชาติดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม คือ การหยุดรับประทานยาเอง เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น โดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยชีวสังคม ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย^{5,6,7} และขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านเพศมีอิทธิพลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ต่างกันโดยเพศหญิงจะมีลักษณะนิสัยในการสนใจดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย คนที่อายุน้อย อายุระหว่าง 31-49 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เนื่องจากช่วงอายุดังกล่าวเป็นวัยทำงาน ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนร่วมงานและได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ ได้รวดเร็วกว่าจึงทำให้สามารถนำความรู้มาปฏิบัติและดูแลตัวเองได้ดีกว่ากลุ่มผู้มีอายุมาก⁵ ส่วนระดับการศึกษาจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาความรู้ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นกลุ่มเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-4,999 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,547 บาท ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงไม่พบความแตกต่างกันในทุกปัจจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และเจตคติ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล^{6,7} ส่วนเจตคติเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะหากผู้ป่วยมีความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อในทางบวก ก็จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองว่าดี⁴ จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรู้และเจตคติในระดับสูง ปานกลางและน้อย มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้เมื่อ

วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในคลินิกเดียวกัน ซึ่งผู้ป่วยทุกรายที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกนี้จะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ย่อมส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจและเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จึงไม่พบความแตกต่างกันเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองของบุคคลซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารความสะดวกรในการมารับบริการและความสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ว่าผู้ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า^{4,6} สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู ผู้ป่วยทุกคนมีที่พักอาศัยอยู่ใกล้เคียงและอยู่ติดกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนี้ ดังนั้นการมารับบริการตรวจรักษาจึงเป็นไปอย่างสะดวก ผู้ป่วยสามารถเดินมาได้เองหรือรถจักรยานยนต์มาได้เนื่องจากใกล้บ้าน อีกทั้งการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จึงได้รับการรักษาฟรี และทุกครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยทุกรายจะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทุกครั้ง จึงส่งผลให้เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน อสม.และบุคลากรทางการแพทย์ ผลงานวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง^{4,6,7} สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ที่ได้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ก็พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำผลวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง คือ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง กะทิ ของทอด และปรุงอาหารด้วยผงชูรส รวมทั้งปรุงรสด้วยน้ำปลามากกว่า 1 ช้อนชา ซึ่งส่งผลถึงการควบคุมระดับความดันโลหิต เจ้าหน้าที่ควรให้คำแนะนำเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงผลเสียของการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ผงปรุงรส และบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและระดับความดันโลหิต

2. ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการมาตรวจตามนัด โดยผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยควรประกอบด้วย สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการควบคุมอาหารและควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

References

1. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health 5 years (2017-2021). Srimuang Printing Co., Ltd. 2020; 1,1-52. (In Thai)

2. Grok-Khi-Noo Tambon Promotion Hospital. The Results of Health Status Survey of Hypertensive Patients in 2020. Grok-Khi-Noo Tambon Health Promotion Hospital, Amphur Mueng, Buriram Province. 2020. (In Thai)
3. Jenjob J, Chomson S. Factors related to Blood pressure control behaviors of Patients with essential Hypertension of Ban Keskasorn Sub-district health promotion Hospital Lankrabue District, Kamphaeng Phet Province. Journal of Naresuan research and innovation. 2018; 12, 721-734. (In Thai)
4. Ladapha RK, Jewpattanukul Y. Factors Related to Health Literacy Among High-Risk Hypertension Population in Bangkok. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3), 140-150. (In Thai)
5. Techajawijitcharu C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19, 1-11. (In Thai)
6. Khammark S. Factors Related to Self-Care Behaviors among Patients with Hypertension of Nanglao Tambon Health Promotion Hospital, Amphur Satingphra, Sonkhla Province. Journal of Nursing and Public Health. 2016; 3(3), 153-169. (In Thai)
7. Worku KC, Asasahegn A, Hagos D, Ashenafi E, Tamene F, Addis G, et al. Knowledge on Hypertension and Self-Care Practice among Adult Hypertensive Patients at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia 2019. International Journal of Hypertension. 2020; 1-7.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

The Study of Factors Related for Healthy-Breakfast Consumption Behavior
of Community Public Health Student in Faculty of Science,
Lampang Rajabhat University

กชกร วงศ์ษา มณฑิรา หมั่นภิรมย์ ชิสัพพัชร์ ชูทอง*

Kotchakorn Wongsu Montira Meunpirom, Chisapath Choothong*

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง จังหวัดลำปาง, ประเทศไทย 52100

Community Health Department Faculty of Science Lampang Rajabhat University Lampang Province, Thailand 52100

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้แบบภาคตัดขวาง เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 53 คน วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแบบพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษา พบว่า ส่วนสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับระดับความรู้ต่อการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ($r_s = .34, p < .05$) น้ำหนักและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับระดับทัศนคติต่อการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ($r_s = .32, r = .34, p < .05$) ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารเช้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ($r_s = -.41, p < .05$)

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม, การรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์, นักศึกษา

Abstract

This research was a cross-sectional research. The objectives of this research were to study the relationship between personal factors, knowledge, attitude and healthy-breakfast consumption behavior of Community Public Health students, Faculty of Science Lampang Rajabhat University. Research sample was 53 Community Public Health students were selected by purposive sampling. Research instrument was the questionnaire that pass validity, quality checked and reliability. Data were analyzed by using descriptive statistics and inferential statistics to find the relationship of the research factors.

The results of the study showed that knowledge, attitude and healthy-breakfast consumption behavior of community public health students were at a moderate level. After testing the relation, were found that the height range was positively correlated with the knowledge of healthy-breakfast consumption ($r_s = .34, p < .05$), weight range and body mass index were positively correlated with the attitudes towards healthy-breakfast consumption at low level ($r_s = .32, r_s = .34, p < .05$), the period of time for having breakfast was negatively correlated with the healthy-breakfast consumption behavior at low level ($r_s = -.41, p < .05$).

Keyword: Knowledge Attitude and Practice, Healthy-breakfast consumption, University student

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตอาหารที่รับประทานเข้าสู่ร่างกายนั้นให้ประโยชน์ต่อร่างกายในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเจริญเติบโตของร่างกาย การเสริมสร้างอวัยวะของร่างกายที่เสื่อมหรือสึกหรอ ช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำหน้าที่ตามปกติ ให้พลังงานช่วยให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรค การรับประทานอาหารเช้าเพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารที่เหมาะสมนั้น ควรรับประทานอาหารเช้าให้ครบวันละ 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น ควรรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ และควรคำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารที่ร่างกายควรได้รับ แต่ในภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดความเร่งรีบ ทำให้หลายคนรับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ และไม่เลือกรับประทานอาหารที่ให้สารอาหารเพียงพอแก่ร่างกาย โดยเฉพาะอาหารเช้าซึ่งเป็นมื้อที่มีความสำคัญต่อร่างกายเป็นอย่างมากในทุกกลุ่มวัย ยิ่งในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ที่ต้องใช้ความคิด และพลังงานสมองเป็นอย่างมาก อาหารเช้าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ในระหว่างกลางคืนของการนอนหลับ 8-12 ชั่วโมง ร่างกายจะไม่ได้รับอาหาร ในขณะเดียวกัน หากยังไม่รับประทานอาหารเช้า การใช้สารอาหารต่าง ๆ จะยังดำเนินต่อไป ทำให้ปริมาณสารอาหารต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เช่น ระดับน้ำตาล

ในเลือด ดังนั้นหลังการนอนตื่นนอนในตอนเช้า การรับประทานอาหารเช้าจึงจำเป็น เพื่อเพิ่มระดับสารอาหารให้ร่างกายอยู่สภาวะปกติ พร้อมทั้งจะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ตลอดวัน นอกจากนี้การไม่รับประทานอาหารเช้า ยังทำให้ระดับคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น และทำให้ฮอร์โมนอินซูลินมีความไวต่อปฏิกิริยาลดลง ทำให้มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้น ในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วนได้อีกด้วย¹ ตรงกับผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ ไม่รับประทานมื้อเช้า รับประทานอาหารเช้ากลางวันปริมาณมากที่สุด โดยเลือกรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่เวลา 09.01 ขึ้นไป²

ยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่มีผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าบางวัน ร้อยละ 50.10 รับประทานอาหารเช้าทุกวัน ร้อยละ 26.70 และไม่รับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 23.20³ และยังเชื่อมโยงกับผลการศึกษาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ที่มีผลของ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 23.33, S.D. = 2.49$) และมากกว่าครึ่งมีการรับประทานอาหารเช้าครบ

สามมื้อเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่จะงดรับประทานอาหารเช้า นักศึกษาที่มีค่าดัชนีมวลกาย ค่าใช้จ่ายต่อเดือน และระดับชั้นปีการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่แตกต่างกัน⁴ โดยสาเหตุที่ทำให้นักศึกษารับประทานอาหารเช้าเป็นบางครั้ง และมีเวลาในการรับประทานอาหารเช้าที่เปลี่ยนแปลงไป สาเหตุเกิดจากนักศึกษาได้ย้ายจากภูมิลำเนา มาศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาและพักอาศัยอยู่ที่หอพัก จึงมีช่วงเวลาในการทานอาหารเช้าที่เปลี่ยนไป จากที่เคยรับประทานอาหารเช้ากับครอบครัวในตอนเช้า ต้องเปลี่ยนมารับประทานอาหารนอกบ้านคนเดียวหรือรับประทานอาหารเช้าภายในวิทยาลัย นักศึกษาจึงนิยมเลือกทานอาหารจานด่วน (fast food) ที่เป็นอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวเหนียวหมูปั่น รองลงมา คือ ข้าวกะเพรา ข้าวผัด นอกจากนี้ยังเลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง และขนมกรุบกรอบที่ให้พลังงานสูง⁵ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่พบว่า วัยรุ่นตอนปลายมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ โดยเข้าใจว่าควรเลือกรับประทานแต่เนื้อสัตว์ ส่วนวัยรุ่นตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าในระดับปานกลาง⁶ สามารถเชื่อมโยงกับการศึกษาวิจัยในระดับมหาวิทยาลัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้การรับประทานอาหารเช้า และภาวะสุขภาพของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารเช้าอยู่ในระดับปานกลาง ความถี่ในการรับประทานอาหารเช้าอยู่ในระดับดี⁷ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง โดยจุดมุ่งหมายเพื่อนำผลการศึกษาไปสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมความตระหนักเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ และสนับสนุนให้นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีทัศนคติทางบวกต่อการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ เพื่อพัฒนาเป็นแกนนำนักศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัยขณะศึกษา ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารเช้า แหล่งรับประทานอาหารเช้า ความรู้และทัศนคติต่อการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ มีความสัมพันธ์กันอย่างไรในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

วัตถุประสงค์

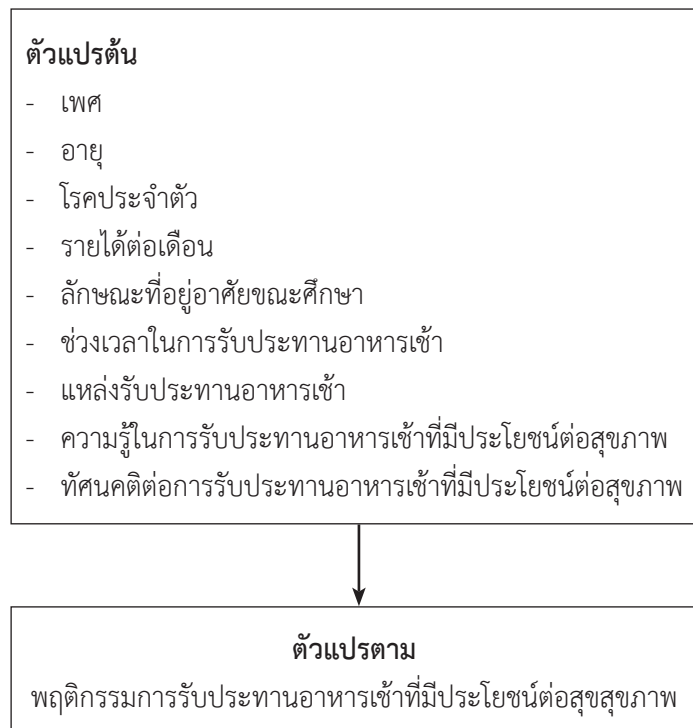
1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
2. หาความสัมพันธ์ปัจจัย ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ มีความสัมพันธ์กับระดับด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษา
2. ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยที่ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย ขณะศึกษา ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารเช้า แหล่งรับประทานอาหารเช้า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ ทัศนคติต่อการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ฯ ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) กลุ่มของประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จำนวน 6,240 คนกลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่คือนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ชั้นปีที่ 1 - 3 จำนวน 53 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นนักศึกษาจากสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 1 - 3 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนภาคปกติ ในปี 2562 มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ หรือนักศึกษาที่พักการศึกษาในระหว่างการทำการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วนสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ (KR-20 เท่ากับ .79) ทักษะคิดการรับประทานอาหารเช้า

และการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์จำนวน 10 ข้อ (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .70) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์จำนวน 10 ข้อ (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85)

การแปลผล

การแปลผลใช้การเกณฑ์อ้างอิงเกณฑ์คะแนนของคะแนนของบลูม (Bloom)⁸

การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แล้วนำผลจากทั้งหมด 10 ข้อ รวมกัน 3 ระดับ

การแปลผลระดับทัศนคติเกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ โดยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ นำคะแนนรวมมาแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ

การแปลผลระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์โดยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ นำคะแนนรวมมาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ได้ทำการทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20 และ Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79, .70, .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี นครลำปาง รหัส E 2563 - 008 ลงวันที่ 2 เมษายน 2563 โดยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ มีการปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง การเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการสืบค้นข้อมูลส่วนบุคคลได้ การถอนตัวจากการวิจัยจะไม่กระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งในปัจจุบันและอนาคต และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed consent form: AF 08 - 05)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง จากนั้นประสานงานกับอาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การปกปิดข้อมูลของผู้วิจัย และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอ้างอิง (Analytic Statistic) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) โดยใช้โปรแกรมสถิติคอมพิวเตอร์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง จำนวน 53 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.60 รองลงมา เป็นเพศชาย ร้อยละ 9.40 ชั้นปีที่ 2 เป็นชั้นปีที่มีนักศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.20 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 37.70 และชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 15.10 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ อยู่ระหว่าง 20 - 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.70 รองลงมาอายุ ระหว่าง 18 - 19 ปี ร้อยละ 39.60 และอายุ 22 - 23 ปี ร้อยละ 5.7 น้ำหนักของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 37.70 และมีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (18.5 - 24.99 กก./ม²) คิดเป็นร้อยละ 56.60 รายได้ต่อเดือนของนักศึกษาส่วนใหญ่ (ไม่รวมค่าหอพัก) ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50.90 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่หอพักนอกมหาวิทยาลัย คิดเป็น ร้อยละ 86.80 แหล่งรับประทานอาหารเข้าส่วนใหญ่ เป็นร้านอาหารริมทาง คิดเป็นร้อยละ 54.70 รองลงมศึกษามีการมาปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน/หอพัก คิดเป็น ร้อยละ 20.80 ช่วงระยะเวลาในการรับประทานอาหารเช้า ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าในช่วงเวลา 08.00-09.00 น. คิด เป็นร้อยละ 41.50 รองลงมารับประทานในช่วง 07.01-08.00 น. ร้อยละ 26.40

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ต่อการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.75 (2.01), 38.53 (3.40) และ 30.77 (5.44) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 คะแนนและระดับของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี (n = 53)

ปัจจัย	ระดับ (คะแนน)			Min - Max	$\bar{X}$	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
ด้านความรู้	10	22	21	1 - 9	5.75	2.01
ด้านทัศนคติ	23	30	-	31 - 49	38.53	3.40
ด้านพฤติกรรม	-	36	17	16 - 39	30.77	5.44

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี (n = 53)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman's (r_s)			
	ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม	P-value
ส่วนสูง (Height)	.34*	.04	.15	.01
น้ำหนัก (Weight)	.01	.32*	.12	.02
ดัชนีมวลกาย (Body mass index)	.01	.34*	.16	.01
ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารเข้า (Food consumption time)		.08	.05	- .41* 0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, r_s = ค่า Spearman's correlation coefficient

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับส่วนสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับระดับความรู้ในการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .34 น้ำหนักและระดับดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับระดับทัศนคติต่อการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .32 และ .34 ตามลำดับ ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารเข้ามีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับระดับกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -.41

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากในสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีนักศึกษาเพศหญิงมากกว่านักศึกษาเพศชาย มีจำนวนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มากกว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ในระหว่าง 20 - 21 ปี มีความสูงอยู่ระหว่าง 151 - 160 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 18.50 - 24.99 กก./ม² (น้ำหนักปกติ) อาจเนื่องจากนักศึกษาศึกษาอยู่ในศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ จึงทำให้นักศึกษามีความตระหนักถึงส่วนสูงและน้ำหนักของตนเอง ส่งผลให้มีดัชนีมวลกายที่อยู่ในระดับปกติ ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารเข้า นักศึกษาส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารในช่วงเวลา

08.01 - 09.00 น. มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอพัก และเลือกรับประทานอาหารเช้าจากร้านอาหารริมทาง นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.00 มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50 - 23.40 กก./ม² น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 57.90 ค่าใช้จ่ายส่วนมากอยู่ระหว่าง 4,001 - 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.40 ส่วนมากพักอยู่หอพัก ร้อยละ 34.30⁹

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า มีระดับความรู้ในการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.50 ทั้งนี้ อาจเนื่องเป็นผลมาจากไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารเช้าเพียงพอต่อการมีพฤติกรรม หรืออาจรู้ แต่ไม่เอาใจใส่ในด้านนี้มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการรับประทานอาหารเช้าและภาวะสุขภาพของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารเช้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.75 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.75⁷ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาคณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ เช่นเดียวกัน

3. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ ส่วนใหญ่นักศึกษามีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.60 ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาเรื่อง ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า นักศึกษามีทัศนคติต่ออาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.96¹¹ และยังมีเชื่อมโยงกับผลการศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่ออาหารพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า และภาวะโภชนาการของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ พบว่า นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีทัศนคติต่ออาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนเต็มเท่ากับ 76.25¹²

4. ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษา แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.90 ซึ่งเป็นผลจากการรับประทานอาหารเช้าเป็นบางครั้งคราวของนักศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดการด้านเวลา และกิจวัตรประจำวันของนักศึกษาแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเวลาในการตื่นนอน ความเร่งรีบในตอนเช้า จึงทำให้ไม่มีเวลาในการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ รวมไปถึงระยะเวลา ระหว่าง และรูปแบบการเดินทางจากหอพักไปยังสถานที่หรือแหล่งขายอาหาร และโรงอาหารในมหาวิทยาลัย และอุปนิสัยของนักศึกษาแต่ละบุคคล จึงทำให้ส่วนใหญ่นักศึกษาไม่ได้รับประทานอาหารเช้า และซื้ออาหารกินด้วยความสะดวก รวดเร็ว จึงไม่ได้คำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารเช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.91¹³ เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอยู่ในระดับปานกลาง¹⁴ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มวัยทำงานที่พบว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน¹⁹ สามารถเชื่อมโยงกับผลการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา: การสังเคราะห์องค์ความรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า พบว่า โดยภาพรวมวัยรุ่นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 และระดับการศึกษาของผู้ปกครองและรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่แตกต่างกัน¹⁵

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของนักศึกษา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเช้าและการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยระดับส่วนสูง (Height) ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .33 แตกต่างกับการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า พบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .176, p < .001$)^{16,17} ด้านทัศนคติเกี่ยวกับอาหารเช้า และการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนัก (Weight) และดัชนีมวลกาย (Body mass index) ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .32 และ .34 ตามลำดับ เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่มีการรักษารูปร่างของตนเอง มีความกังวลในเรื่องน้ำหนัก และดัชนีมวลกาย เป็นอย่างมาก ทำให้ส่งผลต่อทัศนคติต่อการเลือกรับประทานอาหาร มีความสอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พบว่า ทัศนคติต่ออาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับดัชนีมวลกาย ไขมันสะสมในร่างกาย และเส้นรอบเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ แต่ผลการศึกษามีความไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่ออาหารพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า และภาวะโภชนาการของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ พบว่า ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่ออาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าไม่มี ความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย¹³ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยด้านเวลาในการรับประทานอาหารเช้า ในระดับต่ำ (Food consumption time) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.41 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้ามีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้ต่อเดือน¹³

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงาน

1. ด้านความรู้ ควรมีการปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้าของกลุ่มนักศึกษา ส่งเสริมความรู้ในการรับประทานอาหารเช้าเพิ่มมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคอ้วนลงพุง
2. ด้านทัศนคติ ควรมีการทำสื่อประชาสัมพันธ์ กระตุ้นให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารเช้า
3. ด้านพฤติกรรม ควรสนับสนุนให้เกิดการเลือกรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ อาจค้นหา

บุคคลตัวอย่าง (idol) ในเรื่องของการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์และมีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงสาเหตุของการเลือกหรือไม่เลือกรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์
2. ควรมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขยายผลภาพรวมการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ในนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏต่อไป

References

1. Tongchan P. Breakfast eating behavior of undergraduate students in Health Education, Faculty of Education, Kasetsart University. (thesis) Kasetsart University, 2015. (In Thai)
2. Suban S, Sujjacharee K, Wanaratmongkol W, and Ratanopas W. Breakfast Consumption of First Year Students Kamphaeng Phet Rajabhat University. The 3rd Kamphaeng Phet Rajabhat University National Conference 2016; (1): 577 - 584. (In Thai)
3. Sakdadech S. Breakfast Behavior of Rambhai Barni Rajabhat University Students. Rajabhat Rambhai Barni Research Journal 2011; 5(2): 40 - 45. (In Thai)
4. Pinthong P. Food Consumption Behavior of Nursing Students in Ratchathani University. The 3rd National Conference May 25, 2018 Ubonrathani, Thailand: 462 - 470. (In Thai)
5. Pongutta S. Thailand food and nutrition: Where are we now? 2015: Food and Nutrition Policy for Health Promotion. 2015. (In Thai)
6. Chaingkuntod S, Mattavangkul C, Chanchaen K, Hongkrailearth N, Romnukul N, Udomsri T, and Ngoamoon S. Knowledge, Attitude, Consumers' Behaviors and the Media Influence on Consumers' Behaviors of Phasicharoen Persons (Research Report). Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2013. (In Thai)

7. Srinimnuan W. Knowledge, Breakfast Consumption and Health Status Among Graduate Students Chiang Mai University. (thesis) Chiang Mai University; 2015. (In Thai)
8. Bloom B S. Mastery learning. UCLA - CSEIP Evaluation Comment. 1 (2) Losangeles duration of free-living Brazilian adults. Appetite, 1968; (137): 207 - 217. (In Thai)
9. Yimprasert S. Food Consumption Behavior of Undergraduate Student Level 1 iRajamangala University of Technology Isan Nakhon Ratchasima. Ratchaphruek Journal. 2017; 15(1): 33 - 41. (In Thai)
10. Sirichote T. Knowledge, Attitudes and Behaviors about Food Consumption of Songkhla Rajabhat University Undergraduate Students. (Research Report). Songkhla Rajabhat University. 2014. (In Thai)
11. Chabuakarm N. Nutritional Knowledge, Attitude Towards Food, Food Consumption Behavior, and Nutritional Status in Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Sanprasithiprasong. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2019; 9(1): 18 - 20. (In Thai)
12. Chapha M. Nutritional Knowledge, Attitude toward Food, Food Consumption Behavior, and Nutritional Status in Air Force Student Nurses. Journal of The Police Nurse. 2014; 6(2): 144 - 157. (In Thai)
13. Siramaneerat S, Chaowilai C, Tansin P, Osot P, Rakwong A, Suansi S, and Bucha S. Food Consumption Behavior of Students at Rajmangala University of Thanyaburi. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2019; 7(2): 335 - 345. (In Thai)
14. Kitchanapaibul S. Food Consumption Behavior of Undergraduate Students at Mae Fah Luang University. Nursing journal 2012; 39: 20 - 30. (In Thai)
15. Ruangying J, Jorajit S, and Janyam K. Food consumption behavior of adolescents in Songkhla Province: Synthesis of literacy and factors influencing food consumption behavior. Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus 2016; 8 (1): 245 - 264. (In Thai)
16. Maytapattana M. Factors Associated with Food Consumption Behavior of Nursing Students. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017; 25(3): 20-29. (In Thai)
17. Lueamsaisuk C, and Puechphol W. Nutritional Knowledge and Healthy Food Eating Behaviors of Students in Suratthani Rajabhat University. Panyapiwat Journal 2018; 10(3): 73 - 83. (In Thai)
18. Musikthong J, Sriyuktasuth A, Kongkar R, and Sangwichaipat N. Nutritional Knowledge, Attitude towards Food, Food Consumption Behavior, and Nutritional Status in Nursing Students, Faculty of Nursing, Mahidol University. Journal of Nursing Science 2010; 28(3): 40 - 49. (In Thai)
19. Boonsan M, Kasipol T, and Durongritichai V. Factor Predicting Health Behaviors on Nutrition and Exercise Among Royal Thai Army Military With Metabolic Syndrome at Nawamintharachini Fort, Chon buri Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15 (2): 312 - 319. (In Thai)

ความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Happiness of Nursing Students of Faculty of Nursing,

Chaiyaphum Rajabhat University

กมลรัตน์ ทองสว่าง*

Kamonrut Tongsawang*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จ.ชัยภูมิ, ประเทศไทย, (36000)

Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Province, Thailand, (36000)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับชั้นปี 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 359 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสุข (TMHI - 55) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 55 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่า 0.984 สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา one-way ANOVA และ Chi-Square ผลการวิจัยพบว่า ความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ โดยรวม พบว่า มีความสุขในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 352 คน (ร้อยละ 98.05) และมีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.94) และพบว่า ชั้นปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งผลต่อความสุขของนักศึกษาในการเรียน

คำสำคัญ: ความสุข, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research is a descriptive research. The objectives are as follows: 1) to study the happiness level of Nursing Students of Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, 2) to compare happiness levels of nursing students Classified by grade level 3) to study factors related to happiness of Nursing Students of Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University. The sample group was Nursing Students of Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Academic Year 2018, consisted of 359 people. and a questionnaire on the Happiness Index (TMHI - 55) of the Department of Mental Health. It is a 4-level rating scale with 55 items to determine the confidence. Using Cronbach's alpha coefficient, the value 0.984. The statistics used were

Corresponding Author: *E-mail: krongkaew@pnc.ac.th

วันที่รับ (received) 21 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2565

descriptive statistics, one-way ANOVA and Chi-Square. The results showed that happiness of Nursing Students of Faculty of Nursing, overall, found that the happiness level was lower than the general population of 352 (98.05 percent) and the happiness level was the same as that of the general population of 7 people (1.94%). Year 1 had the highest average happiness level was 124.95 and the year of study correlated with happiness of Nursing Students of Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University with statistical significance at the .05 level. can lead to Basic information for planning, organizing activities, teaching and learning to encourage students to be happy in study life.

Keywords: Happiness, Nursing students

บทนำ

การศึกษาเป็นกระบวนการที่ทำให้มนุษย์สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและสามารถเกื้อหนุนการพัฒนาประเทศได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านของประเทศชาติ ในปัจจุบันการพัฒนาในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)¹ โดยยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 คือ ยุทธศาสตร์ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ที่ต่อเนื่องจาก 2 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9-11 ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า สถาบันการศึกษานั้นมีบทบาทสำคัญในการเตรียมคนซึ่งถือว่า “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” สถาบันการศึกษาจะส่งเสริมบุคคลที่จะจบการศึกษาระดับอุดมศึกษาออกไปเป็นบุคคลที่เป็นศูนย์กลางการพัฒนา ซึ่งมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวมซึ่งพร้อมจะต่อสู้สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่มีคุณค่า เป็นผู้นำเป็นนักคิดที่ใช้สติปัญญาอย่างเต็มที่และมีอุดมคติเพื่ออนาคตที่ดีกว่าอย่างแท้จริง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาประเทศที่ยั่งยืนต่อไป

จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 ที่ว่าด้วย “การจัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติ ปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข” ความสุขจึงเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงความพร้อมในการปฏิบัติงานและการมีจิตบริการ (service mind)² ความสุขหมายถึง สภาพอารมณ์

และความรู้สึกในทางบวกที่สนองตอบความต้องการความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกปราศจากความซึมเศร้า ความเศร้าโศกเสียใจและอารมณ์ด้านลบ ซึ่งเป็นความปรารถนาของบุคคลทุกวัย ทุกช่วงอายุ⁴ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการศึกษากลับมาเกี่ยวกับความสุขจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข^{5,11} โดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาตัวชี้วัดความสุขของจิตใจหรือสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ที่ครอบคลุมถึง สภาวะสุขภาพทางจิต (mental state) สมรรถภาพทางจิตใจ (mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (mental quality) และสิ่งสนับสนุน (supporting factor) โดยในแผนพัฒนาระบบสุขภาพไทย ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)¹ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นโดยอยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ โดยยึดหลักการมุ่งการพัฒนาสู่ระบบสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{4,5,6,7} พบว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่อยู่ภายใต้ความกดดัน มีความเครียดสูง และมีความสุขในการเรียนค่อนข้างน้อย เนื่องมาจากการที่ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ การดำรงชีวิตกับบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย วิชาเรียนที่มีความซับซ้อน การมอบหมายงานที่จำนวนมาก และการฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความสูญเสีย ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเบื่อหน่ายในการเรียน เกิดการเรียนรู้ที่ไม่ดี ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ จนต้องลาออกกลางคัน ในทางตรงกันข้ามหากนักศึกษามีความสุขในการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี เพิ่มความสามารถในการจดจำและต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น⁸ และจากการศึกษา

สถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพ บรรยากาศของหอผู้ป่วยที่มีแต่ความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมาน ต้องฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพื่อดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย⁵ นอกจากนี้พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁷ มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่มีอิทธิพลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อความสุข คือการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและความภาคภูมิใจในตนเอง⁸ และความสุขจำแนกตามชั้นปี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁹ ซึ่งจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลการวิจัยเกี่ยวกับความสุขของนักศึกษาพยาบาลยังมีผลที่แตกต่างกันอยู่ ไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทุกงานวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิเป็นส่วนหนึ่งของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษา มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)¹ โดยนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เป็นเยาวชนที่ก้าวเข้ามารับการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพและอนามัยและกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการแก่บุคคลทุกกลุ่มวัย ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เป็นการจากระบบการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตใจที่สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี นักศึกษาพยาบาลซึ่งในอนาคตจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลผู้รับบริการจะต้องเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งในด้านความรู้ ทักษะและจริยธรรมของวิชาชีพ สามารถให้การพยาบาลทั่วไปกับบุคคลทุกวัยทุกระดับในทุกภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีความรับผิดชอบสูง มีภาวะผู้นำและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้และสามารถปรับตัวเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบัน ซึ่งพยาบาลที่มีความพร้อมและสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจย่อมสามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพตามความคาดหวังของสังคม

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลซึ่งก็คือพยาบาลวิชาชีพในอนาคตและเป็นบุคลากรที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศในอนาคต จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นบัณฑิตที่พึงประสงค์ที่นอกจากจะเป็นคนเก่งแล้วจะต้องเป็นคนดีและมีความสุขด้วย ดังนั้นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุข จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะส่งผลให้เกิดพลังในการเรียนและส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในชีวิต ซึ่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและอารมณ์มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมการเรียนรู้เมื่ออยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลายมีความสุข จะเกิดการเรียนรู้ที่ดี¹⁰ การศึกษาเรื่องความสุขในนักศึกษาพยาบาลมีความสำคัญถ้านักศึกษามีความสุขจะส่งผลต่อการสร้างพลังในการศึกษาเล่าเรียน และช่วยส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต่อการดำเนินชีวิต⁵ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี รวมทั้งนำไปสู่การจัดการบริการหรือจัดกิจกรรมที่สนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาให้เป็นผู้มีความสุขในการเรียน สามารถดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีความสุข ประสบความสำเร็จ เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพของสถาบัน และพร้อมที่จะเป็นพยาบาลที่มีจิตบริการที่ดีอันเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ ทำประโยชน์ให้แก่สังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำแนกตามระดับชั้นปี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด³ ซึ่งกล่าวว่าการมีภาวะสุขภาพจิตดีที่ความสุขมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน

คือ 1) สภาพจิตใจ (mental stage) 2) สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) 3. คุณภาพจิตใจ (mental quality) 4. ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) อธิบายได้ดังนี้ 1) สภาพจิตใจ (mental stage) คือ การรับรู้สภาพที่เป็นสุขหรือเป็นทุกข์ของจิตใจตนเองและการเจ็บป่วยทางกายที่มีผลต่อจิตใจ การพิจารณาสภาพจิตใจของบุคคลจึงดูจากความผาสุกในปัจจุบัน ซึ่งบุคคลจะแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง 2) สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) คือ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหาในชีวิตได้ 3. คุณภาพจิตใจ (mental quality) คือ ลักษณะของจิตใจที่ดีงามที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4. ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) คือปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีเช่น ครอบครัว ชุมชน ศาสนา ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัย ปัจจัยสนับสนุนจึงมุ่งเน้นที่การรับรู้เกี่ยวกับบุคคลแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อจิตใจและการดำเนินชีวิต¹¹

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ แต่ละระดับชั้นปีแตกต่างกัน
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 359 คน โดยทำการศึกษากลุ่มประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีศึกษา รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายของนักศึกษา ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสุข (TMHI - 55) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 55 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ (ข้อ 1-13) ด้านสมรรถภาพของจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อที่ 14-28) ด้านคุณภาพของจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อที่ 29-43) และด้านปัจจัยสนับสนุน มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ (ข้อที่ 44-55) โดยแบ่งระดับความรู้สึก ออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่มในการให้คะแนน ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก จำนวน 42 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 แต่ละข้อ ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย ให้ 1 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบมาก ให้ 3 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 25, 26, 27, 28 แต่ละข้อ ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย ให้ 4 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 3 คะแนน ตอบมาก ให้ 2 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลผลการประเมิน

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน เมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้วและรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

179-220 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตดีมากว่าคนทั่วไป (Good)

158-178 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ผู้วิจัยได้นำทั้งแบบสอบถามเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสุข (TMHI - 55) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง

สาธารณสุข จำนวน 55 ข้อ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) มีค่า IOC มากกว่า 0.8 ทุกข้อ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.984

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ 001-2561 วันที่รับรอง 16 พฤศจิกายน 2561 ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ร่วมโครงการวิจัยทราบถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของแบบประเมินจนเข้าใจ ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ร่วมโครงการมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินหรือขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในทุกกรณี แต่นักศึกษาสามารถขอใช้ผลการประเมินส่วนตน ให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาตนเองเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในการขอเก็บข้อมูลจากนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 359 คน และได้ขอความร่วมมือจากนักศึกษาในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ร่วมกับแบบสอบถามเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสุข (TMHI - 55) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามผ่านตัวแทนแต่ละชั้นปี และให้รวบรวมส่งคืนผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์ แล้วผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์หาค่าความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ข้อมูลคะแนนระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ รายได้ ชั้นปีการศึกษา รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือนกับระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ โดยใช้ Chi-Square Test โดยผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2561 ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีจำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 91.1 เป็นเพศชาย จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.9 โดยเมื่อแยกตามชั้นปีการศึกษา พบว่า ชั้นปีที่ 3 มีจำนวนมากที่สุดคือ 106 คน (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 100 คน (ร้อยละ 27.9) ชั้นปีที่ 4 จำนวน 94 คน (ร้อยละ 26.2) และชั้นปีที่ 1 จำนวน 59 คน (ร้อยละ 16.4) ตามลำดับ ส่วนรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า นักศึกษาพยาบาล ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนจำนวน 10,001–20,000 บาท จำนวน 184 คน (ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือมีรายได้จำนวน 20,001–30,000 บาท จำนวน 76 คน (ร้อยละ 21.2) และรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 40 คน (ร้อยละ 11.1) ตามลำดับ และนักศึกษาพยาบาล ส่วนมากมีค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือน 5,001–6,000 บาท จำนวน 119 คน (ร้อยละ 33.1) รองลงมาคือ มีค่าใช้จ่ายต่อเดือน 4,001–5,000 บาท จำนวน 99 คน (ร้อยละ 27.6) และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือน จำนวน 3,001–4,000 บาท จำนวน 68 คน (ร้อยละ 18.9)

2. ความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ แยกตามเกณฑ์ระดับคะแนน
ความสุขโดยรวม พบว่า ระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล
ส่วนใหญ่ มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป มีจำนวน 352 คน
(ร้อยละ 98.05) รองลงมาคือ มีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป
จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.94) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของค่าคะแนนระดับความสุขโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับคะแนนความสุขเกณฑ์ปกติ	ระดับความสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
158-178	เท่ากับคนทั่วไป	7	1.94
157 หรือน้อยกว่า	ต่ำกว่าคนทั่วไป	352	98.05
รวม		359	100.0

3. คะแนนระดับความสุขโดยรวมเฉลี่ยในแต่ละชั้น
ปีของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏชัยภูมิ พบว่า คะแนนระดับความสุขโดยรวมเฉลี่ย
ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 สูงมากที่สุด ($\bar{X}$ = 124.95,
S.D. = 18.47) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 4 ($\bar{X}$ = 121.14,
S.D. = 13.31) ชั้นปีที่ 3 ($\bar{X}$ = 116.70, S.D. = 19.52) และ
ชั้นปีที่ 2 ($\bar{X}$ = 100.07, S.D. = 11.00) ตามลำดับ และพบว่า
นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป
มากที่สุด จำนวน 104 คน (ร้อยละ 98.11) และชั้นปีที่ 1
มีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป มากที่สุด จำนวน 5 คน
(ร้อยละ 8.47) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนระดับความสุขโดยรวมเฉลี่ยและระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี

ชั้นปี	คะแนนระดับ ความสุขเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ค่าคะแนน ต่ำสุด	ค่าคะแนน สูงสุด	ระดับความสุข	
					ต่ำกว่าคนทั่วไป (<157) n (ร้อยละ)	เท่ากับคนทั่วไป (158-178) n (ร้อยละ)
1	124.95	18.47	81	175	54 (91.53)	5 (8.47)
2	100.07	11.00	78	140	100 (100)	2 (1.89)
3	116.70	19.52	60	176	104 (98.11)	0 (0)
4	121.14	13.31	72	155	94 (100)	0 (0)
รวม	114.59	18.32	60	176	352 (98.05)	7 (1.94)

5. เปรียบเทียบคะแนนความสุขเฉลี่ยของนักศึกษา
พยาบาล จำแนกตามชั้นปี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย
1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 42.778,
 df = 3, p = .000, R^2 = 31916.260) (ตารางที่ 3) เมื่อทดสอบ
ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า คะแนนความสุขเฉลี่ย
ระหว่างชั้นปีที่ 1 กับ 2 และ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนชั้นปีที่ 1 กับ 4 ไม่แตกต่างกัน
ชั้นปีที่ 2 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยแตกต่างกับชั้นปีที่ 1 3 และ 4
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความสุขเฉลี่ย
ระหว่างชั้นปีที่ 3 กับ ชั้นปีที่ 1 2 และ 4 แตกต่างกันอย่างไม่
มีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความสุขเฉลี่ยระหว่างชั้นปีที่ 4
กับชั้นปีที่ 2 และ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสุขเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปี

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	31916.260	3	10638.753	42.778	.000
Within Groups	88286.899	355			
Total	120203.159	358			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชั้นปี

ชั้นปี	Mean difference	Std. Error	p-value
ปี 1			
ปี 2	24.87915*	2.58885	.000
ปี 3	8.25104*	2.56152	.001
ปี 4	3.81085	2.61933	.147
ปี 2			
ปี 1	24.87915*	2.58885	.000
ปี 3	-16.62811*	2.19844	.000
ปี 4	-21.06830*	2.26554	.000
ปี 3			
ปี 1	-8.25104*	2.56152	.001
ปี 2	16.62811*	2.19844	.000
ปี 4	-4.44018*	2.23425	.048
ปี 4			
ปี 1	-3.81085	2.61933	.147
ปี 2	21.06830*	2.26554	.000
ปี 3	4.44018*	2.23425	.048

*p<.05

6. ชั้นปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสุขเฉลี่ยของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .01 ส่วนเพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขเฉลี่ยของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคะแนนความสุขเฉลี่ย ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

	เพศ	ชั้นปี	รายได้	ค่าใช้จ่าย	ความสุขเฉลี่ย
เพศ	1	-.004	-.051	-.013	-.083
ชั้นปี		1	.066	.084	.124(*)
รายได้			1	.195(**)	.057
ค่าใช้จ่าย				1	-.076
ความสุขเฉลี่ย					1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ผู้วิจัยมีประเด็นที่จะอภิปรายผล ดังนี้

ระดับความสุข ผลการศึกษาค้นพบว่า นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ มีค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 114.59 คะแนน โดยส่วนใหญ่ นักศึกษาพยาบาล มีค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 98.05 มีค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 1.94 ทั้งนี้ อาจจะเป็นไปได้ว่า นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่อยู่ภายใต้ความกดดัน มีความเครียดสูง และมีความสุขในการเรียนค่อนข้างน้อย เนื่องมาจากการที่ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ การดำรงชีวิตกับบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย วิชาเรียนที่มีความซับซ้อน การมอบหมายงานที่จำนวนมาก และการฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความสูญเสีย ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเบื่อหน่ายในการเรียน เกิดการเรียนรู้ที่ไม่ดี ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มีความสุขอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป

โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยโดยแยกเป็นรายชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 124.95$, S.D. = 18.47) ในขณะที่นักศึกษพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 100.07$, S.D. = 11.00) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีความรู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ที่สามารถสอบผ่านเข้ามาเป็นนักศึกษาน้องใหม่ของคณะฯ ได้ และมีการปรับตัวโดยรวมในระดับค่อนข้างดี จึงอาจเป็นไปได้ว่า ความรู้สึกภาคภูมิใจและการที่สามารถปรับตัวได้ทำให้รู้สึกเป็นสุข นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ยังไม่ต้องปรับตัวด้านการเรียนมากเท่ากับชั้นปีอื่น ๆ เพราะในชั้นปีที่ 1 เป็นการเรียนวิชาพื้นฐานบังคับตามหลักสูตรที่มหาวิทยาลัยกำหนดเป็นส่วนใหญ่และยังไม่ได้เข้าสู่วิชาชีพเฉพาะ มีเพียงวิชาพื้นฐานวิชาชีพสองวิชาคือ วิชาโมโนติและทฤษฎีทางการพยาบาล กับวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นวิชาทฤษฎี และมีการฝึกในห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลยังไม่มีฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย จึงทำให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีความสุขมากกว่าชั้นปีอื่นๆ และมีจำนวนผู้ที่มีคะแนนความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปน้อยที่สุด ($n = 54$, ร้อยละ 91.53) และมีจำนวนผู้ที่มีคะแนนความสุขเท่ากับคนทั่วไปมากที่สุด ($n = 5$, ร้อยละ 8.47)

ในทางตรงกันข้าม นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยต่ำที่สุด และชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยต่ำรองลงมาจากชั้นปีที่ 2 แต่มีจำนวนผู้ที่มีค่าคะแนนความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปมากที่สุด ($n = 104$, ร้อยละ 98.11) อาจอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 เริ่มมีการเรียนการสอนที่เป็นวิชาชีพปฏิบัติเป็นวิชาแรก คือ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ซึ่งทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดในการเตรียมตัวและการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ทำให้ส่งผลต่อความสุขที่ลดลง อันเกิดจากภาวะกดดันทางด้านการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{8,11} ที่พบว่า ชั้นปีที่ 2 เป็นชั้นปีที่เริ่มการฝึกปฏิบัติงานเป็นครั้งแรก นักศึกษา ยังไม่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมากพอ ก่อให้เกิดความกลัวต่อการทำงานที่อาจเกิดการผิดพลาดขึ้นได้ ต้องเผชิญกับงานต่าง ๆ ที่ยังไม่เคยได้ปฏิบัติจริง ต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ อาจารย์นิเทศก์ และเพื่อนนักศึกษาที่ร่วมฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยด้วยกัน และพบว่า การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ทำให้นักศึกษารู้สึกเครียดได้ ชั้นปีที่ 3 ก็เช่นเดียวกัน เป็นชั้นปีที่มีการเรียนการสอนค่อนข้างหนักทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ได้แก่ การเรียนวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลให้ความสุขลดลงจากภาวะกดดันทางด้านการเรียนสอดคล้องกับวรรณกรรมและการศึกษาที่ผ่านมา^{7,10} ในส่วนของชั้นปีที่ 4 พบว่า มีคะแนนความสุขเฉลี่ยสูงเป็นอันดับสองรองจากชั้นปีที่ 1 ($\bar{X} = 121.14$, S.D. = 13.31) และสูงกว่าชั้นปีที่ 3 และ 2 ตามลำดับ โดยมีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากับชั้นปีที่ 2 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะชั้นปีที่ 4 ก็ยังมีการเรียนการสอนค่อนข้างหนักเช่นเดียวกับชั้นปีที่ 2 และ 3 แต่ด้วยในระดับชั้นปีที่สูงขึ้นและระยะเวลาที่นักศึกษาได้มีเวลาค่อยๆ ปรับตัวได้ดีขึ้นกับชีวิตการเรียนการสอนที่ค่อนข้างหนัก และมีรายวิชาที่ต้องเรียนและฝึกปฏิบัติน้อยกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3 อีกทั้งยังเป็นช่วงระยะเวลาที่ยังไม่มีความเครียดจากการต้องเตรียมตัวสอบรวบยอดความรู้ของมหาวิทยาลัยและการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ทำให้ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข ของนักศึกษา

พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ชั้นปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 42.778$, $df = 3$, $p = .000$, $R^2 = 31916.26$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁴ ที่พบว่าความสุขของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกัน รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายของนักศึกษา ต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .01 ส่วนเพศ รายได้ ค่าใช้จ่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุข ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผู้บริหาร และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ควรตระหนักถึงความสำคัญ ในการพัฒนาการจัดการศึกษา และหลักสูตรที่มุ่งเน้น การเสริมสร้างความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ทุกชั้นปี โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เช่น การจัดการเรียนรู้ให้ นักศึกษามีอิสระในการเรียนรู้อย่างเหมาะสม มีบรรยากาศในการ เรียนรู้ที่เป็นกันเอง มีสัมพันธ์ภาพที่ดี ช่วยเหลือกัน ไม่เร่ง รีบจนเกินไป ผู้สอนเข้าใจในความแตกต่างของผู้เรียน รับฟัง และส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของนักศึกษาโดยมีช่องทาง ให้นักศึกษาได้แสดงออกในหลากหลายช่องทาง

หน่วยงานควรสนับสนุนความต้องการของนักศึกษา พยาบาล ในสิ่งที่ช่วยเอื้อให้เกิดจิตอาสาและการเรียนอย่างมี ความสุข ได้แก่ เปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้โดย การปฏิบัติจริง การให้กำลังใจ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ ไม่ตึงเครียด และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้มากขึ้น เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่มีความสุข น้อยกว่าปกติหรือน้อยกว่าคนทั่วไป ด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ สาเหตุ ที่ทำให้มีความสุขน้อยกว่าปกติ หรือน้อยกว่าคนทั่วไป

2. ควรประเมินความสุขของ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ทุกคนในทุก ภาควิชาการศึกษา เพื่อติดตามประเมินระดับความสุขของนักศึกษา พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

และสามารถช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาได้อย่าง ทันทีทั่วถึง และเหมาะสม

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของนักศึกษา พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏชัยภูมิหรือ คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

References

1. National Economic and Social Development Board. The plan of the National Economic and Social Development No. 12. BE. 2560-2564. Bangkok: Prime Minister's Office, 2017. (In Thai)
2. Dupuy HJ. (1977). The general well-being schedule in a measuring health: a guide to rating scale and questionnaires. New York: Oxford University.
3. Mongkol A, Hattaphanom W, Chetchotisak P, Chalokul W, Punyoyai L, Suwansheep S. A study of Thai mental health indicators (individual level). Journal of Psychiatric Association of Thailand. 2001; 46(3): 227-232. (in Thai)
4. Bundasak T., Chaowiang K., Jangasem N. Happily Learning among Nursing Students. Journal of MCU Peace Studies. 2017; 5(1): 357-369. (in Thai)
5. Kawsaard N, Arpanantikul, M, Putwatana, P. Selected variables related to nursing students' happiness. Thai Journal of Nursing Council. 2013; 18(1): 19-33. (in Thai)
6. Wongsupaluk N, Sirisophon A, Suksawang P, A causal relationship model of the happiness for nursing science students. Princess of Naradhiwasuniversity Journal. 2014; 6(1): 60-72. (in Thai)

7. Kasemsuk K., Wichainate K. A study of the Happiness of Air Force Student Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 228-235. (in Thai)
8. Onsri P, Chaleoykitti S. Nursing learning provision for happiness: role of teacher and learners. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(1): 8-16. (in Thai)
9. Mongkol A, Wongpiromsarn Y, Tungsaree T, Huttaphanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health indicator (version 2007): Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Printed Agricultural Cooperative Federation of Thailand. Bangkok. 2009. (in Thai)
10. Thaiudom A, Chaleoykitti S. Pathways to happiness for nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):32-9. (in Thai)
11. Sonpaveerawong J, Tieadyor P, Plookmaidee J, Thingsuk S, Sudsawat S, Songpra K. Happiness of Walailak University students. Songklanagarind Medical Journal. 2016; 34(5): 269-279. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานสิ่งแวดล้อม ในการทำงาน ความผูกพันในงานกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Relationships between Nurses' Work Characteristics, Work Environment, Work Engagement and Quality of Care, University Hospitals

นุชจรี นักรไ* ยุปิน อังสุโรจน์

Nutcharee Nakrai* Yupin Aungsueroch

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงาน กับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 427 คน จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณลักษณะของงาน แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการทำงาน แบบสอบถามความผูกพันในงาน และแบบสอบถามคุณภาพการดูแล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารการพยาบาล จำนวน 5 คน และหาความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .93, .95, .94 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.38$)

2. คุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความผูกพันในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .748, .744$ และ $.751$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : คุณภาพการดูแลของพยาบาล คุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงาน

Abstract

This research design aim to examine the relationships between nurses' work characteristics, work environment, work engagement and quality of care in university hospitals. The samples were 427 professional nurses, randomly selected by multi-stage sampling technique. The research instruments were personal factors, work characteristics, work environment, work engagement, and quality of care as perceived by professional nurses questionnaires. Content validity was established by a panel of experts. The Cronbach's alpha reliability coefficients were .93, .95, .94, and .97, respectively. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient. The major findings were as follows:

*Corresponding Author : E-mail: ynn.nutcharee@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 ส.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ธ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 ธ.ค. 2564

1. Quality of care in university hospital as perceived by professional nurses were at the good level ($\bar{X} = 4.38$)
2. Work characteristics, work environment, work engagement were positively significant correlated to nurse-assessed quality of care ($r = .748, .744$ and $.751, p = .05$, respectively)

Keywords : Quality of Care, Work Characteristics, Work Environment, Work Engagement

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ได้มีการพัฒนาไปอย่างมากมายน มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาช่วยในการวินิจฉัย ดูแลรักษา และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ ทำให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการเข้าที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานรับบริการที่จะสามารถตอบสนองความต้องการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งจะเป็นการยกระดับมาตรฐานคุณภาพของหน่วยงาน ให้มีความก้าวหน้าตามมาตรฐานสากล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิขั้นสูง ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นองค์กรที่ต้องมีผลการดำเนินงานที่ได้มาตรฐานความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วย จะต้องยกระดับคุณภาพการดูแลและการบริการ พร้อมทั้งพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล¹ เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่ง มีความพร้อมในการพัฒนา และมีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์การสู่ความเป็นเลิศต่อไป

คุณภาพการดูแลของพยาบาล เป็นระดับของการบริการทางการแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วยและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ได้มาตรฐาน ซึ่งมาตรฐานเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญยิ่งต่อระบบบริการ เพราะเป็นแนวทางนำไปสู่คุณภาพของผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ ซึ่ง Donabedian² ได้เสนอแนวทางการประเมินคุณภาพการให้บริการของพยาบาลไว้ 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) 2) ด้านกระบวนการ (Process) และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ลักษณะขององค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน พบว่ามีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมี

โครงสร้างที่ดี และกระบวนการที่ดี ก็ย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา เนื่องจากโครงสร้างของการบริการจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการย่อมมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์

ปัจจุบันปัญหาคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ทำให้เกิดกรณีพยาบาลถูกฟ้องร้อง ซึ่งสาเหตุมาจากพยาบาลและคุณภาพการดูแลของพยาบาลโดยตรง ได้แก่ 1) มีความรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพไม่เพียงพอ 2) ไม่ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และ 3) ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล คือกระทำการพยาบาลหรือจัดการบริการที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของวิชาชีพ³ ดังนั้นคุณภาพการดูแลของพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลย่อมส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย^{4,5} คุณภาพการดูแลด้านการรับรู้ของพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คุณภาพการดูแลทางการแพทย์ที่ดี ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะวิกฤตของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลของพยาบาล รวมถึงคุณลักษณะของงาน ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างสรรค์งานที่เกิดจากประสบการณ์ในการทำงานของบุคคล ทำให้งานมีคุณค่า มีความหมาย ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ มีความผูกพัน และเกิดความรับผิดชอบในงานที่ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วัฒนธรรมองค์การ คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงาน และคุณลักษณะของงาน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน⁷

สิ่งแวดล้อมในการทำงาน เป็นสถานการณ์ที่ส่งเสริม

หรือเอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานที่ดี ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานสูง การมีสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน จะช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายขององค์กร จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้นจะส่งผลถึงคุณภาพการดูแลพยาบาลที่ดีด้วย⁸ การส่งเสริมให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้นจะเสริมสร้างให้พยาบาลสามารถให้การดูแลและปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถ⁹ เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น จึงถือเป็นความท้าทายสำหรับองค์การด้านการดูแลสุขภาพ

ความผูกพันในงาน มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและผลลัพธ์ของงานนั้นๆ ทำให้เกิดความรู้สึกเต็มเปี่ยมกับการทำงาน มีความสุข กระตือรือร้น มีพลังในการทำงาน และอุทิศตัวให้กับการทำงาน พร้อมทั้งจะใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่¹⁰ ความผูกพันในงาน ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ผลลัพธ์ที่ดีและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล สนับสนุนให้องค์การมีประสิทธิภาพและได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้¹¹ ผูกพันในงานของ พยาบาลยังมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลลัพธ์ที่ดีด้านความปลอดภัย คุณภาพการดูแลและประสบการณ์ของผู้ป่วย¹²

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการดูแลของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับใด
2. คุณลักษณะของงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือไม่ อย่างไร
3. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือไม่ อย่างไร
4. ความผูกพันในงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแล ของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ

ของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงาน กับคุณภาพการดูแลของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะของงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
3. ความผูกพันในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ กล่าวได้ว่า คุณภาพการดูแลของพยาบาลย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย หากคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับที่ดีก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดคุณภาพการดูแล¹³ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านรูปธรรมของบริการด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการประกันคุณภาพในการบริการ และด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ทั้งนี้คุณภาพการดูแลของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ต้องอาศัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือ ปัจจัยคุณลักษณะของงาน ตามแนวคิด¹⁴ นั้นประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ความหลากหลายของงาน ความมีเอกลักษณ์ของงาน ความสำคัญของงานและความมีอิสระในการทำงาน ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามแนวคิดของ McKim¹⁵ ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ปฏิบัติงาน ความไว้วางใจ โครงสร้างองค์กรและความรู้สึกกลมกลืนเป็นพวกเดียวกัน ส่วนปัจจัยความผูกพันในงาน ตามแนวคิด¹⁶ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความขยันขันแข็งในการทำงาน การอุทิศตนในการทำงาน และความใส่ใจในการทำงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีงานวิจัยสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลของพยาบาล ผู้วิจัยจึงเลือกมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane¹⁷ คำนวณได้จำนวน 390 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ไม่ครบถ้วน หรือมีการถอนตัว (drop out) จึงเพิ่มแบบสอบถามอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 429 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 66 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะของงาน จากแนวคิดของ Hackman and Oldham จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จากแนวคิดของ McKim จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความผูกพันในงาน จากแนวคิดของ Schaufeli and Bakker จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการดูแล จากแนวคิดของ Parasuraman et al จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เรียบเรียงแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากการคำนวณค่า CVI ของแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามคุณลักษณะของงาน แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการทำงาน แบบสอบถามความผูกพันในงาน และแบบสอบถามคุณภาพการดูแล ได้ค่า CVI เท่ากับ .89, .91, .88 และ .90 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ทำการศึกษา โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณลักษณะของงาน แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการทำงาน แบบสอบถามความผูกพันในงาน และแบบสอบถามคุณภาพการดูแล เท่ากับ .93, .95, .94 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในคนของกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564 ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ จว 027/2564, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันที่ 23 มีนาคม 2564 ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 126/64, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ วันที่ 24 พฤษภาคม 2564 ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 64-123-19-6, และโรงพยาบาลศิริราช วันที่ 25 พฤษภาคม 2564 ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 167/2564 (IRB4) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในงานวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจการตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานหรือประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ประสานงานการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลของการวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 17 กรกฎาคม 2564 รวม 50 วัน ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ ได้แบบสอบถามสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 427 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.5

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงค่าความถี่ และใช้สถิติร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการดูแล คุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความผูกพันในงาน

ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินระดับค่าเฉลี่ย เป็นโดยรวม รายด้าน และรายข้อ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงาน กับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพการดูแล คุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความผูกพันในงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 427)

	$\bar{X}$ (n = 427)	SD	ระดับ
คุณภาพการดูแลของพยาบาล			
ด้านความน่าเชื่อถือ	4.47	0.53	ดี
ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	4.44	0.52	ดี
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.43	0.53	ดี
ด้านการประกันคุณภาพในการบริการ	4.36	0.53	ดี
ด้านรูปธรรมของการบริการ	4.26	0.52	ดี
รวม	4.38	0.48	ดี
คุณลักษณะของงาน			
ความสำคัญของงาน	4.60	0.49	ดีมาก
ความมีเอกลักษณ์ของงาน	4.42	0.56	ดี
ความหลากหลายของงาน	4.29	0.58	ดี
ความมีอิสระในการทำงาน	4.12	0.60	ดี
รวม	4.37	0.46	ดี
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน			
โครงสร้างขององค์กร	4.33	0.58	ดี
ความรู้สึกลมกลืนเป็นพวกเดียวกัน	4.25	0.58	ดี
ความไว้วางใจ	4.14	0.58	ดี
การดูแลผู้ปฏิบัติงาน	4.06	0.59	ดี
รวม	4.18	0.52	ดี
ความผูกพันในงาน			
ความใส่ใจในการทำงาน	4.23	0.58	ดี
การอุทิศตนในการทำงาน	4.16	0.62	ดี
ความขยันขันแข็งในการทำงาน	3.97	0.70	ดี
รวม	4.12	0.58	ดี

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ประสพการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานใน จำนวน 427 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30 น้อยที่สุดอายุอยู่ระหว่าง 31 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.2 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.5 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 3.5 พยาบาลวิชาชีพมีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.6 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 88.3 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 11.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.6

จากการศึกษาคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความน่าเชื่อถือ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนคุณภาพการดูแลของพยาบาลด้านรูปธรรมของการบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับต่ำสุด การศึกษาคุณลักษณะของงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า คุณลักษณะของงานของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณลักษณะของงานด้านความสำคัญของงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความมีอิสระในการทำงาน การศึกษาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านโครงสร้างขององค์กร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การศึกษาความผูกพันในงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า ความผูกพันในงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าความผูกพันในงานด้านความใส่ใจในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนความผูกพันในงานด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความขยันขันแข็งในการทำงาน

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงาน กับคุณภาพการดูแลของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (n = 427)

ตัวแปร	คุณภาพการดูแล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-Value	การแปลผล
คุณลักษณะของงาน	.748	.000	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน	.744	.000	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง
ความผูกพันในงาน	.751	.000	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง

* p < .05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงาน และคุณภาพการดูแลของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จากตารางที่ 2 พบว่า คุณลักษณะของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความผูกพันในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิขั้นสูง ต้องพัฒนาระบบบริการให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพ มีการนำความรู้ด้านการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน สร้างองค์ความรู้ใหม่ในการบริการพยาบาล

สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค มีสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีที่มีความซับซ้อนในการให้บริการพยาบาล สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการตามความคาดหวัง และทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจได้ในระดับที่ดี การปฏิบัติงานโดยยึดถือกฎระเบียบ มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน และเป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถ มีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลได้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์¹⁸ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของการบริการที่ดี มีการเฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากโรคและอาจเกิดต่อผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด คุณภาพการดูแลของพยาบาลที่ยังส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะวิกฤตของโรค⁵ การได้รับความสะดวกจากการบริการที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง มีการประเมินและวางแผนการให้บริการโดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือ ความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ¹⁹

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความผูกพันในงาน กับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงานกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จากผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับสูง ($r = .748$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้คุณลักษณะของงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสูง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะงานที่ปฏิบัติว่าเป็นงานที่มีความสำคัญ มีคุณค่า และมีความหมาย ต้องใช้ความรู้ ทักษะ และอาศัยประสบการณ์ในการทำงานของบุคคลที่มีความหลากหลายและความชำนาญเฉพาะกลุ่มโรคต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติมีความเต็มใจที่จะทุ่มเทแรงกายแรงใจในการทำงานให้กับองค์กร²⁰ และต้องการพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ

คุณลักษณะของงาน ด้านงานมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ด้านความเป็นอิสระ และด้านผลสะท้อนของงาน มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร²¹

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในการทำงาน กับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จากผลการศึกษาพบว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับสูง ($r = .744$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มุ่งเน้นการปฏิบัติงานเป็นทีม มีการประสานงาน ติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ทำให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานมีความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเองและทุ่มเทกำลังใจในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นองค์กรที่มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารงานไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางในการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานให้แก่องค์กรได้อย่างเต็มความสามารถ²² มีประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นผลให้องค์กรเพิ่มคุณค่าของผลงานได้มากขึ้น²³

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในงานกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จากผลการศึกษาพบว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแล ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับสูง ($r = .751$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากลักษณะงานการพยาบาลเป็นงานให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้มารับบริการ ทั้งในภาวะเจ็บป่วยและในภาวะปกติ พยาบาลวิชาชีพจึงรับรู้ว่าการบริการพยาบาล เป็นงานที่มีความสำคัญ และมีคุณค่าต่อผู้อื่น เป็นงานที่ก่อประโยชน์เพื่อองค์กร จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความภาคภูมิใจในงานของตนเอง มีความรู้สึกที่เปี่ยมไปด้วยพลัง มีความกระตือรือร้น ทำงานด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเทให้กับงาน ซึ่งเป็นการอุทิศให้กับการทำงาน²⁴ และพร้อมที่จะเสียสละเวลาส่วนตนเพื่อบุคคลอื่นๆ แม้จะพบเจอปัญหาหรืออุปสรรคจากการทำงาน ก็พร้อมที่จะปฏิบัติงานและสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีมีคุณภาพให้แก่โรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรพิจารณาขอบข่ายงานที่มีความท้าทายมากขึ้น รวมถึงให้โอกาสในการมีส่วนร่วมเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาขั้นตอนการทำงานใหม่ๆ เพื่อสร้างแรงกระตุ้นในการพัฒนาตนเองและความก้าวหน้าในวิชาชีพ

2. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมุ่งมั่นในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี เอื้อต่อการทำงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้องค์กรได้ผลผลิตจากการพยาบาลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. ผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมและกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญในงานของตน ซึ่งจะทำให้เห็นคุณค่าในวิชาชีพและเกิดความผูกพันในงานมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังก่อนเข้ารับบริการกับภายหลังการได้รับบริการว่าเป็นอย่างไร

References

1. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Healthcare Standards. 4th edition. Nonthaburi: D-One books 2018. (in Thai)
2. Donabedian, A. The Definition of Quality and Approaches to ITS Assessment. University of Michigan: Health Administration Press. 1980.
3. Srinakarin, R. Nursing service quality as perceived by gynecological patients at Sakon Nakhon hospital. Master of Nursing science in Nursing Administration. Burapha university 2015. (in Thai)
4. MacDavitt, K. C. An examination of the relationships between nurse outcomes and patient outcomes: Columbia University. 2008.
5. Sochalski, J. Quality of care, nurse staffing, and patient outcomes. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2001; 2(1), 9-18.
6. Phuakfak, R. Relationships between Organizational culture Quality of Work Life Job characteristics and The Work Efficiency of Staff in A Private University in Bangkok. Master of Business Administration Program [Thesis.]. Bangkok. Graduated Collage of Management Sripatum University 2012. (in Thai)
7. Koy, V. Nursing care quality: A concept analysis. International Journal of Medical Sciences 2015;3(8): 1832-1838.
8. Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: Model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. Frontiers in Psychology 2014.
9. Chongvisal R. The influence of workplace spirituality, spiritual health and leadership on organizational outcomes. Kasetsart Journal of Social Sciences 2017; 38: 644-654. (in Thai)
10. Dempsey, C., & Reilly, B. A. Nurse Engagement: What are the Contributing Factors for Success? The Online Journal of Issues in Nursing 2016; 21(1): 2.
11. Day, H. Engaging staff to deliver compassionate care and reduce harm. British Journal of Nursing 2014; 23(18): 974-980.
12. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., and Berry, L. L. Delivery quality service: Balancing Customer perception and expectation. New York: Free Press 1990.
13. Hackman, J. R. and Oldham, G. R. Work redesign. Massachusetts: Addison-Wesley 1980.
14. McKim, S. J. Healthy work environment. Nurse Leader 2003;15(3): 15-22.

15. Schaufeli, W. & Bakker, A. B. Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary manual. Utrecht, Netherlands: Utrecht University, Occupational Health Psychology Unit 2004.
16. Yamane, T. Statistics: An introduction analysis. 2nd ed. New York: Harper & Row 1973.
17. Kannasuth, P. Statistics for Research Methods in Behavioral Sciences. 3rd ed. Darnsutha Press. Bangkok 1999. (in Thai)
18. Dawangpa J., Phaktoop M. Quality of Nursing Care as Expected and Perceived by Social Security Patients in One Private Hospital in Bangkok. EAU Heritage Journal Science and Technology 2017; 11(2): 215-226. (in Thai)
19. Tesana A., Konkanghana P. Nursing Service Quality of Ophthalmology Outpatient Department, Singburi Hospital as The Customers' Expectations. Interdisciplinary Sripatum Chonburi Journal 2021; 7(1): 83-98. (in Thai)
20. Peansamer W., Chaikidurajai P. Job Characteristics and Quality of Work Life Affecting Organizational Commitment of Private Hospital personnel in Bangkok. Academic Service Journal 2020; 31(1): 101-111. (in Thai)
21. Sawetwong A. The Quality of Work Life and Job Characteristic Factors Affecting The Work Efficiency of Staff in A Private Hospital. Master of Science Programme in Human Resource management [An Independent Study.]. Khonkaen. Graduated Collage of Management Sripatum University 2014. (in Thai)
22. Youwattana P., Prachusilpa G. Relationships Between Personal Factors, Workplace Environments, Transformational Leadership of Head Nurses, And Transcultural Nursing Competencies of Professional Nurses, private Hospitals, Bangkok Metropolis. Bangkok. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18(Supplement): 175-184. (in Thai)
23. Chimplee W., Abhicharttibutra K., Chitpakdee B. Head Nurses' Servant Leadership and Registered Nurses' Work Engagement Regional Hospital, Northern Region. Nursing Journal 2020; 47(1): 361-373. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดยพยาบาล ในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน

Effectiveness of a Nurse-led Educational Program Toward Drowning Prevention Among Preschool Children

นลินนิภา วิถี* เพลินพิศ บุญยมาลิก สุนีย์ ละกำปัน

Nalinnipha Withee* Plernpit Boonyamalik Sunee Lagampan

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

Faculty of Public Health Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดยพยาบาลในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3 - 5 ปี จำนวน 60 คน และผู้ปกครองจำนวน 60 คน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนโดยพยาบาลในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน กิจกรรมเด็กโดยการให้ความรู้ และกิจกรรมผู้ปกครองโดยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็กเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ความรู้สำหรับเด็กมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 และแบบสอบถามผู้ปกครองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.7, 0.86, 0.86, 0.89 และ 0.85 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง เด็กวัยก่อนเรียนมีความรู้การป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำ ผู้ปกครองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำ สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การป้องกันการจมน้ำในเด็ก, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

The objective of this Quasi-experimental study research was to investigate effectiveness of a nurse-led educational program toward drowning prevention among preschool children by applying the theory of Health Beliefs Model. The sample consisted of 60 preschool children aged 3-5 years and 60 parents in Child Development Centers, Ubon Ratchathani Province. Sample was selected using purposive sampling. The experimental group received a nurse-led educational program toward drowning prevention among preschool children. Children's activities were to educate and parent's activities were building perception related to susceptibility, severity, benefits and barriers of drowning among children for parents. The study period was 4

weeks. The data collection tools were the knowledge interviewing for children which reliability (KR-20) was 0.7 and the questionnaire that inquired parents' perception of susceptibility, severity, benefits, barriers, and behaviors on child drowning prevention with the Cronbach's alpha reliability coefficient were 0.7, 0.86, 0.86, 0.89 and 0.85, respectively. Data were collected before and after participating in the program. Data were analyzed by descriptive statistics, pair t-test, and independent t-test.

The results of this research indicated that after the experiment, the children in experimental group have higher knowledge score and their parents' perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers and parent's drowning preventive behavior were higher than before and higher than the control group with a statistical significance level (p -value $< .05$).

Keywords : Drowning Prevention, Health Beliefs Model

บทนำ

การจมน้ำในเด็กเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลกในประเทศไทย พบว่าการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี¹ โดยพบว่า ในแต่ละปีมีเด็กไทยประมาณเกือบ 1,500 คน เสียชีวิตจากการจมน้ำหรือวันละเกือบ 4 คน และพบว่ากลุ่มเด็กอายุ 5-9 ปี เสียชีวิตสูงสุด (ร้อยละ 40.2) รองลงไปคือ กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 35.4) พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กสูงที่สุดถึงร้อยละ 40.1² จังหวัดที่มีจำนวนและอัตราการเสียชีวิตสูงสุดจากการจมน้ำในเด็กคือ อุบลราชธานี (25 คน) บุรีรัมย์ (23 คน) ปัตตานี (20 คน) และกรุงเทพมหานคร (20 คน)¹ สาเหตุของการจมน้ำ เช่น การเล่นของเด็กในบริเวณแหล่งน้ำตามธรรมชาติโดยไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด, เล่นน้ำเพียงลำพัง, ไม่มีทักษะการว่ายน้ำที่ดี, การพายเรือ, ตกปลา, หรือ มีโรคประจำตัวเดิม³ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงในบ้าน โดยเด็กวัยก่อนเรียนมักจมน้ำเสียชีวิตในบ้านขณะผู้ดูแลอยู่ใกล้แต่เผลอเผลอชั่วขณะ หรือขาดความรู้การจัดการความเสี่ยงในบ้าน⁴ ปลอมให้เด็กอยู่ตามลำพังในช่วงเวลาสั้นๆ² สาเหตุการจมน้ำอีกประเด็นคือ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เด็กจะมีความอยากรู้อยากเห็น แต่ยังขาดความคิดไตร่ตรองอย่างรอบคอบ จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้อีกทั้งเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับสิ่งรอบตัวผ่านการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อ ความคิดพฤติกรรม การกระทำและสัมพันธภาพ⁵ เช่น การเล่นกับเพื่อนใกล้แหล่งน้ำ เป็นต้น และเด็กกลุ่มนี้ยังต้องมีพฤติกรรมพึ่งพาผู้ปกครอง/ผู้ดูแล⁶ ดังนั้นมาตรการที่สำคัญสำหรับเด็กกลุ่มนี้คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำแก่ผู้ปกครอง

ซึ่งทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพ⁴ สาเหตุของการจมน้ำดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็กสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งทฤษฎี เชื่อว่าคนเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเห็นว่าโรคมีผลที่น่ากลัว มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อชีวิต และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย และความสะดวกสบาย เป็นต้น⁷ และพบว่ามี การนำ Health Belief Model มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมผ่านการใช้วิดีโอเพื่อลดความเสี่ยงการจมน้ำของเด็กวัยเรียนในชนบทของประเทศไทย⁸ และการศึกษาการรับรู้อันตรายจากการจมน้ำของนักเรียนและความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงจุดอันตรายจากการจมน้ำโดยใช้โปสเตอร์ ในประเทศไทย⁹ หลังการทดลองพบว่า เด็กวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ดูโปสเตอร์ทางภูมิศาสตร์มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ, มีความเชื่อที่จะออกจากจุดเสี่ยงจมน้ำ และมีความตั้งใจเลี่ยงการเข้าถึงจุดเสี่ยงจมน้ำเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดยพยาบาลในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน หากผู้ปกครองได้รับความรู้จากพยาบาลตามหลักการป้องกันการจมน้ำที่ถูกต้องของกระทรวงสาธารณสุข และมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก,

การรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก, การรับรู้ประโยชน์จาก
การป้องกันการจมน้ำในเด็ก, และการรับรู้อุปสรรคต่อการ
ป้องกันการจมน้ำในเด็ก และมีพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุ
จมน้ำในเด็กที่ถูกต้อง อีกทั้งหากเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี
มีความรู้ในการป้องกันการจมน้ำ จะช่วยลดอุบัติเหตุจากการจมน้ำ
ในเด็กได้

คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดยพยาบาล
ในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน สามารถเพิ่มความรู้
เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำ ในเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุ
ระหว่าง 3-5 ปี และเพิ่มการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำใน
ผู้ปกครอง ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดย
พยาบาลในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียนต่อ
ผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 หลังการทดลอง เด็กวัยก่อนเรียนใน
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกัน
อุบัติเหตุจมน้ำในเด็ก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง

สมมติฐานที่ 2 หลังการทดลอง เด็กวัยก่อนเรียนใน
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกัน
อุบัติเหตุจมน้ำในเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานที่ 3 หลังการทดลอง ผู้ปกครองในกลุ่มที่
ได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการจมน้ำในเด็ก
ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน และ พฤติกรรมการ
ป้องกันอุบัติเหตุการจมน้ำในเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง

สมมติฐานที่ 4 หลังการทดลอง ผู้ปกครองในกลุ่มที่
ได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการจมน้ำในเด็ก
ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน และพฤติกรรม
การป้องกันอุบัติเหตุการจมน้ำในเด็กเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

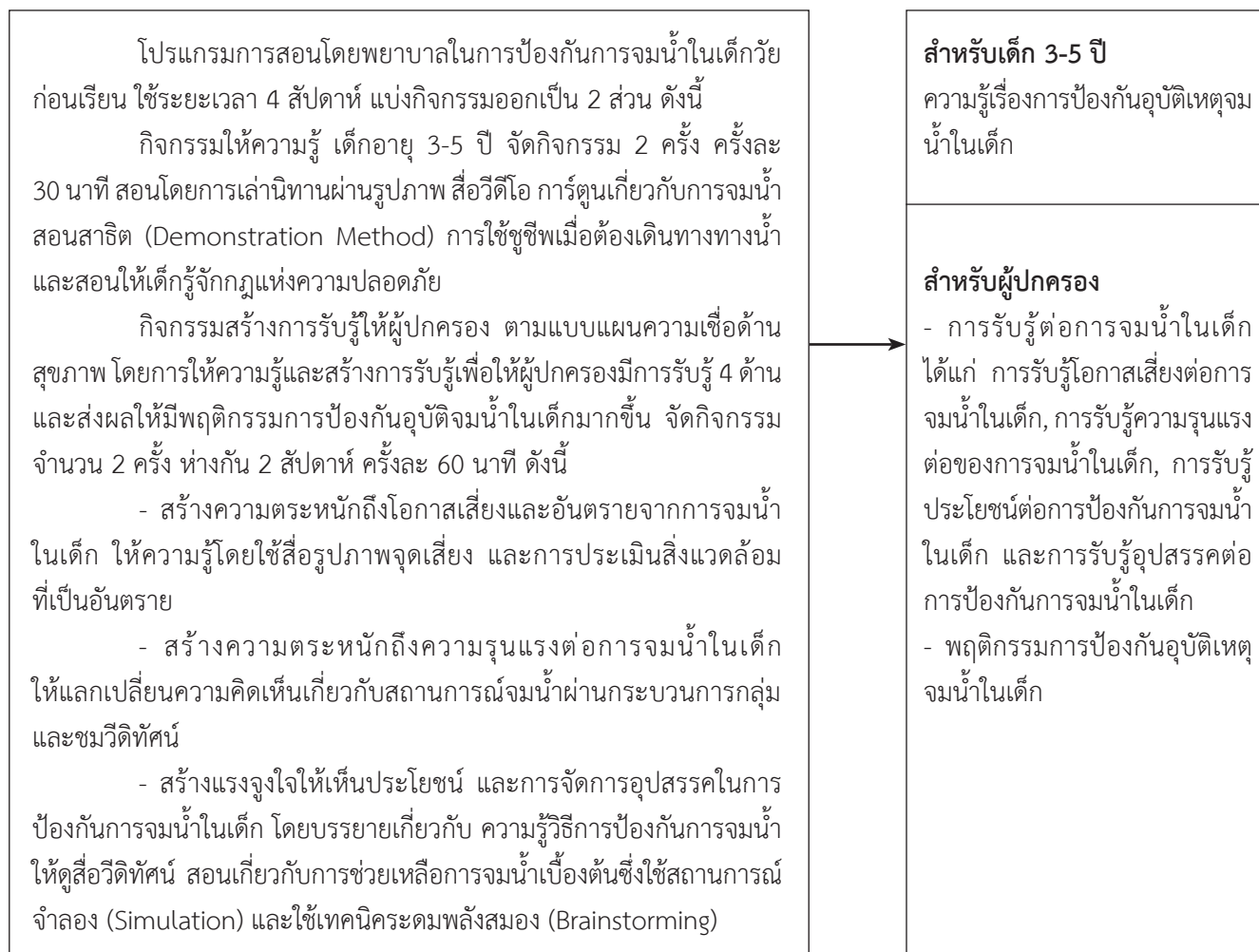
ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ เด็กอายุระหว่าง
3-5 ปี และผู้ปกครอง ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเลือกกองครปกครองส่วนท้องถิ่น
องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 แห่งจาก 17 แห่ง
แบบเจาะจง (Purposive sampling) และเลือกศูนย์พัฒนาเด็ก
เล็กเป็นกลุ่มตัวอย่างจากองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 2 แห่ง
จากนั้นจับฉลากเลือกโดยกำหนดอันดับที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง
และอันดับที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ในองค์การบริหารส่วนตำบลคูเมืองเป็นกลุ่มทดลองและศูนย์
พัฒนาเด็กเล็กในองค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพนเป็น
กลุ่มเปรียบเทียบ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ
Glass โดยการศึกษาผลของโปรแกรมที่ใช้วิธีโอทีผ่านการรับรอง
แล้วเพื่อลดความเสี่ยงการจมน้ำของเด็กวัยเรียนในชนบทของ
ประเทศจีน^๑ ได้ค่า Effect Size = 2.05 นำมาเปิดตารางขนาด
ตัวอย่างประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม
ของ Polit & Beck หาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้
 $\bar{X} = .05$ Power = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากับ
26 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการสูญหายของกลุ่ม
ตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเพิ่ม
จำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 15 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากรายชื่อเด็กที่มีอายุระหว่าง
3-5 ปี ได้กลุ่มเด็กและผู้ปกครองกลุ่มละ 30 คนที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. การเลือกผู้ปกครองมีเกณฑ์ได้แก่ เป็นผู้ปกครอง
หลักหรือผู้ดูแลประจำของเด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี, มีอายุระหว่าง
20-65 ปี, สามารถอ่านออกเขียนได้, ไม่มีโรคประจำตัวหรือ
โรคติดต่อที่ร้ายแรง เช่น วัณโรค หอบหืด เป็นต้น และยินยอม
ให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย

2. การคัดเลือกเด็กวัยก่อนเรียน มีเกณฑ์ ได้แก่
เป็นเด็กวัยก่อนเรียนมีอายุ 3-5 ปี, เด็กมีพัฒนาการปกติตาม
วัยคัดกรองจากสมุดพัฒนาการประจำตัวของเด็ก, ไม่เจ็บป่วย
ด้วยโรคติดต่อร้ายแรง เช่น ปอดอักเสบ หอบหืด วัณโรค
 เป็นต้น และเด็กได้รับการยินยอมเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
โดยผู้ปกครองหลักของเด็ก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางน้ำและการป้องกันการจมน้ำ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบรูปภาพถูกผิด คือ ใช่ และ ไม่ใช่

1.2 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ 4 ด้าน มีข้อความแสดงการรับรู้หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง, ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันการจมน้ำ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Likert's scale จำนวนส่วนละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรม

ป้องกันการจมน้ำในเด็ก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Likert's scale จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนโดยพยาบาลในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 2 กิจกรรมได้แก่

2.1 กิจกรรมสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที การประเมินผลโปรแกรม

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางน้ำและการป้องกันการจมน้ำ ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “เด็กๆ รุ่นใหม่ รู้ทันห่วงใยจมน้ำ” ให้ความรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายทั้งในบ้านและในละแวกบ้าน ชมสื่อวีดิทัศน์ และเล่านิทานจากรูปภาพ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “ชูชีพ พิชิตจมน้ำ” ให้ความรู้สาธิต (Demonstration Method) การใส่เสื้อชูชีพ ที่ถูกต้องเมื่อต้องเดินทางทางน้ำ ตามกฎแห่งความปลอดภัย ทางน้ำ

2.2 กิจกรรมสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที การประเมินผลโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถาม การรับรู้ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง, ความรุนแรง, ประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันการจมน้ำ และ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก ซึ่งมี รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “เด็กจมน้ำ ภัยร้าย ใกล้ตัว” จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน เน้นให้ผู้ปกครองมีการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์, และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการ จมน้ำในเด็ก มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำ ในเด็ก การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การเฝ้าดูแล ปกป้อง คุ่มครองเด็ก และกฎแห่งความปลอดภัย โดยให้ชมวีดิทัศน์ และใช้สื่อรูปภาพ ให้ผู้ปกครองแต่ละกลุ่มร่วมกันสรุปลักษณะ จุดเสี่ยงอันตรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “รู้ทัน ป้องกัน การจมน้ำ” จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน เน้นให้ผู้ปกครอง มีความรู้ และเข้าใจในการปฏิบัติตน สอนเกี่ยวกับการช่วยเหลือ การจมน้ำเบื้องต้นโดยใช้สถานการณ์จำลองและมีการระดม ความคิดวิธีการป้องกันการจมน้ำในชุมชนตนเอง โดยให้ ชมวีดิทัศน์ ผู้ปกครองร่วมกันจัดบอร์ดต้นไม้ความคิดในชุมชน ตนเอง และแจกคู่มือการป้องกันการจมน้ำในเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน จากนั้นเมื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เด็กอายุ 3-5 ปีจำนวน 30 คน และผู้ปกครอง จำนวน 30 คน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีลักษณะและบริบท ใกล้เคียงกัน พบว่า แบบสัมภาษณ์เด็กได้ค่า CVI และวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.70 ส่วนแบบสอบถามผู้ปกครองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค และ พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก มีค่า CVI เท่ากับ 0.75, 0.70,

0.80, 0.78, และ 0.75 ตามลำดับ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7, 0.86, 0.86, 0.89, และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดลวันที่ 29 มกราคม พ.ศ.2563 หมายเลข โครงการวิจัยเลขที่ MUPH 2020-010 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้ปกครองของเด็ก ซึ่งก่อน การดำเนินการวิจัยในเด็กผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาต จากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อลงนามอนุญาตในใบยินยอม ให้เข้าร่วมการวิจัยก่อนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล หากต้องการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยสามารถกระทำ ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลจะนำไปเผยแพร่ ในภาพรวมและนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนโดยพยาบาล ในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ และเมื่อสิ้นสุดการทดลองใน สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) และผู้ปกครองในกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคู่มือการป้องกันการ จมน้ำในเด็ก และเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับสมุดนิทาน รูปภาพเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean:M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเด็ก ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมป้องกันการ จมน้ำในเด็กสำหรับผู้ปกครอง ก่อนและหลังภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง กลุ่มใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองกลุ่มเด็กเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 53.30) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 ปี ($\bar{X} = 3.10$, S.D. = 0.305) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเด็กเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 63.30) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 ปี ($\bar{X} = 3.43$, S.D. = 0.50) กลุ่มทดลองผู้ปกครองเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 70.00) มีอายุในช่วง 30-39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 43.30) เป็นมารดา มากที่สุด (ร้อยละ 53.30) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 66.70) รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 43.30) รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ มากที่สุด (ร้อยละ 40.00) และเด็กในครอบครัวไม่เคยมี ประสบการณ์เล่นน้ำมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) กลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้ปกครองเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 66.70) มีอายุในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 26.70) เป็นลูก ป้า ตา ยาย มาก ที่สุด (ร้อยละ 53.30) การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 46.70) รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 66.70) รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บมากที่สุด (ร้อยละ 46.70) และเด็กเคยเล่นน้ำ ตามแหล่งน้ำธรรมชาติ สระว่ายน้ำ มากที่สุด (ร้อยละ 93.30) ส่วนข้อมูลด้านความรู้ เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำในเด็ก, การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และด้านพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ปกครอง นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเด็กอายุ 3-5 ปีเกี่ยวกับความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำในเด็ก ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เรื่องการป้องกัน อุบัติเหตุจมน้ำในเด็ก	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ก่อนทดลอง	8.27	1.64	7.73	1.46	1.33	58	0.188
หลังทดลอง	9.70	0.65	7.77	1.04	8.63	48.71	<.0001*
	t = -4.58 df = 29		t = -.11 df = 29				
	p-value <.0001*		p-value = .915				

*P<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการทดลองเด็กอายุ 3-5 ปีมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำในเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก การรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการจมน้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก สำหรับผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก	15.90	5.99	19.37	1.27	-3.15	29	0.004*
การรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก	16.90	3.94	18.50	1.33	-2.17	29	0.038*
การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก	17.67	2.75	19.10	1.35	-2.61	29	0.014*
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก	13.47	4.27	16.63	2.25	-3.41	29	0.002*
พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก	30.70	8.86	37.43	2.62	-3.88	29	0.001*

*P<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมป้องกัน

การจมน้ำในเด็ก มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก การรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการจมน้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กสำหรับผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก	19.37	1.27	14.50	2.86	8.51	40.04	<.0001*
การรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก	18.50	1.33	15.27	3.28	5.06	38.56	<.0001*
การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก	19.10	1.35	16.67	2.02	5.48	50.52	<.0001*
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก	16.63	2.25	13.80	4.23	3.24	44.21	0.002*
พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก	37.43	2.62	32.90	6.92	3.36	37.16	0.002*

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดยพยาบาลในการป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาพบว่า เด็กอายุ 3-5 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำในเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างให้เด็กเข้าใจเกี่ยวกับกฎแห่งความปลอดภัยทางน้ำ ซึ่งเป็นแนวทางเกณฑ์ความปลอดภัยสำหรับการป้องกันการจมน้ำโดยเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปสามารถสอนให้รู้ชีพเมื่อต้องเดินทางทางน้ำได้¹⁰ อีกทั้งกิจกรรมการใช้สื่อ เล่านิทาน และวิดีโอการ์ตูนมีเนื้อหาถึงอันตราย จุดเสี่ยงต่อการจมน้ำ และการช่วยเหลือที่ถูกวิธีเมื่อเห็นคนจมน้ำ เน้นให้ตามผู้ใหญ่มาช่วย อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก¹¹ และการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจมน้ำในเด็กที่เพิ่มขึ้นยังสอดคล้องกับการเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bloom¹² ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้

ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ก็จะทำให้ผู้เรียนหรือเด็กเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ มากขึ้น

หลังการทดลองผู้ปกครองมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และมีพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) อธิบายได้ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) โดยหลังจากผู้ปกครองได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการจมน้ำจากกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การประเมินสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายโดยใช้สื่อรูปภาพ การจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กให้ปลอดภัย การเฝ้าดูแล ปกป้องคุ้มครองเด็ก และกฎแห่งความปลอดภัย¹⁰ ทำให้เกิดการสร้างความตระหนักเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำมากขึ้น ด้านการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) มีความสอดคล้องกับกิจกรรมในโปรแกรมในการให้ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับสถานการณ์การจมน้ำจากการชมวิดีโอ ซึ่งการใช้วิดีโอช่วยในการติดต่อสื่อสารถือว่าเป็นการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความคิด โดยมีเจตนาที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม¹³ ของผู้ปกครอง ดังนั้นการใช้เทคนิคสื่อสารสามารถใช้กระตุ้นการแสดงความคิดเห็นทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน

การป้องกันการจมน้ำได้ และพฤติกรรมผู้ปกครองในป้องกันการจมน้ำในเด็ก ที่เพิ่มมากขึ้นมีความสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)¹⁴ ด้านการรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) เมื่อผู้ปกครองได้รับคู่มือป้องกันการจมน้ำ ทำให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้นโดยอธิบายจากข้อมูลด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 66.70) แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 46.70) จะเห็นว่าในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า โดยระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ หรือทักษะ องค์วิชาในแต่ละสาขา เช่น ความรู้เรื่องสุขภาพ¹⁵ ดังนั้นเมื่อผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหมายถึงผู้ปกครองมีความรู้ และการรับรู้รวมถึงการแก้ปัญหาที่มากกว่า และจากข้อมูลด้านประสบการณ์การเล่นน้ำของเด็กในครอบครัว ในกลุ่มทดลองไม่เคยเล่นน้ำมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบมีประสบการณ์เล่นน้ำมากที่สุด (93.30) อธิบายได้ว่าผู้ปกครองในกลุ่มทดลองจะมีความระมัดระวังในการดูแลและป้องกันการจมน้ำ ไม่ปล่อยให้เด็กเล่นน้ำ ตามแหล่งน้ำสาธารณะ ห้วย หนอง คลอง บึง แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบผู้ปกครองอาจจะยังไม่ตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันการจมน้ำจึงยังไม่ระมัดระวัง โดยให้เด็กสามารถ วิ่งเล่น ใกล้บ่อน้ำ วัยน้ำในสระ หนอง คลอง บึง บ่อขุด เป็นต้น ด้านการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) มีความสอดคล้องกับกิจกรรมโดยให้ผู้ปกครองร่วมกันสรุปลักษณะจุดเสี่ยงอันตราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันการจมน้ำ เช่น เรือขนส่งสาธารณะในชุมชนไม่มีชูชีพ แหล่งน้ำสาธารณะในชุมชนไม่มีป้ายเตือน เป็นต้น อีกทั้งใช้สถานการณ์จำลองสอนผู้ปกครองเกี่ยวกับการช่วยเหลือการจมน้ำเบื้องต้น ซึ่งเทคนิคการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองคือกระบวนการที่ใช้ในการช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่สะท้อนความเป็นจริง โดยใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายกับข้อมูลในการตัดสินใจและแก้ปัญหา¹⁶ ทำให้เมื่อเจอเหตุการณ์จมน้ำ ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสามารถช่วยชีวิตเบื้องต้นได้ถูกวิธี ด้านพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำของผู้ดูแลเด็กอายุ 1-4 ปี ในชนบทในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 60 มี

พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในระดับดี และพบว่าพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 กับระดับความรู้ ระดับการรับรู้ และการใช้โปสเตอร์เป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการจมน้ำ¹⁷

จะเห็นได้ว่า ความรู้ของเด็กวัยก่อนเรียนเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำจะมีมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของเด็กแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันรวมถึงสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึง ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือ ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กล้วนมีความเกี่ยวข้องกัน เพราะหากบุคคลเหล่านี้มีความรู้ การรับรู้ และมีพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำที่ถูกก็จะสามารถถ่ายทอด หรือสอน ให้เด็กวัยก่อนเรียนมีความรู้ในการป้องกันตนเองและลดอุบัติเหตุจมน้ำได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการจมน้ำสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองได้
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หรือพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก สามารถนำความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ จัดกิจกรรมให้กับผู้ปกครอง เพื่อเป็นการเสริมศักยภาพของผู้ดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการประเมินผลของโปรแกรมในเด็กวัยก่อนเรียนอาจจะมีการเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมในการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยก่อนเรียนเพิ่มขึ้นเนื่องจากในงานวิจัยนี้เปรียบเทียบเฉพาะความรู้เพียงอย่างเดียว
2. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการลดการเกิด Selection bias ในกลุ่มตัวอย่างเด็ก อาจจะมีการคัดเลือกเด็กโดยแยกกลุ่มเด็กเก่าและกลุ่มเด็กใหม่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละแห่งแล้วจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

References

1. Division of non-communicable diseases, department of disease control. Situation of drowning children in Thailand. Bangkok: Kitjakarnrongpim war veterans' organization of Thailand office; 2009. (in Thai)

2. Ministry of public health. Strategy and planning division. Drowning deaths in 2018. Bangkok: Strategy and planning division; 2018. (in Thai)
3. Ma WJ, Nie SP, Xu HF, Xu YJ, Song XL, Guo QZ, et al. An analysis of risk factors of non-fatal drowning among children in rural areas of Guangdong Province, China: a case-control study. *BMC Public Health*. 2010; 10(156): 1-8.
4. Division of injury prevention, Department of disease control. Drowning prevention course for program manager. Nontaburi: Ministry of public health; 2020. (in Thai)
5. Deepan S, Siriaumpunkul P, Nirattharadorn M. The effects of a program for parents responding to children with difficult temperament on the temperament of preschool children. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(3): 131-139. (in Thai)
6. Office of the education council, Ministry of education. The role of parents, teachers and carers in the upbringing and development of early childhood. Bangkok: Ministry of education; 2011. (in Thai)
7. Hunnirun P. Documents for teaching subjects SK 531 Behavioral Science in Health Education. Bangkok: Srinakharinwirot University. (in Thai)
8. Shen J, Pang S, and Schwebel DC. Evaluation of a drowning prevention program based on testimonial videos: A randomized controlled trial. *J Pediatr Psychol*. 2015; 41(5): 555-65.
9. Zhu Y, Feng X, Li H, Huang Y, Chen J, and Xu G. A randomized controlled trial to evaluate the impact of a geo-specific poster drowning 'hotspots' among children of migrant workers: evidence from Ningbo, China. *BMC Public Health*. 2017; 17(530): 1-9.
10. Palittaponkarnpim A. Preventing Injury in early childhood. In: Hunsakunachai T, Rungpriwan R, Sudjaridpong S, Chonchaiya W, editors. *Child development and behavior textbook Volume 3*. Nontaburi: Beyonenterprise; 2013: 349-55. (in Thai)
11. Worashotkumjorn J. Promotion of development in children 0-6 years old. In: Watwanichsanong P, Anuntasari W, editors. *Pediatrics Volume 1*. Bangkok: Sahamit-pattanakarnpim; 2016: 185-89. (in Thai)
12. Bloom BS. *Toxonomy of educational objectives handbook 1: Cognitive*. New York: Davidmakay; 1959.
13. Rogers EM, and Agarwala-Rogers R. Communication in organizations. *Journal of Advertising*. 1976; 6(2): 49-50.
14. Janz NK, and Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*. 1984; 11(1): 1-47.
15. Ratchabuntidtayasthan 1999. *Knowledge*. Bangkok: Nanmeebooks Publication; 2003: 232. (in Thai)
16. Kamanee T. 14 teaching methods for professional teachers. 7thed. Bangkok: Tex and Jerinal publishing; 2002: 89. (in Thai)
17. Kimura A, Keiwkarnka B, and Sillabutra J. Factors related to drowning preventive behavior among caregivers with children aged one to four in rural areas of Thailand. *Journal of public health and development*. 2013; 11(2): 31-48.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด ของพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ Factors Affecting Nurses' Pain Management Practice in Neonatal Intensive Care Units

ศิริณาทรรณ ทศนียรัตน์¹ วรณีย์ เดียววิเศษ^{*2} นุจรี ไชยมงคล³

Sirinna Tassaneeyarat¹ Wannee Deoisres^{*2} Nujjaree Chaimongkol³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต จังหวัดปทุมธานี 12160

¹Faculty of Nursing, Rattana Bundit University, Prathum thani, Thailand 12160

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี ประเทศไทย 22000

²School of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chantaburi, Thailand 22000

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20131

³Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย จำนวน 118 ราย ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกแรกเกิด ที่มีค่าความเที่ยง 0.70, 0.72, และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุ

ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในทารกแรกเกิด และพบว่าทั้งความรู้ ทัศนคติและประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในทารกแรกเกิดได้ร้อยละ 40.9 ($p < .001$) โดยความรู้ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลมากที่สุด ($\beta = .435, p < .001$) รองลงมาคือ ทัศนคติของพยาบาล ($\beta = .257, p = .001$) และประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล ($\beta = .236, p < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาล เช่น จัดให้มีระบบพยาบาลที่เลี้ยง มีหลักสูตรการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด และพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดในหน่วยงานของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ความปวดในทารกแรกเกิด, ความปวดจากการทำหัตถการ, การจัดการความปวด, NICU

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the factors that effect on nurses' pain management practice in hospitalized neonates in Thailand. The participants performed involving 118 neonatal nurses working in the Neonatal Intensive Care Units (NICUs) from general hospitals in Thailand by using multistage sampling. The instruments consisted of the Nurse's Knowledge Regarding Pain Management in Neonates, the Nurse's attitude Regarding Pain Management in Neonates, and the Nurses' Pain Management Practice Questionnaire. The reliability of instruments were 0.70, 0.72, and 0.80 respectively. Data analyzed by using descriptive statistic and Multiple Regression Analysis.

The results shown that most neonatal nurses had often providing a practice on procedural pain management in neonates. Nurse's knowledge regarding pain management in neonates, nurse's attitude regarding pain management in neonates, and experience of infant care together explained 40.9% of the total variance of nurses' pain management practice in neonates. Knowledge distinctively acted as the most significant predictor of pain management practice ($\beta = .435$, $p < .001$), followed by attitude ($\beta = .257$, $p = .001$) and experience of infant care ($\beta = .236$, $p < .01$). These findings suggest that nurse administrators should promote nurses' competencies by providing a mentoring system, create courses for neonatal pain management, and providing the guideline for neonatal pain management in their units.

Keywords: Neonatal Pain, Procedural Pain, Pain Management, NICU

Introduction

Neonates are exposed to multiple painful procedures. Studies in Thailand and around the world reported that neonates experience pain daily in the first few weeks of life.¹⁻⁴ Repeated painful procedures may have serious short and long-term effects for infants. These consequences, including changes in physiology and behavior⁵⁻⁷, raising stress hormone levels, altered pain sensitivity, interrupted sleep-wake cycles and long-term effects on brain development, neurodevelopment aberration, as well as emotional and learning disabilities⁶⁻⁸ In addition, painful procedures may influence subsequent pain responses through childhood and contribute to the development of chronic pain⁶⁻⁷. Therefore, it is important to reduce newborn infants' pain during painful procedures as this may reduce the risks of the negative consequences of poorly treated procedural pain.

While the wealth of published evidence

available effective nurse-directed strategies to reduce pain in hospitalized infants and children^{2,8}. However, it appears that inconsistencies in the management of pain in practice continue to exist^{4,9} as well as being underutilized¹⁰. Translating this knowledge will have benefits for nurses, the health system, and patient outcomes.

In 2006, Latimer developed the Knowledge Use in Pain Care (KUPC) model, which is specific to the translation of pain knowledge in clinical practice. This KUPC model identified factors influencing knowledge use for better pain care outcomes, which were comprised of 4 components: organization, nurse characteristics, infant/patient characteristics, and sociopolitical¹¹.

Organizational context factors can facilitate the knowledge translation to clinical practice by the opportunity to attend pain courses, and the collaboration between nurses and physicians¹¹. Lack of training in pain control and insufficient

nurse-physician collaborative activities can contribute to the undertreatment of pain in newborns^{10,12}. Moreover, an imbalance between job demand and staff and lack of time to do work were barriers to managing pain effectively^{10,13-14}.

Infant/ patient characteristics, which age and infant acuity although not directly impact pain care but theses may have implication the pain care skills-mix and patient assignment decision¹¹.

Sociopolitical, policies and guidelines identify the external elements to impact organizational structure and pain care delivery¹¹. The written guideline for pain is associated with the management of pain in newborns^{10,12}. Lack of pain guidelines is a barrier to effective pain management in neonates¹².

Nurse characteristics, which are knowledge, attitude, clinical experience is associated with neonatal pain care. In this KUPC model, nurses' knowledge gained from three sources as research, clinical experience, and patient preference¹¹. Inaccurate attitude¹³, lack of knowledge about neonatal pain care contributed to a barrier to effective pain management^{10,14-15}.

In Thailand, data about factors affecting neonatal pain care are limited. The reported from only one hospital shown that there was a positive and significant correlation between nurses' perception of neonatal pain and knowledge about pain management with nursing interventions for pain relief¹⁶, it is risky to generalize findings to nursing practice in Thailand. Thus, the affective factors on nurses' pain management in hospitalized neonates need to be better understood to relieve infant pain more effectively. This research, consequently, aimed to discover these factors.

Purpose of the study

This study aimed to 1) describe neonatal nurses' practice on management of pain in hospitalized neonates 2) examine the factors that effect on nurses' pain management practice in hospitalized neonates.

Hypotheses

The hypotheses of this study were 1) neonatal nurses are providing pain management practice to hospitalized neonates 2) knowledge, attitude, and experience of infant care can predict nurses' pain management practice in hospitalized neonates.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was guided by the Knowledge Use in Pain Care (KUPC) conceptual model¹¹ and the literature review. The KUPC model consisted of the four set of factors (organizational, nurse, infant, and sociopolitical) influencing pain management practices in hospitalized neonates¹¹. For this study, the component of the KUPC model specifically tested only the nurse factors, other components were examined and will be reported elsewhere.

Nurse factor refers to specific individual nurse characteristics such as knowledge, education, critical thinking disposition, and experience related to neonatal pain care. These factors are associated with pain management in hospitalized neonates. Latimer (2010) states that "Nurses' judgments regarding pain are suggested to be formulated because of nurses' critical decision-making ability, their attitudes, and beliefs about pain, and/or the barriers and facilitators at work that influence the pain management process. Knowledge, attitudes, and past- experience in infant care are proposed to act as a compass, orienting a nurse's approach while assessing and managing

pain. Thus, lack of knowledge, inaccurate attitude, experience held by the nurse may misguide the nurse's judgments, leading to ineffective pain

control^{10,12,16}. The conceptual framework is presented in Figure 1.

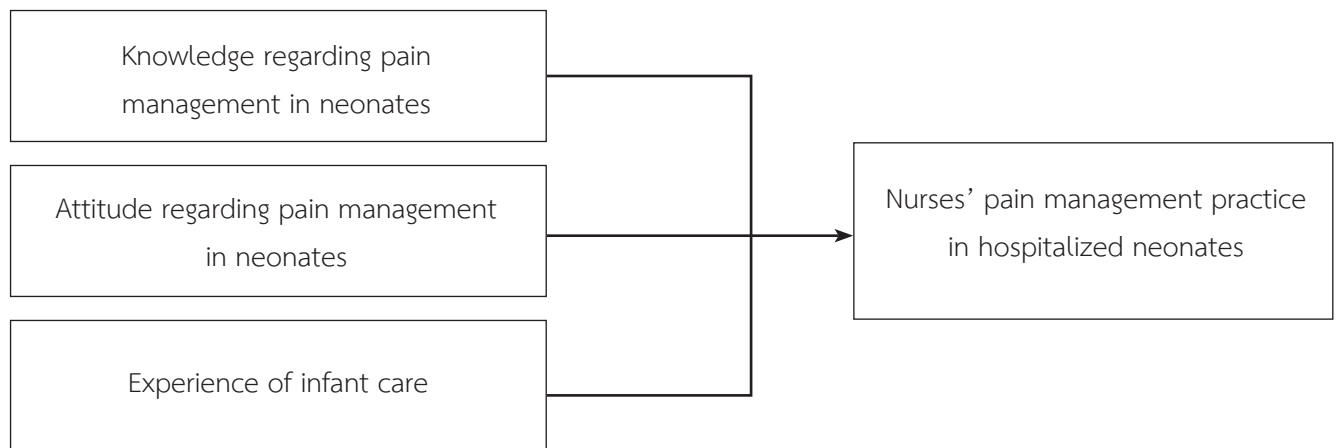


Figure 1 Conceptual model

Methods

This research was a predictive cross-sectional study. The data collection was conducted from November-December 2019 at NICUs from general hospitals in Thailand. A multistage sampling technique was used to recruit the neonatal nurses who met the following criteria: 1) Being a registered nurse with current work in the NICU; 2) Have responsibility to provided direct care of newborns in NICU; 3) Have at least one year of experience in taking care of newborns in NICU. Sample size was calculated using Green (1991) formula, $N \geq 104 + m$ (where m is the number of IVs)¹⁷, power = 0.8, and $\alpha = .05$. In this current study, the number of predictor variable = 3. Thus, the minimum participants were at least 107 cases. In addition, 10% was added to cover attribution of the sample, therefore the participant involved 118 cases.

Research Instruments

There were four self-reported questionnaires used for data collection in this study.

1) The Demographic Data questionnaire developed by researcher used to collected participant

characteristics which included age, position (head nurse or general RN), years of experience in neonatal care.

2) The Nurses' Pain Management Practice Questionnaire (NPMP). This questionnaire was measured using 31 items developed by researchers based on literature review¹⁸ with content validity for scale (S-CVI) of 0.91 as evaluated by the panel of five experts. The participants were asked to rate each item on a 1 to 5-point rating scale, ranging from 1-never to 2-rarely, 3-sometime, 4-mostly and 5-always. A total score of the NPMP was categorized into three levels of low (31.00-72.33 points), moderate (72.34-113.67 points), and high (113.68-155.00 points) levels of pain management practice. This was based on the concept of Federick¹⁹ where the difference of possible maximum score and the possible minimum score divided by 3. The Cronbach's alpha coefficients was 0.80.

3) The Nurses' Knowledge Regarding Pain Management in Newborn Questionnaire (NKPM) modified by researcher which based on published literatures²⁰. This questionnaire consists of 20 items of the true/false questionnaire, with content validity

for scale (S-CVI) of 0.92 as evaluated by the panel of five experts. Based on Federick's method¹⁹, the total score of the NKPM could be categorized into three levels of low (0-6.67 points), moderate (6.68-13.35 points), and high (13.36-20.00 points) levels of knowledge. The KR-20 was 70.

4) The Neonatal Nurses' Attitude Survey Regarding Pain (NNAS) modified by researcher which based on the literature review²¹. This questionnaire contained 17 items that included questions on both positive and negative attitudes, with content validity for scale (S-CVI) of 0.98 as evaluated by the panel of five experts. The participants were asked to rate each item based on a 1 to 3-point rating scale ranging from 1-Disagree, to 2-neutral, and 3-Agree. The sum score of the NNAS was categorized into low (17.00-28.33 points), moderate (28.34-39.67 points), and high (39.68-51 points) levels of attitude based on Federick's method¹⁹. The Cronbach's alpha coefficients was 0.72.

Ethical consideration

This study was approved by the Institutional Research Board (IRB), Faculty of Nursing, Burapha University (No. 02-02-2562). Neonatal nurses informed about the research objectives, methods, potential risks, benefits of participation and rights to discontinue involvement in the study. They were able to withdraw from the study at any time without penalty or loss of benefits. All data were used only for the research objectives and written documents were kept in a secure place. All data were destroyed after the final analysis.

Data collection

The data collecting procedure was conducted after receiving IRB approval and permission from the director of each hospital. The researcher met head nurses of each NICU, introduced my-self and

explained them about the purposes and method of the study. The researcher gave the set of questionnaires in a sealed envelope to the head nurse. Under the head nurse's help, neonatal nurses were given these packages, and asked to fill in the written consent form. They can complete the questionnaires during their personal time and asked to return all completed documents to the head nurse within two weeks. Once collected, questionnaires were checked for completeness and accuracy.

Data analysis

All data were analyzed by using statistical program. The descriptive statistics were used to describe the demographic data and scores of all major variables. Stepwise multiple regression analysis was the effect of predicting factors on nurses' pain management practice in hospitalized neonates, respectively. All statistical significances were set at $p < .05$.

Results

Of 118 neonatal nurses, all of them were female. The mean age of the neonatal nurses was 37.13 ± 9.05 years, with ranging from 22 to 58 years. Most of them was staff nurses (92.4%). The average years of experience working in a neonatal unit was 14.26 ± 7.53 years, with a range from 1 to 30 years (Table 1).

Table 1 Descriptive statistic of all variables (N = 118)

Variables	Mean	SD	Possible range	Actual range	Interpretation
Pain management practice in hospitalized neonates	108.29	13.45	31-155	74-138	Moderate
Knowledge regarding pain management in neonates	13.89	1.84	0-20	10-17	high
Attitude regarding pain management in neonates	45.68	2.89	17-51	39-51	high
Experience of infant care	14.26	7.53	-	1-30	-

Table 1 was presented the average score for the nurses' pain management practice in hospitalized neonates was moderate level practice (108.29 out of 155 points score), which varied from 74 to 138. In terms of knowledge, the mean score of a nurse's knowledge regarding pain management in neonates with the correct answer was 13.89 out of 20 (SD = 1.84), with scores ranging from 10 to 17. These results indicated that neonatal nurses were a high level of knowledge.

The mean score of nurses' attitudes regarding pain management in neonates was 45.68 out of 51 (SD = 2.89), with ranging from 39 to 51. These results indicated that neonatal nurses had a high level of positive attitude toward pain management in neonates (Table 1).

Predicting factors of nurses' pain management practice in hospitalized neonates Multiple regression analysis revealed that knowledge, attitude regarding pain management in neonates, and experience of infant care together significantly explained 40.9% of nurses' pain management practice in hospitalized neonates ($r^2 = .409$, SEE = .341, F change = 10.257, $p < .001$) (Table 2). Based on the extent of β value, knowledge regarding pain management in neonates ($\beta = .435$, $p < .001$) was greater predicted regarding pain management in neonates, followed by attitude ($\beta = .257$, $p = .001$) and experience of infant care ($\beta = .236$, $p < .01$). (Table 2)

Table 2 The result of stepwise multiple regression analysis (N = 118)

Predictive Variables	B	Beta	t	P - value
Knowledge regarding pain management in neonates	2.095	.435	5.648	.000
Attitude regarding pain management in neonates	.666	.257	3.280	.001
Experience of infant care	.014	.236	3.203	.002
(Constant)	.059	.509	.117	.907

$r = .639$, $r^2 = .409$, SEE = .341, F change = 10.257

Discussion

In this study, the average score for the nurses' pain management practice in hospitalized neonates was moderate level (108.29 out of 155 points score). This finding is higher than the reported in previous research^{2,5,14,21-22}. The findings of this study may be the result of pain management in neonates was concerned by neonatal nurses. The neonatal nurses provide pain management based on independent nursing roles such as swaddling and positioning, which do not require complex equipment.

The results of this study indicated knowledge regarding pain management in neonates was significantly predicting nurses' pain management practice in hospitalized neonates, and greater predict nurses' pain management practice ($\beta = .435$). It means that neonatal nurses with a high level of knowledge regarding pain management were more likely to provide pain management. This consistency with the previous studies^{11,13,21}. Neonatal nurses in our findings were generally knowledgeable about neonatal pain care, which is congruent with other findings^{12,18}. These differ from other findings that nurses have inadequate knowledge about pain management²¹. However, although knowledge regarding pain management in neonates was strongest to predict nurses' pain management practice in hospitalized neonates. But the previous results have revealed that there was still a gap among theoretical knowledge translation to the practice, identified as obstacles in the effective management of neonatal pain^{11,16,22}. To close this gap, education and training strategies transferred to the practice of care, driving changes in this practice. The presence of continuous education based on scientific evidence helps professionals to adopt effective and safe measures to control pain.

The study results found that attitudes regarding pain management was a significantly

presented as the predictor of pain management in neonates ($\beta = .257$). It means that neonatal nurses with a positive attitude regarding neonatal pain were more likely to provide a high level of pain management practice in the neonates. Moreover, there was a positive correlation with pain knowledge ($r = .345$) and their experience in caring for infants ($r = .188$). Neonatal nurses who have a positive attitude regarding neonatal pain management were more likely to gain a higher level of pain knowledge and having more caring experienced. This finding was congruent with others^{12,17,19,21}. Neonatal nurses in our study were aware of the pain experience during procedural interventions, recognized the items of pain scales assessment. Fortunately, most nurses reported a positive attitude toward pain management in neonates. In comparison with the previous studies, despite nurses' belief that neonates feel pain in similar or higher intensity than adults, they reported that medicines are not usually administered for procedural pain and negative attitude have been reported as the main barriers in pain assessment and alleviation^{12,22}. Thus, a positive attitude alone does not necessarily mean adequate pain management practices. There is still conflict between nurses' beliefs and their actual work in clinical practices.

A nurse's level of expertise to care for population needs can predict patient outcomes. Experience of the infant care was presented as the predictor of pain management in neonates ($\beta = .236$). This finding was aligned with the previous study^{11,23}. The study found decreased adverse patient events were associated with the presence of a senior charge nurse and a higher shift complement of permanent and/or senior nurses¹¹. This could be explained by the fact that increasing the number of years worked by neonatal nurses builds confidence and makes the nurses apt to recognize and intervene in various neonatal cues to painful situations.

Recommendation

Recommendation for nursing practice

1. Nurse Manager should encourage and empower staff nurses' knowledge for better pain management by create learning courses about evidence-based pain assessment and management strategies relevant to their care population.

2. Hospital protocols or guideline for neonatal pain management need to be established. If it had a guideline or protocol, the current pain management guideline should be reviewed often to ensure these protocols are clearly, comprehensive and evidence-based. All nurses should be thoroughly educated in the current protocols of their unit to manage newborn pain to increase adherence to such protocols.

Recommendation for the future research

1. Another factor that influencing neonatal pain management such as socio-political factors need to be explored. Additional research should be done to determine nurses' ability to use appropriate pain assessment tools and their ability to implement pain management strategies.

2. Nurse researcher should create the program for translating knowledge to clinical practice.

References

1. Boonchuaylua P. Pain survey in neonates hospitalized in sick newborn unit. (thesis). Nakhonprathom: Mahidol University; 2014. (in Thai)
2. Bonutti D, Daré M, Castral T, Leite A, Vici-Maia J, Scochi C. Dimensioning of painful procedures and interventions for acute pain relief in premature infants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25(0):e2917.
3. Chen M, Shi X, Chen Y, Cao Z, Cheng R, Xu Y et al. A Prospective Study of Pain Experience in a Neonatal Intensive Care Unit of China. *The Clinical Journal of Pain*. 2012;28(8):700-704.
4. Kyololo O, Stevens B, Gastaldo D, Gisore P. Procedural pain in neonatal units in Kenya. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 2014;99(6):F464-F467.
5. Grunau R. Neonatal Pain in Very Preterm Infants: Long-Term Effects on Brain, Neurodevelopment and Pain Reactivity. *Rambam Maimonides Medical Journal*. 2013;4(4): e2005.
6. Grunau R. Long term effects of pain-related stress on neurodevelopment and pain perception of infants born very prematurely. *Enfance*. 2013;2013(01):15-31.
7. Provenzi L, Giusti L, Fumagalli M, Tasca H, Ciceri F, Menozzi G et al. Pain-related stress in the Neonatal Intensive Care Unit and salivary cortisol reactivity to socio-emotional stress in 3-month-old very preterm infants. *Psycho neuro endocrinology*. 2016;72:161-165.
8. Supsung A, Khunkaew S, Udomlerd M. Managing Fear Needle Pain in Children:Nursing Practice in Pediatric care. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*.2017;18 (Supplement2): 25-31. (in Thai)
9. Wallace H, Jones T. Managing procedural pain on the neonatal unit: Do inconsistencies still exist in practice?. *Journal of Neonatal Nursing*. 2017;23(3):119-126.
10. Cong X, McGrath J, Delaney C, Chen H, Liang S, Vazquez V et al. Neonatal Nurses' Perceptions of Pain Management: Survey of the United States and China. *Pain Management Nursing*. 2014;15(4):834-844.

11. Latimer M, Ritchie J, Johnston C. Individual Nurse and Organizational Context Considerations for Better Knowledge Use in Pain Care. *Journal of Pediatric Nursing*. 2010;25(4):274-281.
12. Christoffel M, Querido D, Silveira A, Magesti B, Gomes A, Silva A. Health professionals' barriers in the management, evaluation, and treatment of neonatal pain. *Brazilian Journal of Pain*. 2019;2(1):34-38.
13. Zahedpasha Y, Arzani A, Akbarian Z, Hajjahmadi M, Ahmadi M. Barriers to Use of Non-pharmacological Pain Management Methods in Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2017; 19 (9) :20-25.
14. Abdel Razeq N. Barriers That Impede the Provision of Pain Care to Neonates by Nurses in Jordan. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2016;45(3):371-377.
15. Mehrnoush N, Ashktorab T, Heidarzadeh M, Momenzadeh S, Khalafi J. Factors Influencing Neonatal Pain Management from the Perspectives of Nurses and Physicians in a Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study, *Iran Journal Pediatric*. 2018; 28(1): e10015. doi: 10.5812/ijp.10015.
16. Khumpang, P. The study of nurses' perception, knowledge, and nursing intervention for pain relief during neonatal medical procedures. (thesis). Nakhonprathom: Mahidol University; 1996. (in Thai)
17. Tabachnick B, Fidell L. Using multivariate statistics. 5thed. MA: Pearson International Edition; 2007.
18. Costa T, Rossato L, Bueno M, Secco I, Sposito N, Harrison D et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;51(0):1-7.
19. Federick L. Statistics: A gentle introduction. 3rd ed. USA: Sage Publication, 2013.
20. Nimbalkar A, Dongara A, Phatak A, Nimbalkar S. Knowledge and Attitudes Regarding Neonatal Pain Among Nursing Staff of Pediatric Department: An Indian Experience. *Pain Management Nursing*. 2014;15(1):69-75.
21. Asadi-Noghabi F, Tavassoli-Farahi M, Yousefi H, Sadeghi T. Neonate Pain Management: What do Nurses Really Know?. *Global Journal of Health Science*. 2014;6(5):284-293.
22. Peng N, Lee M, Su W, Lee C, Chen C, Chang Y et al. Knowledge, attitude and practices of neonatal professionals regarding pain management. *European Journal of Pediatrics*. 2020;180(1):99-107.
23. Polkki T, Korhonen A, Laukkala H. Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: a cross-sectional survey. *Scandinavian Journal Caring Science*. 2018 Jun;32(2):725-733

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2

Factors Predicting Delayed Progression of CKD Behavior among Patients with Chronic Kidney Disease Stage G1-G2

ณัฐพรพิมดา แสงหัวช้าง* ปิยะธิดา นาคเกษียร กิรดา ไกรนุวัตร
Natparimada Sanghuachang* Piyatida Nakagasien Kerada Krainuwat
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย, 73170
Faculty of Nurse Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยพรรณนาเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 จำนวน 126 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2563 เครื่องมือวิจัยประกอบไปด้วย 5 ส่วนได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .141, .259, .203, p < .05$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 18.3 โดยปัจจัยด้านความรู้ทางสุขภาพมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้มากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ปัจจัยด้านรายได้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมได้ ($\beta = .042, p=.859$) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 1-2 ได้

คำสำคัญ : รายได้, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรู้ทางสุขภาพ, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the factors predicting delayed progression of CKD behavior among patients with chronic kidney disease stage G1-G2. The samples consisted of 126 CKD patients with stage G1-G2. Data were collected from November to December, 2020. The research instrument was composed of the recording form of personal information, the social support, the health literacy, the health belief and a questionnaire of delayed progression of CKD behavior. The data were analyzed using descriptive statistic and multiple regression analysis method.

The research results revealed that CKD patients with stage G1-G2. social support, health literacy and health belief can predict delayed progression of CKD behavior among patients with chronic kidney disease stage G1-G2 were statistically significant accounted for 18.3% ($\beta = .141, .259, .203, p < .05$, respectively). The most significant predicting factor is health literacy, followed by health belief, but income cannot predict delayed progression of CKD behavior ($\beta = .042, p.859$). The result of this study could be used as guideline to develop the delayed progression of CKD behavior promoting program for CKD patients with stage G1-G2.

Keywords: income, social support, health literacy, health belief, delayed progression of CKD

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งประเทศไทยที่มีอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ในปี 2561 ความชุกของ CKD ในประเทศไทยอยู่ที่ 8 ล้านคน 17%¹ CKD ไม่สามารถย้อนกลับได้แต่จะค่อยๆ ดำเนินไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ซึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) โดยการล้างไตทางช่องท้อง (PD) การฟอกเลือด (HD) หรือการปลูกถ่ายไต (KT) เนื่องจาก RRT ทั้งสาม รูปแบบต่าง ๆ มีค่าใช้จ่ายสูงและปัญหา CKD นี้ก่อให้เกิดภาระทางการเงินอย่างมากสำหรับประเทศไทย ในปี 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดงบประมาณกว่า 9,405 ล้านบาท¹ สำหรับการบำบัดทดแทนไตวายเรื้อรัง

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แบ่งโรคไตเรื้อรังออกเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต ระยะที่ 1 คือ eGFR > 90 มล. / นาที / 1.72 ตร.ม. ในระยะนี้จะมีสัญญาณของโรคไตแต่ไตยังทำงานได้ตามปกติระยะที่ 2 คือ eGFR 60-89 มล. / นาที / 1.72 ตร.ม. ในระยะนี้จะมี ความเสียหายเล็กน้อยต่อไตระยะ 3a คือ eGFR 45-59 มล. / นาที / 1.72 ตร.ม. ระยะ 3b คือ eGFR 30-44 มล. / นาที / 1.72 ตร.ม. ในระยะนี้มีความเสียหายของไตปานกลางและระยะที่ 5 คือ eGFR <15 มล. / นาที / 1.72 ตร.ม. ในระยะนี้ไตสูญเสียการทำงานและมีของเสียในร่างกายมาก¹

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากเป็นอันดับหนึ่งของเขตสุขภาพที่ 5 โดยจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ในพื้นที่ดังกล่าว และยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 มีพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมที่ไม่เหมาะสม ประกอบไปด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารคือการรับประทานอาหารรสเค็ม พฤติกรรมการ

ออกกำลังกายคือไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่คือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการใช้ยาคือซื้อยารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ปัญหาพฤติกรรมทั้งหมดอาจส่งผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นและการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ⁵

อย่างไรก็ตามเพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 ให้มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพสิ่งสำคัญคือต้องทราบว่าปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-2 ได้ พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 อาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 เพียงเล็กน้อยและส่วนใหญ่ทำการศึกษาในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 จึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 โดยนำแนวคิดทฤษฎี Health Literacy³, Health Belief Model² และ Social Support⁴ มาประยุกต์ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมทั้ง 3 ด้านได้แก่ ด้านความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยด้านรายได้ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่แตกต่างกันตามปัจจัยที่แต่ละบุคคลได้รับ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม อันจะนำไปสู่การชะลอ

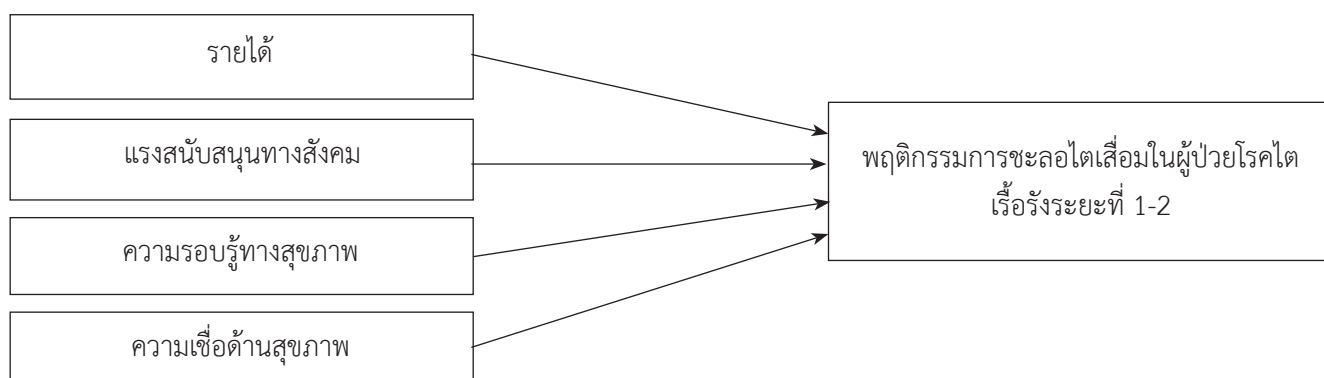
ความเสื่อมของไตและลดการดำเนินของโรคไต เข้าสู่ระยะ
สุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยร่วม
ด้านรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ
และความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม
ของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2

คำถามการวิจัย

ปัจจัยด้านรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้
ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนาย
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2
ได้หรือไม่



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงทำนาย ประชากร
คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ในจังหวัดนครปฐม จำนวน
5,859 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม โดยคำนวณ
จากการศึกษาในอดีตที่มีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันในกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ค่า $R^2 = .10$ จึงคำนวณได้ขนาดอิทธิพล
(effect size f^2) เท่ากับ 0.11 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ
(Power Analysis) เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน
และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม
ที่ไม่สมบูรณ์ (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นจาก
ที่คำนวณได้อีกร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่างคือ ผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 จำนวน 126 คน ทำการสุ่มตัวอย่าง
แบบง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ประกอบด้วยโรง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้
ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมกัน
ทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 1-2 ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎี Health Literacy, Health
Belief Model และ Social Support มาประยุกต์ในการศึกษา
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่
ด้านความรู้ทางสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยด้านรายได้ เป็นปัจจัย
ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่
ทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 1-2 ดังแสดงในภาพ

พยาบาลประจำอำเภอในจังหวัดนครปฐมจำนวน 7 อำเภอ
สุ่มได้โรงพยาบาลนครชัยศรี หลังจากนั้นใช้การเลือกตัวอย่าง
แบบ convenience sampling จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ
ตามความต้องการ 126 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย
เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อ
คำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อมูล
เกี่ยวกับ อายุ อาชีพ และ รายได้บุคคล เป็นแบบเลือกตอบและ
เติมคำลงในช่องว่าง และข้อมูลทางการแพทย์จำนวน 3 ข้อ
โดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาจากการสำรวจข้อมูลการรักษา
2. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถาม

นี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้ทฤษฎี Social Support³ มาประยุกต์ ประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ 1. ด้านอารมณ์ 2. ด้านการประเมินค่า 3. ด้านทรัพยากรสิ่งของและการเงิน มีจำนวนแบบสอบถามในด้านนี้จำนวน 11 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนน ถึง 44 คะแนน แบบสอบถามมีลักษณะเป็นการวัดแบบ (rating scale) 4 ระดับ น้อยที่สุด 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด 4 คะแนน คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

3. แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้ทฤษฎี Health literacy² มาประยุกต์ ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารสุขภาพ 4) การ จัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีจำนวนแบบสอบถามในด้านนี้ จำนวน 24 ข้อ ประเมินโดยใช้ มาตรฐานค่า (rating scale) 4 ระดับ น้อยที่สุด 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด 4 คะแนน มีคะแนนทั้งหมด 24 คะแนน ถึง 96 คะแนน คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูงแสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มีความรู้ทางสุขภาพมาก คะแนนของความรู้ทางสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มีความรู้ทางสุขภาพน้อย

4. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้ทฤษฎี Health Belief Model¹ มาประยุกต์ ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง 3. การรับรู้ประโยชน์ 4. การรับรู้อุปสรรค 5. แรงจูงใจด้าน สุขภาพ 6. ปัจจัยต่าง ๆ มีจำนวนแบบสอบถามในด้านนี้ จำนวน 14 ข้อ ประเมินโดยใช้ มาตรฐานค่า (rating scale) 4 ระดับ น้อยที่สุด 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด 4 คะแนน มีคะแนนทั้งหมด 14 คะแนน ถึง 56 คะแนน คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูงแสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 1-2 มีความเชื่อด้านสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มีความเชื่อด้าน สุขภาพน้อย

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้ทฤษฎี Health Behavior⁷ ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ 1. ด้านการควบคุมอาหาร 2. ด้าน

การออกกำลังกาย 3. ด้านการสูบบุหรี่ 4. ด้านการไช้ยา มีจำนวน แบบสอบถามในด้านนี้ จำนวน 16 ข้อ ประเมินโดยใช้ มาตรฐานค่า (rating scale) 4 ระดับ น้อยที่สุด 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด 4 คะแนน มีคะแนนทั้งหมด 16 คะแนน ถึง 64 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับสูงแสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มี พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมาก คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2 มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรมโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัย มหิดล 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความ ตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ระหว่าง 0.87-0.96 และข้อคำถาม ทั้งหมดผ่านเกณฑ์ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมได้ เท่ากับ 0.91 ความรู้ทางสุขภาพได้เท่ากับ 0.94 ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมการ ชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล COA No. IRB-NS 2020/577.0711 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2563 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการบอกยุติการ เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับ และนำเสนอโดยรวม เท่านั้น หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงมีการลง ลายมือในหนังสือแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่

คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.นครชัยศรี โดยทำการเก็บข้อมูลในวันพฤหัสบดีและศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. โดยผู้วิจัยติดต่อพยาบาลประจำคลินิกและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในคลินิกเพื่อขอความร่วมมือในการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและติดตามอาการของโรคไตเรื้อรัง ตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และติดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อมีผู้สนใจพยาบาลจะประจำคลินิกจะเป็นผู้แนะนำให้ผู้วิจัยรู้จักกับผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเลือกแบบตามความสะดวก (Convenience sampling) โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังเป็นผู้สำรวจข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยและคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรอง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทีละคน โดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายขั้นตอนและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจชัดเจนขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

4. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และให้ตอบแบบสอบถาม โดยระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

5. เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อคำถาม ตอบคำถามในข้อที่สงสัยและให้คำแนะนำในประเด็นที่พบขณะตอบแบบสอบถามจนเป็นที่น่าพอใจแก่ผู้ป่วย จากนั้นกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้ดังนี้

1. การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในส่วนของข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ

พรรณนา (Descriptive statistic) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการชะลอไตเสื่อม ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณจะการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาเชิงอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ ในการทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-2 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ทุกประการ ซึ่งได้แก่ ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดมีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ค่า Durbin-Watson 1.647 ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) ดูจากค่า variance inflation factor (VIF) < 4 และค่า tolerance > 0.2 แสดงว่าไม่เกิด multicollinearity และความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์มีค่าเฉลี่ยเป็นศูนย์ มีความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยคือ 53.04 ปี ข้อมูลด้านอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่าทำอาชีพรับจ้าง จำนวน 62 คน (ร้อยละ 49.2) รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 48 คน (ร้อยละ 38.1) เกษตรกรรม จำนวน 12 คน (ร้อยละ 9.5) รับราชการ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.6) วิสาหกิจและไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.8) ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้บุคคลส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีจำนวน 43 คน (ร้อยละ 34.1) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 35 คน (ร้อยละ 27.8) 10,001-20,000 บาท จำนวน 28 คน

(ร้อยละ 22.2) 20,001-30,000 บาท จำนวน 12 คน (ร้อยละ 9.5) 30,001-40,000 บาท จำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.2) มากกว่า 40,000 บาท จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.4) และไม่มีรายได้ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.8) และความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่มีความพอดีกับค่าใช้จ่าย จำนวน 62 คน (ร้อยละ 49.2) และมีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน

จำนวน 47 คน (ร้อยละ 37.3) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 27.8)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-2 โดยการใช้สถิติหาความสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 126)

	1	2	3	4	5
1. รายได้	1				
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	.172	1			
3. ความรอบรู้ทางสุขภาพ	.160	.644**	1		
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ	.041	.326**	.441**	1	
5. พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม	.016	.336**	.388**	.317**	1

** p < .001

ของเพียร์สัน (Pearson's rank correlation) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-2 นั่นคือเมื่อแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะทำให้พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-2 เพิ่มขึ้น ขณะที่รายได้ไม่มี

ความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-2 ($r = .016$, $p = .859$)

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้ร้อยละ 18.3 ($R^2 = .183$ $df = 4$ $F = 6.765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัย

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	38.093	3.379		11.274	.000**
รายได้	.203	.401	.042	.505	.614
แรงสนับสนุนทางสังคม	1.748	1.102	.141	1.586	.005**
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	3.345	1.164	.259	2.873	.005**
ความเชื่อด้านสุขภาพ	7.749	3.246	.203	2.387	.019*

$R = .428$; $R^2 = .183$; $Adj. R^2 = .156$; $df_1 = 4$; $F = 6.765$

ค่า *P < .05, **P < .01

ด้านรายได้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-2

จากตารางที่ 2 สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ในรูปคะแนน ดิบได้ดังนี้

พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อม = $38.093 + 1.748$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 3.345 (ความรู้ทางสุขภาพ) + 7.749 (ความเชื่อด้านสุขภาพ) + 0.042 (รายได้)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าปัจจัย ด้านรายได้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹¹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแล ตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนก็อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 49.2 และทั้งหมดมีสิทธิการรักษาตามระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่ต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล ทำให้ปัจจัยด้านรายได้จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตัว ในการชะลอไตเสื่อม

ในปัจจัยทำนายพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 พบว่ามี 3 ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมได้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ ที่สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 โดยภาพรวมได้ร้อยละ 18.3 จากการศึกษาพบว่า ความรู้ทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้สูงสุด ($\beta = .259, p < .01$) นั้นหมายความว่าถ้าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มากขึ้น จะช่วยให้มีพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ กับ พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹² ซึ่งได้พบว่า ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่ม ตัวอย่างทุกคนอยู่ในวัยทำงาน มีการเข้าถึงเครื่องมือ เทคโนโลยี ต่างๆ ในโลกออนไลน์เช่น Facebook, Youtube, Line เป็นต้น ซึ่งโลกปัจจุบันเป็นโลกแห่งการสื่อสาร โดยเฉพาะ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพ และสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ จบการศึกษาในภาคบังคับประกอบอาชีพในบริษัทและ จากการพูดคุยสอบถามกลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้ smart phone และใช้อินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 จึงมีความ รู้ทางสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม ดังนั้นหากผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มีความรู้ทางสุขภาพมากก็จะมี พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมได้ในทุกด้านด้วยเช่นเดียวกัน

สำหรับปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพคือความเชื่อ ที่มีต่อสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อการเจ็บ ป่วย และการรักษา ซึ่งจะทำให้มีการปฏิบัติตัวแตกต่างกันซึ่ง จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนาย พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้ ($\beta = .203, p < .05$) นั้นหมายความว่า หากความเชื่อ ด้านสุขภาพมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มี พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง⁹ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะ สุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม และ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของ ไต อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาเป็น ระยะเวลาหนึ่ง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับโรคจากพยาบาลประจำคลินิกทำให้เกิดการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของ โรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยทำให้ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกแนวทางของการ ปฏิบัติพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยมี ความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มีความเชื่อด้านสุขภาพมากก็จะมี การปฏิบัติพฤติกรรม การชะลอ ไตเสื่อมได้เช่นเดียวกัน

ในปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้รับความช่วยเหลือให้มีความรู้ความ เข้าใจถึงการชะลอไตเสื่อมที่ดี โดยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกใน

ครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ได้ ($\beta = .141$, $p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอานาการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง¹² ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับญาติ มีครอบครัว ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ยกย่องชมเชย และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน จากญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกโดยตรงกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 1-2 โดยใช้ผลการวิจัย ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น มาเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-2 มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมได้เพิ่มขึ้น และต้องจัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม เพิ่มเติม โดยสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมต่อไป

References

1. Becker MH, Maiman LA, Kircht JP, Haefner DP, Drachman RH. The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *J Health Soc Behav*, 1977; 18(4), 384-386.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-267.
3. House JS, Kahn RL, McLeod JD, Williams D. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL (Eds.). *Social support and health*. San Diego. Academic Press, 1985.
4. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2017. (in Thai)
5. Thungtong S. Delayed Progression Diabetic Nephropathy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18(2):17-24. (in Thai)
6. The Kidney Association of Thailand and the National Health Security Office. *A Handbook for the Management of Early Chronic Kidney Disease Patients*. Union Ultra violet Bangkok; 2015. (In Thai)
7. Glanz K. *health behavior and health education : Theory research, and practice*. (2nd.). San Fansico : Jossey-Bass Publishers.

8. Petprayoon S, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Peerapatdit T. The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus. J Nurs Sci Chulalongkorn Univ ersity 2014;26(1): 38-51. (in Thai)
9. Jitchan P. Predictors of functional performance in patient with chronic kidney disease. Master degree thesis. Chonburi. Burapha University, 2011. (in Thai)
10. Unaphak P, Rattanamanee K. Correlation factor of self-care behaviors to prevent complications among patients with chronic kidney disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. J Pub Health Burapha Univ 2015;10(2):44-54. (in Thai)
11. Ativichayanon A. Predicting Factors for Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease who Continuous peritoneal dialysis therapy. Journal of Nursing Schools. 2014; 21(2), 172-185. (in Thai)
12. Unaphak P, Rattanamanee K. Correlation factor of self-care behaviors to prevent complications among patients with chronic kidney disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. J Pub Health Burapha Univ 2015;10(2): 44-54. (in Thai)
13. Khunasa J. Factors related to health literacy among high risk diabetes mellitus population in bangkok community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(3): 109-120. (in Thai)

ประสิทธิผลของรูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพ ของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชานุเคราะห์ ตามแนวคิดแบบลีนร่วมกับ แนวคิดการลดความสูญเปล่าในการดำเนินงาน The Effectiveness of TU Health Check Up Program Model by Lean and Eliminate Combine Rearrange Simplify Concept

นันทนา แสนสุข* ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย

Nantana Saensuk* Tippawan Hansakunachai

หน่วยงานรักษาสภาพ โรงพยาบาลพระบรมราชานุเคราะห์เฉลิมพระเกียรติ, ปทุมธานี, ประเทศไทย 12120

Health Check up Center, Thammasat Hospital, Pathumthani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อพัฒนารูปแบบขั้นตอนการรับบริการตรวจสุขภาพ 2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังการใช้รูปแบบขั้นตอนการรับบริการตรวจสุขภาพ 3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจการรับบริการตรวจสุขภาพ เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2563 (ยกเว้นเดือนเมษายนปิดบริการเนื่องจากระบาดของโควิด-19)

ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาจากขั้นตอนเดิม จำนวน 11 เหลือ 9 ขั้นตอนหลังการปรับรูปแบบช่วยลดขั้นตอนติดต่อยุทธศาสตร์/เลือกโปรแกรม ขั้นตอนติดต่อก่อนการรับบริการ ตรวจสุขภาพร่วมกับขั้นตอนตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การปรับรูปแบบบริการไม่สามารถช่วยลดระยะเวลาขั้นตอนอื่นๆได้ ระดับความพึงพอใจพบว่า การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ ลำดับต่อมาคือ ขั้นตอนในการให้บริการมีความคล่องตัวและไม่ยุ่งยาก มีความรวดเร็วทันตามกำหนดเวลาในการให้บริการ มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

คำสำคัญ: รูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพ, ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการแนวคิดแบบลีน

Abstract

This research and development. Objectives 1.To develop a service process model 2. To compare the waiting times before and after using the service process model and 3.To increase satisfaction score on Check Up Program.The data were collected during March-June, 2020. (Excluding April 2020 the TU Health Check Up Center was closed due to COVID-19).

Corresponding Author: *E-mail: t_bunlirs@hotmail.com

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลพระบรมราชานุเคราะห์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับ(received) 19 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ(revised) 3 มิ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ(accepted) 4 มิ.ย.2564

Results comparing time using the old model which consists of 11 steps and improved model of 9 steps, we found that the time taking on choosing Check Up Program was reduced and contact the financial department was reduce and getting EKG was reduced. This model couldn't reduce time in others process. In addition, improved process provides smoother and less complications for faster service and satisfaction level of .05

Keyword : TU Health Check Up Program, Model satisfaction Lean Concept

บทนำ

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง สถิติผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยนอกประมาณ 1,000,000 คนต่อปี มีแผนการขยายการให้บริการในอีก 5 ปีข้างหน้าโดยจะมีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยประมาณ 1,000 เตียง สำหรับให้บริการที่อยู่ในภูมิลำเนาภาคกลางและจังหวัดใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเจริญเติบโตแบบก้าวกระโดดอย่างต่อเนื่องตามวิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ 4.0 มุ่งสู่องค์กรแห่งอนาคตเพื่อประชาชน”

งานรักษาสภาพเป็นหน่วยงานหนึ่งในองค์กรโดยมีศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์เป็นงานหลัก ขอบเขตการรักษามุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถือเป็นด่านแรกอีกหนึ่งด่านที่อยู่บนความคาดหวังสูงสำหรับผู้รับบริการที่ต้องการมาตรฐานการบริการและความพึงพอใจ จากสถิติปี 2559-2561ระดับความพึงพอใจภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ 77, 83 และ 81 ตามลำดับ ผู้รับบริการใช้เวลาในการรอคอยตรวจสุขภาพรูปแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพเฉลี่ย 6 ชั่วโมง 15 นาที ขอใบรับรองแพทย์เฉลี่ย 2 ชั่วโมงและรับบริการฉีดวัคซีนเฉลี่ย 49 นาที ที่ผ่านมาผู้รับบริการมีข้อเสนอแนะถึงขั้นตอนการเข้ารับบริการที่ยังไม่ชัดเจน ระยะเวลาในการรอคอยพบแพทย์นาน ควรเพิ่มจำนวนแพทย์ลงตรวจ โดยภาพรวมจึงส่งผลให้ไม่เป็นไปตามความคาดหวังที่ต้องการได้รับการบริการและการดูแลที่รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัยและมีมาตรฐานทางวิชาชีพในรูปแบบ One-stop service¹ จากการวิเคราะห์ทำให้พบว่าปัญหาจากระยะเวลาในการรับบริการที่ล่าช้าเกิดจากขั้นตอนการให้บริการที่ยังยากซับซ้อนและมีหลายขั้นตอนจุดให้บริการไม่ชัดเจนส่งผลให้เกิดความสูญเสียไปทั้งเวลาบุคลากรและผู้รับบริการ

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาผู้วิจัยมีความสนใจทำการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการรับบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

โดยบูรณาการแนวคิดแบบลีน^{2,3} ร่วมกับแนวคิดการลดความสูญเสียไปในการดำเนินงาน⁴ ด้วยระบบการกำจัด (Eliminate) การรวมกัน (Combine) การจัดใหม่ (Rearrange) การทำให้ง่าย (Simplify) เพื่อลดความสูญเสียไป (Wastes)^{5,6} ของทุกขั้นตอนในการดำเนินงานที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียไปด้านเวลา มีการจัดเรียงทุกๆ ขั้นตอนที่สร้างคุณค่า (Value) ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสร้างประโยชน์ให้กับผู้รับบริการและองค์กร โดยบุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้นจนเกิดการบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการลดระยะเวลาการรอคอย สร้างความพึงพอใจและไว้วางใจกลับมาใช้ซ้ำหรือบอกต่อ

คำถามการวิจัย

ระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังปรับปรุงแบบขั้นตอนการรับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์มีผลต่อความพึงพอใจในการรับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

สมมุติฐานงานวิจัย

1. ระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังปรับรูปแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินีแตกต่างกัน
2. ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินีตามแนวคิดแบบสืบค้นกับแนวคิดการลดความสูญเสียในการดำเนินงานสูงกว่าความพึงพอใจรูปแบบเดิม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบสืบค้นของ Womack and Jones ร่วมกับแนวคิดการลดความสูญเสียในการดำเนินงานของ Brunet and New, Mann ซึ่งประกอบด้วย 1) การระบุคุณค่าของบริการ 2) การกำหนดสายธารคุณค่า 3) การไหลใช้กระบวนการลดความสูญเสีย 4) พิจารณาลักษณะงานที่ไม่จำเป็น 5) รวบรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน 6) จัดเรียงลำดับขั้นตอนใหม่ 7) ปรับปรุงวิธีการทำงานให้ลดการใช้ทรัพยากร ภายหลังการพัฒนาผู้วิจัยประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินี พัฒนาปรับข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านระยะเวลา จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านความคุ้มค่าต่อการรับบริการ จำนวน 3 ข้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินี ระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2563 (ยกเว้นเดือนเมษายนศูนย์ตรวจสุขภาพปิดบริการเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19) ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

- 1) รูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินีตามแนวคิดสืบค้นกับแนวคิดการปรับระบบงานด้วยการลดความสูญเสียในการดำเนินงาน
- 2) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินี

ประชากร คือ กลุ่มผู้รับบริการที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินีทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้รับบริการที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพพระบรมราชินีซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยกำหนดจากลำดับคิวเลขคู่ในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินี ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 246 คนแบ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการตามขั้นตอนเดิมกับกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการพัฒนาแบบบริการตามแนวคิดสืบค้นกับแนวคิดการปรับระบบงานด้วยการลดความสูญเสียในการดำเนินงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระบรมราชินีและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้อำนาจการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระบรมราชินีและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้อำนาจการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระบรมราชินีและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2562 หนังสือรับรองเลขที่ 008/2562) เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่เป็นผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลดิบที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ อยู่ในที่ปลอดภัย ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมไม่เชื่อมโยงถึงบุคคลที่ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด และจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยนี้เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินี
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลระยะเวลาของกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการตามขั้นตอนเดิมจำนวน 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ติดต่อพยาบาลคัดกรองและเลือกโปรแกรม 2. วัดสัญญาณชีพ 3. พยาบาลประเมินผลสัญญาณชีพ 4. ติดต่อเจ้าหน้าที่ธุรการบันทึกการตรวจ 5. ติดต่อการเงิน

6. พยาบาลทำหัตถการเจาะเลือดร่วมกับแนะนำขั้นตอนการเก็บสิ่งส่งตรวจปัสสาวะ, อุจจาระ 7. เอกซเรย์ปอด 8. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 9. ตรวจวัดสายตาเบื้องต้น 10. พบแพทย์ 11. ติดต่อพยาบาลคัดแยกผลตรวจจนจำหน่ายเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการพัฒนารูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมศาสตร์ตามแนวคิดแบบสืบร่วมกับแนวคิดการลดความสูญเปล่าในการดำเนินงานจำนวน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ติดต่อพยาบาลคัดกรองและเลือกโปรแกรม 2. วัดสัญญาณชีพ 3. พยาบาลประเมินผลสัญญาณชีพ 4. ติดต่อเจ้าหน้าที่ธุรการบันทึกผลการตรวจ 5. ติดต่อการเงิน 6. พยาบาลทำหัตถการเจาะเลือดร่วมกับแนะนำขั้นตอนการเก็บสิ่งส่งตรวจปัสสาวะ, อุจจาระ 7. เอกซเรย์ปอด 8. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 9. ตรวจวัดสายตาเบื้องต้น เจ้าหน้าที่ผู้รับบริการกลับบ้านโดยพยาบาลส่งแพทย์อ่านผลตรวจเพื่อสรุปผลตรวจหลังจากนั้นนำมาคัดแยกแบ่งเป็น 2 แบบคือ 1. ผลตรวจปกติพยาบาลจะโทรแจ้งผู้รับบริการเพื่อรายงานผลตรวจพร้อมส่งผลตรวจทางไปรษณีย์ 2. ผลตรวจผิดปกติพยาบาลโทรแจ้งผู้รับบริการนัดหมายเพื่อส่งต่อแผนกอื่นๆ พร้อมประสานงานในการรับผลตรวจ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง อธิบายและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยพร้อมขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม โดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามให้เกิดความกระจ่าง

ค่าระดับความพึงพอใจ	9-10	มีความรู้สึกพึงพอใจอย่างยิ่ง	เป็นกลุ่ม	Promoters
	8-7	มีความรู้สึกเฉยๆ	เป็นกลุ่ม	Passives
	6-0	มีความรู้สึกไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง	เป็นกลุ่ม	Detractors

การคิดคะแนนคำนวณโดยใช้สูตร

$$\text{Net Promoter Score (NPS)} = \text{เปอร์เซ็นต์ของกลุ่ม Promoters} - \text{เปอร์เซ็นต์ของกลุ่ม Detractors}$$

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการบริการตามขั้นตอนเดิมจำนวน 246 คนเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการพัฒนารูปแบบบริการจำนวน 255 คน ผลการวิจัยมีดังนี้

เกี่ยวกับแบบสอบถาม วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการทำวิจัย

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมศาสตร์ปฏิบัติตามแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านระยะเวลา จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านความคุ้มค่าต่อการรับบริการ จำนวน 3 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลระยะเวลาของกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการบริการตามขั้นตอนเดิมเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการพัฒนารูปแบบบริการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยระยะเวลา (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละขั้นตอน (Standard Deviation) โดยใช้สถิติ Independent T-test ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) แบบสอบถามความพึงพอใจวัดระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมศาสตร์ใช้ Net Promoter Score (NPS) เป็นเครื่องมือแบบสำรวจความภักดีของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ให้ระดับความพึงพอใจตั้งแต่ 0-10

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	ก่อนปรับรูปแบบ	หลังปรับรูปแบบ	P-value
	(n = 246)	(n = 255)	
เพศ			
หญิง	135 (54.88)	174 (68.24)	0.251
ชาย	111 (45.12)	81 (31.76)	
อายุ			
ต่ำกว่า 30 ปี	42 (17.07)	57 (22.35)	0.473
30 – 40 ปี	89 (36.18)	54 (21.18)	
41 – 50 ปี	77 (31.30)	69 (27.06)	
51 – 60 ปี	30 (12.20)	52 (20.39)	
61 ปีขึ้นไป	8 (3.25)	23 (9.02)	
วุฒิการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	39 (15.85)	63 (24.70)	0.781
ปริญญาตรี	161 (65.45)	112 (43.92)	
ปริญญาโท	35 (14.23)	59 (23.14)	
อื่น ๆ	11 (4.47)	21 (8.24)	
อาชีพ			
ธุรกิจส่วนตัว	68 (27.64)	75 (29.41)	0.690
รับราชการ	122 (49.60)	58 (22.75)	
รัฐวิสาหกิจ	40 (16.26)	58 (22.75)	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8 (3.25)	42 (16.47)	
อื่น ๆ	8 (3.25)	22 (8.63)	
สิทธิการรักษา			
จ่ายเอง	67 (27.24)	118 (46.27)	0.433
ต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง	122 (49.60)	58 (22.75)	
รัฐวิสาหกิจ	40 (16.26)	58 (22.75)	
ประกันสังคม	3 (1.22)	12 (4.70)	
บริษัทประกัน	3 (1.22)	6 (2.35)	
อื่น ๆ	11 (4.47)	3 (1.18)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยในแต่ละขั้นตอนของการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพ
ของศูนย์ตรวจสุขภาพพระธรรมศาสตร์

ขั้นตอนการเข้ารับบริการ	ก่อนปรับ		หลังปรับ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ติดต่อพยาบาลคัดกรองและเลือกโปรแกรม	4.59	3.96	3.24	1.74	2.24	0.033
2. วัดสัญญาณชีพ	5.45	5.96	5.17	6.27	0.32	0.752
3. พยาบาลประเมินผลสัญญาณชีพ	4.25	3.98	4.47	6.98	-0.24	0.814
4. ติดต่อเจ้าหน้าที่ธุรการบันทึกการตรวจ	2.00	6.85	1.89	5.13	0.10	0.933
5. ติดต่อการเงิน	4.05	10.02	2.11	4.33	2.78	0.010
6. พยาบาลทำหัตถการเจาะเลือดและแนะนำ เก็บส่งตรวจอุจจาระ ปัสสาวะ	9.88	14.58	10.79	17.73	0.33	0.743
7. เอกซเรย์ปอด	11.82	8.62	13.89	12.29	-1.18	0.244
8. ตรวจ EKG	9.89	10.54	4.67	5.59	2.78	0.011
9. ตรวจวัดสายตาเบื้องต้น	4.25	3.98	4.47	6.98	-0.24	0.814
10.พบแพทย์	122.26	24.96	-	-	-	< 0.001
11.ติดต่อพยาบาลคัดแยกผลจนจำหน่าย	10.79	17.73	-	-	-	< 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการเปรียบเทียบการวัดระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการก่อนและหลังปรับปรุงแบบบริการตรวจสุขภาพ
ของศูนย์ตรวจสุขภาพพระธรรมศาสตร์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวัดระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการก่อนและหลังปรับปรุงแบบบริการตรวจสุขภาพของ
ศูนย์ตรวจสุขภาพพระธรรมศาสตร์

รายการ	พึงพอใจอย่างยิ่ง		รู้สึกเฉย ๆ		ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง		NPS*	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านการให้บริการ								
1. มีความรู้ ทักษะ								
ในการให้ข้อมูล								
และตอบข้อซักถาม	ก่อน	82.52	28	11.38	15	6.10	76.42	0.051
เกี่ยวกับโปรแกรม	203							
ตรวจสุขภาพ	หลัง	83.53	42	16.47	0	0	83.53	
ใบรับรองแพทย์ วัคซีน	213							
2. มีความเอาใจใส่	ก่อน	83.74	25	10.16	15	6.10	77.64	0.033
กระตือรือร้นและพร้อม	206							
ที่จะให้บริการ	หลัง	89.80	23	9.02	3	1.18	88.62	
	229							

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวัดระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการก่อนและหลังปรับรูปแบบบริการตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพพระบรมราชินี

รายการ	พึงพอใจอย่างยิ่ง		รู้สึกเฉย ๆ		ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง		NPS*	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
3. ให้บริการด้วย ความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส	ก่อน 200	81.30	46	18.70	0	0	81.30	0.034
	หลัง 236	92.55	19	7.45	0	0	92.55	
4. มีความสะดวก เข้าถึงง่ายในการเข้า รับบริการ	ก่อน 213	86.59	23	9.35	10	4.06	82.53	0.960
	หลัง 236	84.71	36	15.29	0	0	84.71	
ด้านระยะเวลา								
1. ขั้นตอนในการ ให้บริการมีความ คล่องตัวและ ไม่ยุ่งยาก	ก่อน 201	81.70	1	0.41	44	17.89	63.81	0.022
	หลัง 203	79.61	43	16.86	9	3.53	70.61	
2. มีความรวดเร็ว ทันตามกำหนดเวลา ในให้บริการ	ก่อน 161	65.45	36	14.63	49	19.92	45.53	0.024
	หลัง 173	67.84	67	26.27	15	5.88	52.84	
3. ให้การบริการด้วย ความเสมอภาค ตามลำดับก่อนหลัง	ก่อน 206	83.74	25	10.16	15	6.10	77.64	0.891
	หลัง 212	83.14	34	13.36	9	3.50	79.64	
ด้านความคุ้มค่าต่อการรับบริการ								
1. ได้รับการบริการ ที่ตรงตาม ความต้องการ	ก่อน 180	73.17	43	17.48	23	9.35	63.82	0.010
	หลัง 206	80.78	46	18.04	3	1.18	79.60	
2. ระยะเวลารอคอย มีความเหมาะสม กับการบริการ	ก่อน 206	83.74	3	1.22	37	15.04	68.70	0.961
	หลัง 186	72.94	57	22.35	12	4.71	68.23	
3. ค่ารักษามี ความเหมาะสม คุ้มค่าประโยชน์	ก่อน 180	73.17	23	9.35	43	17.48	55.69	0.894
	หลัง 160	62.75	83	32.55	12	4.70	58.05	

*NPS (Net Promoter Score)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์พบว่ารูปแบบบริการโปรแกรมตรวจสุขภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ตามแนวคิดแบบลีนร่วมกับแนวคิดการลดความสูญเปล่าในการดำเนินงานจากการลดจำนวนขั้นตอนการรับบริการจากเดิม จำนวน 11 ขั้นตอนให้เหลือ จำนวน 9 ขั้นตอนหลังการปรับปรุงแบบบริการช่วยลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพในขั้นตอนติดต่อพยาบาลคัดกรอง/เลือกโปรแกรมจาก 4.59 นาที เหลือ 3.24 นาที และขั้นตอนติดต่อการเงินจาก 4.05 นาที เหลือ 2.11 นาที ร่วมกับขั้นตอนตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จาก 9.39 นาที เหลือ 4.67 นาที ในขั้นตอนอื่น ๆ การปรับปรุงแบบบริการไม่สามารถช่วยลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพได้ แสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงแบบการทำงานที่ประยุกต์แนวคิดแบบลีนร่วมกับเทคนิคการลดความสูญเปล่าในการดำเนินงานสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ผู้รับบริการลดระยะเวลาการรอคอยบางขั้นตอนในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ ส่วนระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการก่อนและหลังปรับปรุงแบบบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์สอดคล้องกับพันธิธาและชุดิพร^{7,8} การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ^{7,8} ลำดับต่อมาคือ ขั้นตอนในการให้บริการมีความคล่องตัวและไม่ยุ่งยาก ร่วมกับความรวดเร็วทันตามกำหนดเวลาในการให้บริการร่วมกับความเอาใจใส่ กระตือรือร้นและพร้อมที่จะให้บริการ และให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส⁹ มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้มีการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นงานที่มีคุณค่า สร้างภาพลักษณ์ให้กับโรงพยาบาล ตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการภายใต้มาตรฐานวิชาชีพอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้บริการที่มีความคล่องตัวและไม่ยุ่งยาก ร่วมกับความรวดเร็วทันตามกำหนดเวลาในการให้บริการร่วมกับความเอาใจใส่ กระตือรือร้นและพร้อมที่จะให้บริการเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพ สร้างความพึงพอใจและไว้วางใจกลับมาใช้ซ้ำหรือบอกต่อในการเข้ารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาปรับปรุงมาพัฒนาให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการมีสิทธิในการเลือกสถานบริการที่ตนมีความพึงพอใจและไว้วางใจ การพัฒนาบริการจะเป็นการรักษา กลุ่มผู้รับบริการเก่าทั้งยังเป็นการประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการรายใหม่ให้เข้ารับบริการ
2. สามารถนำข้อมูลไปสร้างรูปแบบการให้บริการที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่าและประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีในมุมมองของผู้รับบริการ
3. ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการในรูปแบบอื่นๆของโรงพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการตามศักยภาพโรงเรียนแพทย์ เพิ่มส่วนแบ่งในการตลาดบริการสุขภาพ เพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาลโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

References

1. Tesaroj S. Simulation of a Queuing System for Reducing Customer Waiting Time Cause Study; 2013. (in Thai)
2. Womack J, Jones D. Lean Thinking. New York: Simon & Schuster. 2003.
3. Brunet N, New M. Kaizen in Japan : an ampirical Study. International Journal of Operation & Production Management. 2002.
4. Nunta T. Outpatient Satisfaction Towards Service Quality of Sriphat Center ; 2011. (in Thai)
5. Rattanapan C. The Improvement of The Service System for Reducing Queuing Time by Using Lean Thinking and Simulation Model; 2016. (in Thai)
6. Risser N. Development of an instrument to measure patient satisfaction with Nurses and nursing care setting. Nursing Research. 1975; 45-51.
7. Pinyakhun P. The Development of a Diabetic Clinic Service Model by Applying Lean Concept at Chaoprayomraj Regional Hospital ; 2017. (in Thai)
8. Meehanpong P. The development of Nursing Research Instruments. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1) : 10-17. (in Thai)
9. Nelson P. Using The Concept of Lean in Virginia Mason Medical Center. The Journal of Nursing Administration. 2007; 287-294.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

Correlation between Health Literacy and Smoking Behavior among Students in Higher Education Institute, Bangkok metropolis

ธนะวัฒน์ รวณสุก*¹ สุรินทร์ กลัมพากร² ทศนีย์ รวิวรกุล² ทศนีย์ อรรถารส¹

อารยา ทิพย์วงศ์³ นภิสสร ธีระเนตร³ จิราภรณ์ อนุชา⁴

Tanawat Ruamsook*¹ Surintorn Kalampakorn² Tassanee Rawiworrakul² Tassanee Attharos³

Araya Tipwong³ Napissara Dhiranathara³ Chiraporn Anucha⁴

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10540

¹Faculty of Nursing Science Kasem Bandit University Bangkok Thailand 10540

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย 10400

²Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand 10400

³วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300

³College of Nursing and Health, Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand 10300

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 70000

⁴Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Thailand 70000

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพของนัทิมและกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และ 0.80 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ทางสุขภาพ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 79.8 (M = 92.9, SD. 18.1) และความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.335$, $p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้นักศึกษาในการเลิกบุหรี่ในสถาบันอุดมศึกษาได้ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ทางสุขภาพ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, นักศึกษา, สถาบันอุดมศึกษา

Corresponding Author: *E-mail: tanawat.rua@kbu.ac.th

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

วันที่รับ (received) 20 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 มี.ค. 2565

Abstract

This research was descriptive correlational research. The study aimed to explore the level of health literacy and correlation between health literacy and smoking behavior among students in higher education institute, Bangkok metropolis. The sample consisted of 400 students selected by simple random sampling. A questionnaire was used to collect data on respondent demographics and health literacy and smoking behavior. Content Validity Index (CVI) of questionnaires were 0.93, 0.80 respectively. Cronbach's alpha coefficients were 0.86, 0.74 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and Spearman's correlation coefficient.

The results revealed that the most of sample had a good level of health literacy (M = 92.89, SD. 18.06) and health literacy was negatively related to smoking behavior among students in higher education institute, Bangkok metropolis with a statistical significance level of .05 with a correlation coefficient (r) of -.335.

The study finding could be utilized to guidance for develop health literacy program among students in higher education institute to smoking cessation

Keyword: Health Literacy, Smoking behavior, Students, Higher education institute

บทนำ

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคต่าง ๆ อาทิเช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สาเหตุมาจากสารพิษในควันบุหรี่ ซึ่งในบุหรี่ 1 มวน เมื่อเกิดการเผาไหม้ จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมีสารมากกว่า 70 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง เช่น นิโคติน เป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดและทำให้เกิดโรคหัวใจ แอมโมเนีย เป็นสารที่ช่วยให้ร่างกายมีการดูดซึมนิโคตินได้เร็วขึ้น เพิ่มอำนาจการเสพติด สารหนู เป็นสารก่อมะเร็ง คาร์บอนมอนนอกไซด์ ชัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง เป็นต้น¹ โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ชนิดของบุหรี่ที่นิยมสูบ ได้แก่ บุหรี่ก้นกรอง (ร้อยละ 55.12) ยาเส้น (ร้อยละ 18.11) บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (ร้อยละ 18.11) และบาราเก้ (ร้อยละ 8.66) โดยกลุ่มบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ยังคงได้รับความนิยมจากผู้บริโภค และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักสูบบุหรี่ใหม่ ที่ให้ความสนใจผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบใหม่หรือบุหรี่ไฟฟ้า ไม่ว่าจะเป็นบุหรี่ไฟฟ้าแบบผลิตเอง (Do - It - Yourself: DIY) น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า DIY น้ำยาแบบเกลือนิโคติน (salt nic) และบุหรี่ไฟฟ้าแบบ smart watch ซึ่งการเข้าถึงผลิตภัณฑ์เหล่านี้สามารถซื้อและขายผ่านช่องทาง

ออนไลน์ต่างๆ เช่น website และ application ต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้นักสูบบุหรี่ใหม่สามารถเข้าถึงและเป็นเจ้าของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ง่ายขึ้น² ดังนั้นกลุ่มเยาวชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เป็นวัยที่รู้จักใช้เหตุผล สามารถตอบคำถามอย่างมีเหตุผล มีความสามารถ ในด้านภาษา ขอบการกล่าวถึงข้อเท็จจริง การเลียนแบบการกระทำต่าง ๆ รวมไปถึงการมีพฤติกรรมอยากรู้ อยากลอง ต้องการความเป็นอิสระ ความท้าทาย และอาจเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและความพิการในวัยรุ่น ได้แก่ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การตั้งครกก่อนวัยอันควร ปัญหาทางด้านโภชนาการ และปัญหาทางด้านสิทธิของวัยรุ่น การดื่มสุรา และใช้สารเสพติด รวมไปถึงการสูบบุหรี่³ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ช่วงวัยรุ่นควรมีการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ และป้องกันการเป็นนักสูบหน้าใหม่ในอนาคต จากการสำรวจและสังเกตพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ทั้งในพื้นที่สำหรับให้สูบบุหรี่ และสถานที่ที่ไม่ได้จัดไว้ให้เป็นให้สูบบุหรี่ ทั้งบุหรี่ยก้นกรองและโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งควันของบุหรี่ที่ลอยออกมาจากบุหรี่ยก้นกรองหรือที่เรา รู้จักกันในชื่อของควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามนั้น อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของ

บุคคลรอบข้างและอาจเกิดโรคจากการได้รับควันบุหรี่นั้น สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบข้างต้น

ทั้งนี้ ได้มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาพบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ สูบบุหรี่ เนื่องจากขาดความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง และมีความเชื่อว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป และสามารถช่วยให้เลิก สูบบุหรี่ได้^{4,5} ดังนั้นกลุ่มนักศึกษาจึงควรมีความรู้ทางสุขภาพ ที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยความรู้ทางสุขภาพ เปรียบเสมือนกุญแจที่สำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และความรู้ทาง สุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (Health outcome) ได้ เป็นความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน การปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องของ สุขภาพส่วนบุคคล เพื่อสุขภาพที่ดี⁶ ซึ่งเมื่อบุคคลมีความรู้ ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ นำไปสู่การดูแลสุขภาพและมีภาวะ สุขภาพที่ไม่เหมาะสม^{7,8} ดังนั้นนักศึกษาควรมีความรู้ทาง สุขภาพที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความรู้ ความเข้าใจ ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความรู้ทาง สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่และความ สัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบ บุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ รวมไปถึง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมให้เกิดนโยบาย เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในสถาบันการศึกษาและเป็น สถานศึกษาปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน และเป็นการป้องกันนักสูบ หน้าใหม่จากการบริโภคยาสูบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับ บุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทาง สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่กับพฤติกรร มการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกัน การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ นักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานครหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกัน การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความ รอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam⁶ ที่เชื่อว่าเป็นทักษะและ พื้นฐานที่สำคัญในการมีภาวะสุขภาพที่ดี และกระบวนการ พัฒนาความรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข⁹ 6 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนา ให้บุคคลมีความรอบรู้สุขภาพที่ดีขึ้น และนำไปสู่การสร้าง ข้อคำถามของเครื่องมือการวิจัยและใช้เก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้

ความรู้ทางสุขภาพ⁶ และกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่
2. ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่
3. การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ เกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการ สูบบุหรี่
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
6. การบอกต่อในการเลิกสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่
ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา

ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาระดับความรู้และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2564

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง¹⁰ ได้จำนวน 370 คน ผู้วิจัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เพื่อป้องกันแบบสอบถามสูญหาย และไม่สมบูรณ์ จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 408 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในการเลือกคณะ จำนวน 4 คณะ ๆ ละ 102 คน เข้าเป็นผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ นักศึกษาทั้งเพศชายและ เพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2564 ทั้งหมดที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ สมัครใจและยินดียอมรับเข้าร่วมโครงการเกณฑ์คัดออกคือ มีความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เมื่อให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา คณะ/สาขาวิชา ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสมล่าสุด การพักอาศัย รายได้ที่ได้รับต่อเดือน การสูบบุหรี่ของบุคคลรอบข้าง การได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกัน การสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงานของกองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่

การตัดสินใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกัน การสูบบุหรี่ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการบอกต่อในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ คะแนน 0-120 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ และการป้องกันการสูบบุหรี่ระดับดี และคะแนนต่ำ หมายถึงมีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ และการป้องกันการสูบบุหรี่ระดับไม่ดี ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 12 ประการด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่จะตอบคำถามต่อไปนี้ ประเด็นดังนี้ ลักษณะบุหรี่ที่สูบ ลักษณะการสูบ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน สาเหตุของการสูบบุหรี่ ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.74

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาต และชี้แจงการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ และเกิดความสมัครใจเข้าร่วมก่อนเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จนครบจำนวนที่กำหนดไว้ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจทานความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามทั้งหมด มารวบรวมข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้รับหนังสือรับรองเลขที่ COA. 1-003/2021 ลงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2564 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการก่อน เสนอใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยจะเป็นผลในภาพรวม ไม่ระบุหรือเฉพาะเจาะจงรายบุคคล เมื่อสิ้นสุดการวิจัยและนำเสนอผลเรียบร้อยแล้วเอกสารจะถูกทำลายเมื่อครบกำหนดเวลาของการเก็บหลักฐาน

ผลการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่า มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 400 ฉบับ (ร้อยละ 98.0) ซึ่งเกินจำนวนที่คำนวณไว้ และสามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้ต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 และเพศชาย ร้อยละ 41.3 อายุเฉลี่ย 20.4 ± 1.2 ปี นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.8 ระดับชั้นปีที่มีการตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 38.8 ผลการเรียนรู้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.00 – 3.49 ร้อยละ 48.5 รายได้ที่ได้รับต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 64.0 โดยมีรายได้เฉลี่ย $10,000 \pm 5,433.00$ บาท อาศัยอยู่กับบิดมารดาร้อยละ 76.0 ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ร้อยละ 84.3 โดยได้รับจากบุคลากร (อาจารย์ บุคลากรทางสุขภาพ) ร้อยละ 97.9 จากหน่วยงาน ร้อยละ 91.9 และจากสื่อต่างๆ ร้อยละ 88.4

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ และการป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ทางสุขภาพ (n = 400)

ระดับความรู้ทางสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	319	79.8
ปานกลาง	79	19.8
ไม่ดี	2	0.4
รวม	400	100

Mean = 92.9, S.D. = 18.1

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดี (80 – 120 คะแนน) ร้อยละ 79.8 ความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (40 – 79 คะแนน) ร้อยละ 19.8 และความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (0 – 39 คะแนน) ร้อยละ 0.4

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 72.3 เคยคิดสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.0 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.7 เคยสัมผัสควันบุหรี่

มือสอง ร้อยละ 97.8 โดยได้รับจากเพื่อน/บุคคลอื่น/สถานที่สาธารณะ ร้อยละ 84.1 สูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 89.6 โดยไม่ได้สูบทุกวัน ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่กันกรอง ร้อยละ 83.5

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ความรู้ทางสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พฤติกรรมการสูบบุหรี่	p - value
ความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา	-.335	.000

จากตาราง 2 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) พบว่า ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = -.335

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษานี้สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานครมีระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 79.8) คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ในภาพรวม เท่ากับ 92.9 ± 18.1 คะแนนอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาด้านความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ได้ทำการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ นักศึกษามหาวิทยาลัยมีระดับความรู้ทางสุขภาพในระดับดี และความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹³

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า โดยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = -.335 กล่าวคือ นักศึกษาที่มีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ใน

ระดับดีและระดับปานกลางบางส่วน ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนนักศึกษาที่มีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับไม่ดีและระดับปานกลางบางส่วน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อความรู้และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการรับรู้ถึงอันตรายของบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการรับรู้ถึงอันตรายของบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁴

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ทางสุขภาพพบว่า ในกลุ่มนักศึกษาที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพระดับดีไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพบนักศึกษาที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพในระดับไม่ดีมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ทำให้พิจารณาได้ว่าการที่บุคคลมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจในข้อมูลที่ศึกษา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูล มีการบอกต่อข้อมูลทางสุขภาพ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะข้างต้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam⁶ ที่กล่าวว่า ความรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาของบุคคล หากบุคคลมีการทำความเข้าใจและการใช้ข้อมูลที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

จากการวิจัยพบว่า ยังมีนักศึกษาอีกจำนวนหนึ่งที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และระดับความรู้ทางสุขภาพในระดับปานกลางถึงระดับไม่ดี ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกและมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มนักศึกษาที่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพื่อช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษากิจกรรมหรือรูปแบบในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้แก่กลุ่มนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา/มหาวิทยาลัย เพิ่มมากขึ้นและครอบคลุมกับจำนวนนักศึกษาทุกกลุ่ม ให้เห็นพิษภัย อันตราย และผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาทักษะในการเลิกบุหรี่ให้นักศึกษาเพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คณบดีวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Vathesatogkit P. Smoking and health information. (Type 6). Bangkok: Thirakan, Graphic; 2016. (in Thai).
2. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Report on the situation of tobacco consumption in Thailand 2019. Bangkok: Sintaveekij printing; 2020. (in Thai).
3. World health organization. Adolescent and young adult health. Geneva: World health organization. 2021.
4. Boonpen P, Mentara P and Boonpen P. E-cigarette behavior and smoking cessation behavior of youth smoker in higher education institute, Bangkok. Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences). 2019; 11(22): 111-127. (in Thai).
5. Saelim A. The survey on the electronic cigarette smoking behaviors and perception: A case of Thailand. Bangkok: Kasetsart University. 2016. (in Thai).
6. Nutbeam, D. Health As Literacy Curriculum away goal: public Health: A Challenge For Contemporary Communication strategies to gain competitive Into Health and Health education definition 21ST Century. Health Promotion International. 2000; 15(3): 259-67.
7. Berkman ND, Davis, TC, Mc Cormack L. Health Literacy: What Is It?. Int Journal of Health Communication. 2010; 15: 9 - 19.
8. Tachavijitjaru C. Health literacy: A key indicator towards good health behavior and health outcome. Journal of The Royal Thai Army. 2018; 19(Supplement): 1 – 11. (in Thai).
9. Department of Health. Health literacy. National Health Literacy survey project for Thai people aged 15 years and above (phase 1). Health Systems Research Institute (HSRI); 2017. (in Thai).
10. Krejcie, R.V. and Morgan D.W. “Determining Sample Size for Research Activities”. Psychological measurement. 1970; 3(1): 607-610.
11. Ruamsook T, Kalampakorn S, Rawiworrakul T. The effect of smoking cessation program by applying the Protection Motivation Theory in patients with hypertension. Thai Journal of Nursing 2018; 67(1): 1-10. (In Thai)
12. Health Education Division. Health Literacy. Bangkok: New Thammasat Printing; 2012. (In Thai)
13. Kancham S, Wongsawang N, Suwan T, Sitthimongkon and Techai S. Health literacy and Health behaviors among students at Uttaradit Rajabhat University. Academic Journal of Science and Applied Science. 2019; 1: 33-43. (in Thai).
14. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Kooshehloo A and Niknami S. Relationship of health literacy with knowledge and attitude toward the harm of cigarette smoking among university students. Journal of Education and Community Health. 2017; 12(3): 38 – 44.

ภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานในระหว่างการระบาดของ ของโรคโควิด-19 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ของจังหวัดชลบุรี

Mental Health Status and Burnout during COVID-19 Pandemic
among Registered Nurses in a General Hospital, Chonburi Province

พริษฐ์ โพธิ์งาม¹ นันทพร ภัทรพุทธ² ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์ ^{*2}

Parit Phongam¹ Nantaporn Phatrabuddha² Srirat Lormphongs^{*2}

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20110

¹Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi, Thailand 20110

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20131

²Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับของภาวะสุขภาพจิต ภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง 91 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต และ แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.89 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.10 มีความเครียด ร้อยละ 57.14 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 41.76 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 51.65 มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 50.56 ด้านการเมินเฉยต่องานในระดับสูง ร้อยละ 58.24 มีความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานในระดับสูง ร้อยละ 71.42 และพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความสามารถในการทำงาน กับ ภาวะสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ทั้งภาวะซึมเศร้าความเครียด และความวิตกกังวล ($r = -.529, p = <.001, r = -.560, p = <.001$ และ $r = -.331, p = .03$ ตามลำดับ) และความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความอ่อนล้าทางอารมณ์ กับ ความเครียด ($r = .190, p = .027$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่กำลังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจิต และตระหนักได้ว่าการดูแลสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพเป็นประเด็นที่สำคัญทางอาชีวอนามัย องค์กรควรมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตรวมถึงการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, ภาวะหมดไฟในการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This cross-sectional research aimed to assess the level of mental health status, burnout, and their relationship among registered nurses in a general hospital, Chonburi province during the COVID-19 pandemic. The online questionnaires; including personal information, Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21)-Thai version, and Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)-Thai version, were conducted among registered nurses from February to March 2022. All data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's correlation coefficient was applied to calculate a relationship between mental health status and burnout. The statistical significant is determined at $p < .05$.

The results showed that the mean age of participants was 36.89 years, and the majority were female (89.10 %). Most participants reported at least mild degree of depression, anxiety, and stress (51.65 %, 41.76%, and 57.14 %, respectively). More than half of respondents reported high level of emotional exhaustion and cynicism dimensions of burnout (50.56 %, and 58.24 %, respectively). Professional efficacy dimension was still high in most of respondents (71.42%). The results revealed negative correlation between professional efficacy and three mental health aspects; depression, stress, and anxiety ($r = -.529$, $p = <.001$, $r = -.560$, $p = <.001$ and $r = -.331$, $p = .003$, respectively). The study also revealed positive correlation between stress and emotional exhaustion ($r = .190$, $p = .027$). The study results indicated that most of registered nurses were dealing with mental health problems especially during COVID-19 pandemic. Thus, effective mental health interventions for registered nurses should be considered in occupational health care system.

Keywords: Mental health, Burnout, Registered nurses

บทนำ

ในโลกยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเข้าสู่ยุคของการพัฒนาอุตสาหกรรมโดยเฉพาะเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ของประเทศไทย 3 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้สถานประกอบกิจการต่างๆ จำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมป้องกันโรคตามที่ทางรัฐกำหนดรวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) ทำให้ประชากรโลกต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและประสบกับปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสุขภาพจิต โดยมีภาวะเครียดระดับสูง 45.5% มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 51.5% และมีภาวะหมดไฟในการทำงาน 17.6%¹ ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเสียสมดุลซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ หรือ พฤติกรรมสามารถก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย เช่น เกิดอาการปวด

ศีรษะ ความดันโลหิตสูง และต่อสุขภาพจิตได้ เช่น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งนิยามของภาวะซึมเศร้า คือ การมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง หรือเบื่อหน่ายหมดความสนใจในกิจกรรมที่ชอบ ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์จนทำให้มีผลกระทบกับชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ส่วนโรควิตกกังวล คือ การมีอาการวิตกกังวลหรือกลัวในสิ่งที่ยังไม่ได้เกิดขึ้นอย่างไม่เหมาะสมจนส่งผลต่อการใช้ชีวิต 2 สาเหตุของความเครียดนั้นสามารถเกิดได้จากปัจจัยภายในตัวบุคคลเอง ได้แก่ ความคาดหวังของบุคคล เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล งานที่ทำ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น โดยหากคนทำงานมีความเครียดเรื้อรังจากการทำงานจะทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) โดยมีอาการหลัก 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้สึกอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ด้านการมีความท้อแท้และความรู้สึกด้านลบกับงานและบุคคลอื่นในงานไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงานหรือลูกค้า และด้านการขาดความรู้สึกประสบความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งสามารถทำให้เกิดผลเสียต่อประสิทธิภาพ (Efficacy) ของการทำงานและผลิตภาพ

(Productivity) ขององค์กรได้³

ภาวะต่างๆ ด้านสุขภาพจิตรวมถึงภาวะหมดไฟในการทำงานนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาลและดูแลสุขภาพแก่ประชาชนโดยตรง ซึ่งเป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมาก มีข้อจำกัดด้านเวลา ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย นอกจากนี้มีหน้าที่รับผิดชอบในงานด้านเอกสาร งานบริหาร งานวิชาการ ตลอดจนงานคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นอาชีพที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ตลอด⁴ ซึ่งหากการทำงานนั้นมีสวัสดิการที่ไม่เหมาะสมหรือมีความเครียดเรื้อรังรวมถึงการพักผ่อนที่ไม่เพียงพออาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยภาวะสุขภาพจิตต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาจะทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานอย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยรวมถึงมีผลเสียต่อสุขภาพและความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพเอง

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019; COVID-19) ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern) ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากต้องทำงานตามบทบาทหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ อีกทั้งยังต้องมีการทำงานใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นพื้นที่สีแดง ทำให้เกิดความรู้สึกกังวล และอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด และเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานตามมาได้ จากการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในยุคที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 ส่วนใหญ่

เป็นพยาบาล (ร้อยละ 38.8) พบว่า มีความกังวลถึงกังวลเป็นอย่างมากต่อโรคโควิด-19 ในประเด็นต่างๆ อยู่ในช่วงร้อยละ 38.0-47.1 และ มีความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตร้อยละ 10.0⁵ และจากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ 47.20% ระดับปานกลาง 22.00% และระดับสูง 30.80%⁶

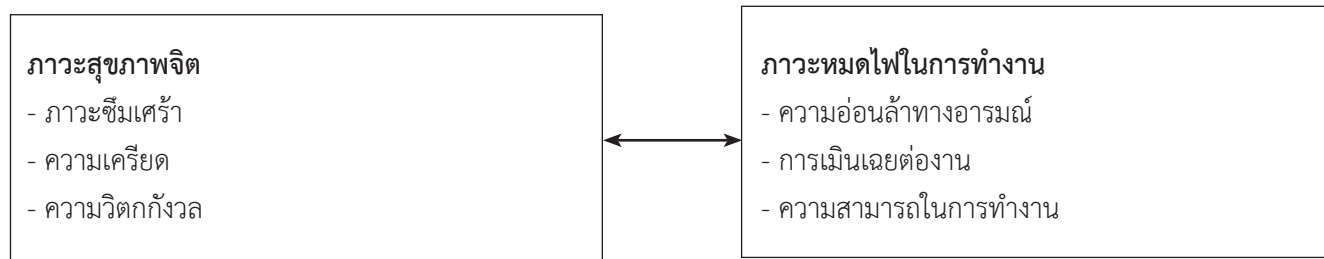
จากที่กล่าวมาข้างต้นทางผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังสำคัญของระบบสาธารณสุข จึงได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินขนาดของปัญหาดังกล่าวในโรงพยาบาลและใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพจิตรวมถึงเพื่อเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิตจากการทำงานเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับของภาวะสุขภาพจิต ภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรีในระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้แนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพจิตของโลว์บอนด์⁷ และใช้ทฤษฎีภาวะหมดไฟในการทำงานของมาลาซี⁸ รวมถึงใช้งานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ มาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย^{9,10}



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทำการศึกษาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี จำนวน 610 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าแอลฟา .05 ใช้ค่า Power เป็น .80 และ Effect size เป็น .30 (Medium) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 91 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีใช้ตารางเลขสุ่มจากรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) คือ มี

สัญชาติไทย อายุระหว่าง 25-60 ปี มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี และปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในระหว่างสถานการณ์การระบาดของของโรคโควิด-19 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ลักษณะงาน รายได้ เวลาการอยู่เวร (จำนวนเวรต่อเดือน) และ จำนวนปีที่ทำงาน

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด (DASS-21) ฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ⁷ แต่ละข้อใช้มาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (มีคะแนนระหว่าง 0-3) ใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ด้าน คือ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล

	ภาวะซึมเศร้า	ความวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ (Normal)	0 – 4	0 – 3	0 – 7
ระดับน้อย (Mild)	5 – 6	4 – 5	8 – 9
ระดับปานกลาง (Moderate)	7 – 10	6 – 7	10 – 12
ระดับรุนแรง (Severe)	11 – 13	8 – 9	13 – 16
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely severe)	14 ขึ้นไป	10 ขึ้นไป	17 ขึ้นไป

3) แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) ฉบับภาษาไทย จำนวน 22 ข้อ⁸ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)

ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และ ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) คำตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ ใช้เกณฑ์การประเมินดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การแปลผลค่าคะแนนแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน

องค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการทำงาน	ระดับของแต่ละองค์ประกอบ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)	< 16	17-26	> 27
ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism)	< 6	7-12	> 13
ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy)	> 39	32-38	< 31

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่าตรงกันความสอดคล้อง Index of item-objective congruence (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรทั้งหมด มากกว่า .50 ขึ้นไป และมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ผ่านเกณฑ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในภาพรวมสำหรับแบบสอบถาม DASS-21 เท่ากับ .90 ด้านอาการซึมเศร้า เท่ากับ .72 ด้านความเครียด เท่ากับ .72 และด้านความวิตกกังวล เท่ากับ .73 สำหรับแบบสอบถาม MBG-GS เท่ากับ .92 ในภาพรวม ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เท่ากับ .86 ด้านการมีแรงจูงใจในการทำงาน เท่ากับ .72 และด้านความสามารถในการทำงาน เท่ากับ .71

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับภาวะสุขภาพจิต ระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย

G-HS101/2564 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย จากคณะผู้วิจัยพร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด

ผลการศึกษา

ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล : จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.10 อายุเฉลี่ย 36.89 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 65.93 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.71 มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 16.48 และมีโรคประจำตัวทางจิตเวช ร้อยละ 4.40 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในลักษณะหมุนเวียน เวรเช้า-บ่าย-ดึก (เป็นเวรผลัด) ร้อยละ 68.13 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 42,120.88 บาท ให้ความเห็นว่ามียาได้เพียงพอ ร้อยละ 71.43 อยู่เวรเฉลี่ย 25.24 เวรต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ยอยู่ที่ 12.97 ปี

ระดับของภาวะสุขภาพจิต : จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเครียดระดับปกติร้อยละ 42.86 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 19.77 ด้านความวิตกกังวลระดับปกติ ร้อยละ 58.24 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 16.48 สำหรับด้านภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 48.35 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.07 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของภาวะสุขภาพจิต

ระดับภาวะสุขภาพจิต (n = 91)	ภาวะซึมเศร้า	ความวิตกกังวล	ความเครียด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ (Normal)	44 (48.35)	53 (58.24)	39 (42.86)
ระดับน้อย (Mild)	14 (15.38)	15 (16.48)	16 (17.59)
ระดับปานกลาง (Moderate)	21 (23.07)	9 (9.90)	18 (19.77)
ระดับรุนแรง (Severe)	9 (9.90)	9 (9.90)	14 (15.38)
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely severe)	3 (3.30)	5 (5.50)	4 (4.40)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.54 $\pm$ 4.43	4.14 $\pm$ 3.46	7 $\pm$ 4.47
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	1-16	1-14	1-17

ระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน : จากการ
ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.56
ด้านการเมินเฉยต่องานส่วนมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.24
ส่วนด้านความสามารถในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก

ยังมีระดับของความรู้สึเกี่ยวกับความสามารถในการทำงาน
อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.42 สำหรับรายละเอียดของข้อมูล
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (n = 91)	ความอ่อนล้า ทางอารมณ์	การเมินเฉย ต่องาน	ความสามารถ ในการทำงาน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ	14 (15.38)	15 (16.48)	2 (2.20)
ระดับปานกลาง	31 (34.06)	23 (25.27)	24 (26.38)
ระดับสูง	46 (50.56)	53 (58.24)	65 (71.42)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	28.45 $\pm$ 11.23	13.98 $\pm$ 6.49	25.71 $\pm$ 6.99
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	6-44	4-24	13-39

**ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับภาวะ
หมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง :** จากการศึกษาพบว่า
ภาวะสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า
ความเครียด และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ
ความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 และ .05 ($r = -.529$, $p = <.001$, $r = -.560$, $p = <.001$
และ $r = -.331$, $p = .03$ ตามลำดับ) และความเครียดมีความ
สัมพันธ์เชิงบวกกับอาการของภาวะหมดไฟในการทำงานด้าน
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
($r = .190$, $p = .027$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะสุขภาพจิต	ภาวะหมดไฟในการทำงาน					
	ความอ่อนล้า ทางอารมณ์		การเมินเฉย ต่องาน		ความสามารถ ในการทำงาน	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
ภาวะซึมเศร้า	.115	.278	.095	.370	-.529**	< .001
ความวิตกกังวล	.039	.714	-.001	.994	-.331**	.003
ความเครียด	.190*	.027	-.610	.565	-.560**	< .001

* $p < .05$, ** $p < .01$, r = Pearson's correlation

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนมาก
กำลังประสบกับปัญหาสุขภาพจิต ทั้งด้านภาวะซึมเศร้า
วิตกกังวล ความเครียด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า
พยาบาลประจำการมีปัญหาความเครียดจากการทำงานสูงถึง

ร้อยละ 53.6 ส่วนพยาบาลที่ไม่ได้ประจำการมีปัญหา
ความเครียดจากการทำงานร้อยละ 37.4 ¹¹ สำหรับการศึกษา
ภาวะทางสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในเมืองอุ้งฉาง
การระบาดของโรคโควิด-19 ระยะแรก พบว่ามีความวิตกกังวล
ร้อยละ 57.1 มีความเครียดร้อยละ 74.5 และ มีอาการของภาวะ

ซึมเศร้าร้อยละ 53.5¹² โดยเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะการทำงานด้านหน้าที่ต้องรับมือกับผู้ป่วยและญาติถือเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดความกังวล ความเครียดตลอดจนอาการซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้นจากผลการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564⁷ เนื่องจากในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พยาบาลวิชาชีพประสบกับปัญหาความเครียดจากการทำงานเรื้อรังซึ่งเพิ่มความเสี่ยงที่สามารถนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานได้

นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล ต่างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตสามารถส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความเครียดในการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับประสิทธิภาพการทำงาน⁹ ที่เป็นเช่นนี้เพราะความเครียดทำให้พยาบาลขาดสมาธิในการทำงาน และเกิดความบกพร่องในการรับรู้ส่งผลให้เกิดการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นเพราะความเครียดเรื้อรังที่ไม่ได้รับการจัดการจะทำให้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกา ในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะหมดไฟในการทำงานรวมทั้งพบว่าความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

ด้วยเหตุนี้องค์กรสามารถลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ด้วยการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการทำงาน ได้แก่ ภาระงาน การควบคุมในงาน รางวัล ความยุติธรรม ค่านิยม และชุมชน¹³ นอกจากนี้องค์กรควรมีการฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้กับคนทำงานเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะต่างๆ ทางสุขภาพจิต¹⁴ ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ การจัดการกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และให้การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร : องค์กรควรมีระบบการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงมีการสนับสนุนทั้งทรัพยากร อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ภาระงานหรือสวัสดิการที่เหมาะสม การพัฒนาตนเอง การเติบโตทางวิชาชีพ ซึ่งจะสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล : ควรมีการผสมผสานการดูแลสุขภาพจิตเข้าไปในการทำงานเพื่อให้สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานดีขึ้นอย่างเป็นองค์รวม
3. ด้านวิชาการและการจัดการเรียนการสอน : สถาบันการศึกษาควรมีการเสริมกิจกรรมที่สามารถช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ การจัดการกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบหรือกิจกรรมดังกล่าว

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Department of Mental Health Annual Report 2021. Bangkok: Inspire House Company Limited, 2021. (in Thai)
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Stress management guideline. Bangkok: Department of Mental Health, 2020. (in Thai)
3. Maslach C, Leiter MP. Burnout Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior. Handbook of stress. San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press; 2016. p. 351-357.

4. Yomrat, W. Factors associated with work stress in registered nurses in a private hospital in Nakhon Ratchasima province. (Master Thesis). Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Rajabhat University. 2010. (in Thai)
5. Netirojjanakul, W. Prevalence and Associated Factors of Mental Health Problems on Healthcare Workers at Nakhonpathom Hospital in Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic Era. Region 4-5 Medical Journal, 2019; 39(4) : 616-627. (in Thai)
6. Sumalai, P. The Register Nurses' Burnout in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute, 2021; 4(2): 66-78. (in Thai)
7. Oei TP, Sawang S, Goh YW, & Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. International Journal of Psychology, 2013; 48(6): 1018-1029.
8. Taengpetch, L. The Moderating Effects of Self-efficacy on The Relation between Perceived Workload Work Relationship and Job Burnout. (Master Thesis). Bangkok: Thammasat University. 2015. (in Thai)
9. El Azzab, Saida & Hassan, Ibrahim & Alam, Mohamed. Work Related Stress, Burnout and Self-efficacy among Psychiatric Nurses. International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing, 2019; 6(2): 729-744.
10. Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study. Eclinical Medicine. 2021; 35:100879.
11. Thungjaroenkul, P., Swaengdee, K., Theerawit, T., & Tungcharoensathien, W. Health Problems and Health Care Behaviors Among Registered Nurses in Thailand. Journal of Health Systems Research, 2015; 9(1): 49-60. (in Thai)
12. Sangsirilak, A. & S. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand, 2020; 65(4):400-408. (in Thai)
13. Sapayaprapa, P. Psychology of Job Burnout and Stress Management. Journal of Health and Health Management, 2014; 1(1): 24-39.
14. Mokekhaow K, Sukrapat W, Promla W. Effect of Stress Management Program on Stress Level and Stress Management Ability of Nursing Students. J Royal Thai Army Nurses, 2021; 22(2):355-363.
15. Kongman K, Hakeem C. Factors Affecting Mental Health Problem of Nursing Students. J Royal Thai Army Nurses, 2020; 21(3):331-339.(in thai)

การเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น ด้วยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการ ทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด The Enhancement of Adolescent Student's Growth Mindset Through Integrated Group Counseling Program with Cognitive Behavioral Theory and Cognitive Group Activities

กอบแก้ว บุญบุตร* เพ็ญภา กุลนภาดล ประชา อินัง
Kobkaew Boonboot* Pennapha Koolnaphadol Pracha Inang
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น 2) พัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด 3) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด การวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตบางเขน จำนวน 1,000 คน โดยใช้แบบวัดชุดความคิดเติบโตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและหาเกณฑ์ปกติ (Norms) ของแบบวัด ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการและศึกษาผลการใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิดโดยคัดเลือกนักเรียนที่มีคะแนนชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน ดำเนินการปรึกษากลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น เมื่อเทียบกับเกณฑ์ปกติ พบว่า ชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยนักเรียนวัยรุ่นมีชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับสูง จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 22 นักเรียนวัยรุ่นมีชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 553 คน คิดเป็นร้อยละ 55 และนักเรียนวัยรุ่นมีชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 23

2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย เทคนิคการตั้งเป้าหมาย เทคนิคการจินตนาการ เทคนิคการค้นหาความคิดอัตโนมัติ เทคนิคการตั้งคำถามแบบโสเครติค เทคนิคการปรับความคิด เทคนิคการปรับพฤติกรรม เทคนิคการแก้ปัญหาพายเทคนิค เทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ เทคนิคการทดลองการทำพฤติกรรม เทคนิคการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรม โปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยได้ทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง ขั้นตอนการปรึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป

3. ชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการ, ชุดความคิดเติบโต, วัยรุ่น

Abstract

The purposes of this study were to: 1) study growth mindset of adolescent students, 2) develop integrative group counseling program of cognitive behavioral theory and cognitive groups activities, 3) study the results of integrative group counseling program of cognitive behavioral theory and cognitive group activities. The research was divided into two phases. The first phase was studying adolescent students' growth mindset. The sample group was 1,000 Junior High School adolescent students in Bang Khen District through the use of growth mindset test which was developed by the researcher and was analyzed by using norms. In the second phase the development of integrative group counseling program and studying the results of integrative group counseling program of cognitive behavioral theory and cognitive group activities. 20 students whose low scores of growth mindset were randomly assigned into an experimental group and a control group. Each group comprised of 10 students, 12 treatments were given. Each session lasted for 90 minutes, the data were analyzed by using repeated measures ANOVA.

The research results were as follows:

1. The results of the adolescent students' growth mindset when compared to the norms, it was found that the growth mindset of most adolescent students were at the moderate level. There were 221 adolescent students with a high level of growth mindset, representing 22 percents, 553 adolescent students with moderate level of growth mindset, representing 55 percents, and 226 adolescent students with a low level of growth mindset, representing 23 percents.

2. The integrative group counseling program for enhancement of the growth mindset of adolescent students developed from Cognitive Behavioral Theory and group activities consisted of; Goal setting technique, Imagery technique, Automatic thoughts technique, Socratic Question technique, Cognitive technique, Behavior modification technique, Problem solving technique, Pie technique, Homework assignment technique, Behavioral experiment technique, and behavioral stimulation technique. The program was checked for quality, validated by 3 experts and before it was implemented. This integrative group counseling program composed of 3 stages: Initial stage, working stage, and concluding stage.

3. The experimental group had scores of growth mindset for post-test and the follow-up period higher than the control group with statistical significance at the level of .05.

4. The experimental group had scores of growth mindset for post-test and the follow-up period higher than before the experiment with statistical significance at the level of .05.

Keywords: Integrative group counseling/ Growth mindset/ Adolescent

บทนำ

ชุดความคิด (Mindset) เป็นความเชื่อ วิธีคิดที่ส่งผลต่อมุมมอง ทักษะคิดและส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลให้มีมุมมอง ทักษะคิดหรือการแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งเดียวกันในรูปแบบที่ต่างกัน หรือมีความยืดหยุ่นต่อความท้าทายหรือความล้มเหลวแตกต่างกัน ชุดความคิดมี 2 ลักษณะได้แก่ ชุดความคิดยึดติด (Fixed mindset) ที่เป็นการเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลว่าคงที่ตายตัว เปลี่ยนแปลงยาก ซึ่งส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงอุปสรรคกลัวสิ่งที่ยากและความท้าทาย มักล้มเลิกกลางคัน และเน้นความสำเร็จมากกว่ากระบวนการ และชุดความคิดเติบโต (Growth mindset) เป็นการเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลว่าสามารถพัฒนาได้ ส่งผลให้บุคคลมีความมุ่งมั่นพยายามที่จะพัฒนา มีความสนุกมีแรงจูงใจพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความท้าทาย ใส่ใจเรียนรู้ มีความอดทนพร้อมชี้แนะตนเองประเมินกระบวนการปฏิบัติของตนเอง ค้นหาแรงบันดาลใจจากความสำเร็จของคนอื่น พร้อมรับฟังคำวิพากษ์ จากผู้อื่นและนำสู่การปรับตนเอง ปรับแนวทางในการทำงานอีกทั้งเต็มความพยายาม และใส่ใจในกระบวนการทำงานจนก้าวสู่เป้าหมาย¹

ชุดความคิดเติบโต (Growth mindset) มีความสำคัญทำให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะเป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้และแสวงหาสิ่งใหม่ที่ดีกว่าเดิมอยู่เสมอ² อีกทั้งมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจภายใน (Inner motivation) ของผู้เรียนรวมถึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความมุ่งมั่นพยายามและการพึ่งพาตนเองทางการเรียนรู้ของผู้เรียน³ ชุดความคิดเติบโตไม่เพียงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของบุคคล แต่ยังมีความสำคัญต่ออารมณ์และสุขภาพจิตของมนุษย์ ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างราบรื่น อันเนื่องมาจากการมีสุขภาพจิตและการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ⁴ ดังนั้นชุดความคิดเติบโตจึงมีความสำคัญต่อบุคคลทั้งในด้านการศึกษา การเรียนรู้ การปรับตัวและสุขภาพจิต โดยชุดความคิดเติบโตมีส่วนสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์เนื่องจากสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้และนำไปสู่การมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ไม่ว่าจะเป็นการแสวงหาความท้าทาย การจัดการกับอุปสรรค การปรับตัวและการเรียนรู้จากความผิดพลาดซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะนำไปสู่การประสบความสำเร็จ⁵

วัยรุ่นตอนต้น ช่วงอายุ 13-15 ปี ต้องเผชิญความยากลำบากในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านฮอร์โมนที่มีผลต่อพัฒนาการทางร่างกาย ความคิด อารมณ์ ส่งผลให้เป็น

ช่วงวัยที่เต็มไปด้วยความสับสนในตนเองและมีความหุนหันพลันแล่น เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เด่นชัด โดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและก้าวกระโดดยากที่จะควบคุมกว่าช่วงวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย เพราะไม่มีประสบการณ์ในการรับมือมาก่อน⁶ ทำให้มีความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับปัญหาอย่างมากมาอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้วัยรุ่นมีความน่าเป็นห่วงในเรื่องวิธีคิดและมุมมองการใช้ชีวิต เมื่อเกิดปัญหาในชีวิตหรือปัญหาความรัก จะส่งผลต่อคุณภาพการเรียนรู้ วิธีคิด ปัญหาสุขภาพจิต ซึมเศร้า หรือปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้⁷ ทั้งนี้ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในส่วนของการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มเยาวชนโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2562 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาทั้งหมดเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 11-25 ปี และ 5 อันดับปัญหาที่พบมาก คือ ความเครียด หรือความวิตกกังวล ปัญหาจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว ที่อาจนำไปสู่วิธีคิดและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายตามมา โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันเป็นยุคข่าวสารไร้พรมแดนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นมากขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นพบปัญหาและมีความยากลำบากในการปรับตัว⁸ ดังนั้นการปลูกฝังความคิดแบบชุดความคิดเติบโตจะช่วยให้วัยรุ่นรู้จักมองความล้มเหลวหรือข้อผิดพลาดเป็นเรื่องที่ดี แทนที่จะเห็นเป็นปัญหา สิ่งสำคัญคือการรู้จักการเรียนรู้จากทุก ๆ ข้อผิดพลาดและอุปสรรค เพื่อให้ตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม ในครั้งต่อไป

จากความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาและกิจกรรมกลุ่มในการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการ

การทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด

สมมติฐานของการวิจัย

การศึกษาและการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นได้กำหนดสมมติฐาน ดังนี้

1. นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนชุดความคิดเติบโตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนชุดความคิดเติบโตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตของการศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นและการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นด้วยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด ขอบเขตของการวิจัยมี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดรัฐบาล ใน 50 เขต ของกรุงเทพมหานคร จำนวน 35,404 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดรัฐบาล เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,000 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดชุดความคิดเติบโตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับชุดความคิดเติบโต ได้ข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ได้รับการพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับได้ .85

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. นำแบบวัดชุดความคิดเติบโตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปใช้วัดชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,000 คน

2. นำข้อมูลที่ได้จากการวัดชุดความคิดเติบโตไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) แล้วหาเกณฑ์ปกติ (Norms) ของแบบวัด โดยนำผลการวัดชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น จำนวน 1,000 คน นำข้อมูลที่ได้มาแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบและแปลความหมาย โดยผู้วิจัยใช้คะแนนที่ปกติ (Normalized T-score) เป็นเกณฑ์ในการแปลความหมายการวิเคราะห์เกณฑ์ปกติใช้การคำนวณค่าตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile) และคะแนนที่ปกติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปมาคำนวณหาเกณฑ์ปกติ (Norms) 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำมาก ปานกลาง น้อย แล้วเทียบกลับเป็นคะแนนดิบเพื่อนำไปใช้แปลความหมายของ ผลคะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบวัดชุดความคิดเติบโตฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปวัดกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,000 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) จากเขตพื้นที่ ในกรุงเทพมหานคร 50 เขต ได้เขตบางเขน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล รวบรวมข้อมูลเพื่อหาเกณฑ์ปกติ (Norms) ของแบบวัด โดยใช้รูปแบบสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ เพื่อยืนยันเกณฑ์ปกติของแบบวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์หลักฐานความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดเป็นรายข้อโดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient: r) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยรวมของแบบวัดชุดความคิดเติบโต โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -coefficient) วิเคราะห์หาเกณฑ์ปกติ (Norms) ของแบบวัดชุดความคิดเติบโต ด้วยการสร้างเกณฑ์ปกติ (Norms) ของแบบวัด ด้วยวิธีแปลงคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐานเปอร์เซ็นต์ไทล์โดยใช้สูตรการแปลงนำคะแนนที่ปกติ

(Normalized T-score) และแบ่งค่าชุดความคิดเติบโตออกเป็น 3 ระดับ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการและการศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด

ในการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการและการศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด ผู้วิจัยใช้การปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีกระบวนการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมสาธิตวัดพระศรีมหาธาตุ บางเขน เนื่องจากผู้วิจัยสามารถที่จะบริหารจัดการในด้านการจัดกระทำ ป้องกันปัจจัยแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการให้การปรึกษาต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคะแนนชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับต่ำ และมีความสนใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 20 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดชุดความคิดเติบโต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 1 เพื่อศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้ .85
2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด โดยมีทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาและกิจกรรมกลุ่มในการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น โดยแบ่งการปรึกษาออกเป็น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที จำนวน 12 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) เพื่อศึกษา ผลการให้การปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญา

ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด โดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) 20 คน และสุ่มเข้ากลุ่ม (Random assignment) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน มีการทดสอบระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง

นำคะแนนในขั้นตอนการศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

ระยะทดลอง

ดำเนินการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 12 ครั้ง โดยใช้เวลาคาบแนะแนว เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ณ ห้องประชุมโรงเรียน

ระยะหลังการทดลอง

ดำเนินการวัดชุดความคิดเติบโตนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากดำเนินการให้การปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิดเสร็จสิ้น และใช้คะแนนดังกล่าวเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

ระยะติดตามผล

ดำเนินการวัดชุดความคิดเติบโตนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิดครบ ผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ แล้วใช้คะแนนการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนภายหลัง การทดลอง (Follow up)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบพหุที่มีการวัดซ้ำ (One-way repeated measurement ANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบพหุที่มีการวัดซ้ำ (Two-way repeated measurement ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1 การศึกษาชุดความคิด เติบโตของนักเรียนวัยรุ่น

จากการที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดชุดความคิดเติบโตของ
นักเรียนวัยรุ่น โดยใช้เกณฑ์ที่ได้จากการหาเกณฑ์ปกติ (Norms)

เพื่อใช้ในการศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น
ซึ่งเกณฑ์ปกติวัดจากเกณฑ์คะแนนดิบ ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์
สแตโนน และคะแนนที่ปกติ ผลจากการศึกษาชุดความคิด
เติบโตโดยภาพรวมของนักเรียนวัยรุ่น จำนวน 1,000 คน
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของระดับชุดความคิดเติบโต แปลผลตามเกณฑ์ปกติ (Norms) เมื่อเทียบกับคะแนนดิบ ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์
คะแนนที่ปกติ และสแตโนน (n = 1,000)

ระดับความคิดเติบโต	จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อยละ
สูง	221	22.00
ปานกลาง	553	55.00
ต่ำ	226	23.00
รวม	1,000	100.00

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า นักเรียนวัยรุ่นที่มี
ระดับชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับสูง จำนวน 221 คน คิดเป็น
ร้อยละ 22.00 นักเรียนวัยรุ่นที่มีระดับชุดความคิดเติบโตอยู่ใน
ระดับปานกลาง จำนวน 553 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 และ
นักเรียนวัยรุ่นที่มีระดับชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับต่ำ
จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 23.00 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษา กลุ่มเชิงบูรณาการและการศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มเชิง บูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่ม พัฒนาความคิด

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการ
ทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนา
ความคิด ในลักษณะการผสมผสานทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญา
ร่วมกับการใช้กิจกรรมกลุ่มในการพัฒนาความคิด โดยขั้นตอน
การปรึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นดำเนินการ
และขั้นสรุป จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที

ผลการวิเคราะห์การวิจัย ด้วยแบบแผนการทดลอง
แบบกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ที่มีการวัดก่อนการทดลอง
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแปรปรวนของคะแนนชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

Source of variation	df	SS	MS	F	p
Between subjects	19	15946.32			
Group (G)	1	15200.417	15200.417	366.815*	.000
SS w/ in group	18	745.900	41.439		
Within subjects	27.325	15073.333			
Interval (I)	1.366	7303.300	5345.450	1110.299*	.000
I x G	1.366	7651.633	5600.403	1163.255*	.000
I x SS w/ in group	24.593	118.400	4.814		
Total	46.325	31019.65			

จากตารางที่ 2 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ($I \times G$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการทดลอง ที่แตกต่างกัน

(G) และระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I) มีผลต่อชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาส่งผลร่วมกันต่อชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Source of variation	SS	df	MS	F
ก่อนทดลอง	Between group	0.050	1	.050	0.002
	Within group	864.300	42.593	20.292	
หลังทดลอง	Between group	11139.200	1	11139.200	548.945*
	Within group	864.300	42.593	20.292	
ติดตามผลทดลอง	Between group	11712.800	1	11712.800	577.213*
	Within group	864.300	42.593	20.292	

* $p < .05$, $F_{.05}(1, 24) = 4.26$

ปรับค่า df ด้วยวิธีการของ Welch-Satterthwaite (Howell, 2013, pp. 459-460) ได้ค่า $df = 24$

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง นักเรียนวัยรุ่นมีคะแนนชุดความคิดเติบโตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล นักเรียนวัยรุ่นมีคะแนนชุดความคิดเติบโตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยชุดความคิดเติบโตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยชุดความคิดเติบโตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองระยะ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากข้อค้นพบของการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,000 คน พบว่า นักเรียนวัยรุ่นที่มีระดับชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับสูง จำนวน 221 คน นักเรียนวัยรุ่นที่มีระดับชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 553 คน และนักเรียนวัยรุ่นที่มีระดับชุดความคิดเติบโตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 226 คน เนื่องจากนักเรียนวัยรุ่นแต่ละคนมีบริบทที่แตกต่างกันออกไป การเลี้ยงดูของครอบครัว ทัศนคติ ความเชื่อ ส่งผลต่อวิธีการคิดและการแก้ปัญหา ชุด ความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นจึงมีระดับที่แตกต่างกัน

ออกไป ซึ่งแนวทางในการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นที่อยู่ในระดับต่ำให้เพิ่มขึ้นสามารถทำได้หลายวิธีการ⁹ แนวทางการพัฒนาชุดความคิดเติบโตของผู้เรียนสามารถดำเนินการได้โดยสอดแทรกกิจกรรมกระตุ้นชุดความคิดเติบโตให้กับผู้เรียนไปพร้อมกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้สอนที่พัฒนาให้ผู้เรียนมีชุดความคิดเติบโตส่งผลทำให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจภายใน และมีความมุ่งมั่น พยายาม นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการเรียนรู้

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิดเพื่อเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น โดยขั้นตอนการปรึกษา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด เนื่องจากทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาและกิจกรรมกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี¹⁰ การปรึกษากลุ่มมีความเหมาะสมกับช่วงวัยรุ่น (Peers) เปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้แสดงความรู้สึกที่ขัดแย้งในตนเอง การสำรวจและค้นหาตนเองที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการช่วงวัย กระบวนการปรึกษามีการตั้งคำถามในสิ่งที่วัยรุ่นให้คุณค่า สนใจ

หรือวิตกกังวลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง อีกทั้งวัยรุ่น
ต้องการรู้จักตนเอง รู้จักขีดความสามารถ สิทธิหน้าที่ของตนเอง
ตลอดจนการคิด การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจที่ดี ตลอดจน
กิจกรรมกลุ่มยังช่วยให้นักเรียนวัยรุ่นตระหนักถึงการคิด
การตัดสินใจ ความรู้สึกและความต้องการของบุคคลอื่นมากขึ้น
พร้อมทั้งฝึกการยอมรับตนเองได้ ซึ่งนำไปสู่การเสริมสร้างชุด
ความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น

3. ผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการ
ทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญา ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนา
ความคิด พบว่า นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการ
ทดลอง นักเรียนวัยรุ่นมีคะแนนชุดความคิดเติบโตแตกต่างกัน
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะหลังการทดลองและ
ระยะติดตามผลนักเรียนวัยรุ่นมีคะแนนชุดความคิดเติบโต
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลมาจาก
โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทาง
ปัญญา ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
เน้นการใช้กระบวนการปรึกษาจัดการ 3 ปัจจัย คือ ความคิด
(Thinking), ความรู้สึก (Feeling) และการกระทำ (Doing)
 อีกทั้งผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษาและกิจกรรมกลุ่มเหมาะสม
กับปัญหา และนำมาใช้ร่วมกันอย่างกลมกลืน โดยที่กิจกรรม
กลุ่มเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลทั้ง
ทางกาย วาจา อารมณ์ ความรู้สึก กิริยาท่าทาง และบรรยากาศ
ภายในกลุ่ม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัว รวมทั้งมีการ
ปรับความสัมพันธ์ต่อกันเป็นประสบการณ์ฝึกหัดให้สมาชิกกลุ่ม
ตระหนักรู้ในสิ่งที่ต้องการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้อายุ
มีทักษะการคิดได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้มีทักษะในการควบคุม
ยับยั้ง การยืดหยุ่นทางความคิดการสร้างเป้าหมายและ
การวางแผน¹¹ จึงสามารถช่วยใช้สมาชิกได้เกิดการเสริมสร้าง
ชุดความคิดเติบโต ได้เห็นความเหมือนและความแตกต่าง
ในการมีชุดความคิดเติบโตของแต่ละคนทำให้เกิดการตระหนัก
ในการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของตนเองมากขึ้น อีกทั้ง
การใช้เทคนิคการค้นหาความคิดอัตโนมัติผู้ให้การศึกษา
ต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงลักษณะความคิดอัตโนมัติ
โดยใช้คำถามเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิด แก้ปัญหา ให้สมาชิกกลุ่ม
เกิดความเข้าใจในความคิดของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ทำ
ให้นักเรียนวัยรุ่นมีการพัฒนาตนเองไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้
คะแนนเฉลี่ยชุดความคิดเติบโตในระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยชุดความคิดเติบโตของ
กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองระยะ

นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยชุด
ความคิดเติบโตในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อน
การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ย
ชุดความคิดเติบโตในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อน
การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนน
เฉลี่ยชุดความคิดเติบโตในระยะติดตามผลและระยะหลัง
การทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก
การให้ความสำคัญกับการสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับ
สมาชิกกลุ่มนั้นมีความสำคัญมาก ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเข้าร่วม
การปรึกษารอบทั้ง 12 ครั้ง อีกทั้งการออกแบบแนวทางปฏิบัติ
ให้นักเรียนวัยรุ่นได้สรุปผลการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโต
ในชั้นสรุปทุกชั่วโมงการปรึกษา ผู้วิจัยกระตุ้นนักเรียนวัยรุ่น
ให้ฝึกการคิดวิเคราะห์ตนเอง สำรวจตนเอง และประเมิน
ตนเองและให้โอกาสในการสนทนาแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม
ร่วมกับมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลง 1 เดือนภายหลัง
การปรึกษากลุ่มเสร็จสิ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยชุดความคิดเติบโต
ในระยะติดตามผลยังสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ด้วยเหตุผล
ดังกล่าวประกอบกันส่งผลให้นักเรียนวัยรุ่นเกิดความคงทนของ
ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ทั้งนี้การปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมจะเป็นผลมาจากความคิดที่ถูกปรับเปลี่ยน สอดคล้อง
กับเป้าหมายการปรึกษาของทฤษฎีที่ต้องการให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมและเกิดการเปลี่ยนแปลง
ตนเองใหม่ เป็นไปตามที่คาดหวังและมีความคงทนของ
พฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. แบบวัดชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่น
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้เพื่อวัดระดับ
ชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นได้ ไม่ใช้การวัดระดับ
เพื่อตัดสิน แต่เป็นการวัดระดับเพื่อการศึกษา อันจะนำมาสู่
การเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นที่ดียิ่งขึ้นไป
2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎี
พฤติกรรมทางปัญญา ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด
ผู้ที่สนใจนำไปใช้ควรมีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์
ทางด้านการให้การปรึกษามาก่อน เช่น นักจิตวิทยา นักวิชาการ
ทางด้านจิตวิทยา แพทย์ พยาบาล ครู นักสังคมสงเคราะห์
 เป็นต้น เนื่องจากทักษะและเทคนิคการปรึกษาที่ผู้วิจัยได้นำมา
สร้างโปรแกรมนั้นมีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งต้องอาศัย

ประสบการณ์ ทักษะการปรึกษา เพื่อให้นักเรียนวัยรุ่นได้รับประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยพบว่า นักเรียนที่มีชุดความคิดเติบโตเป็นผลมาจากพื้นฐานการเลี้ยงดูของครอบครัว จึงควรมีการวิจัยชุดความคิดเติบโตของผู้ปกครอง เพื่อประโยชน์สูงสุดกับตัวนักเรียนในอนาคตต่อไป

2. ควรมีการพัฒนาการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่สั้น กระชับ และได้ผลรวดเร็ว เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตแบบระยะสั้นต่อไป

References

1. Dweck, C. S. Mindset: The new psychology of success. New York: Random House; 2006.
2. Muller, C. M., & Dweck, C. S. Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance. Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 75(1), 33-52.
3. Grant, H., and Dweck, C. Clarifying Achievement Goals and their Impact. Journal of Personality and Social Psychology. 2003; 85(3), 541-553.
4. Dweck, C. S. Mindset: How you can fulfill your potential. Constable & Robinson Limited; 2012.
5. King, R. B. How you think about your intelligence influences how adjusted you are: Implicit theories and adjustment outcomes. Personality and Individual Differences. 2012; 53(5), 705-709
6. Kaewkungwal S. Lifespan Human Development: adolescents - oldage. (Book 2). 9thed. Bangkok. Thammasat University Press; 2010; 329 (In Thai)
7. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 2019 (In Thai)
8. Kulnapadol P. Adolescent Counseling. 1thed. Chonburi: Company Get Good Creation Co., Ltd; 2019; 3 (In Thai)
9. Blackwell, L. A., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. Theories of intelligence and achievement across the junior high school transition: A longitudinal study and an intervention. Child Development. 2007; 78(1), 246-263
10. Kaewkungwal S. Lifespan Human Development: adolescents - oldage. (Book 2). 9thed. Bangkok. Thammasat University Press; 2010; 360-361 (In Thai)
11. Kumlerd S., Haenjohn J., & Supwirapakorn W. Development of Problem Solving Training Program Based on Acceptance and Commitment Therapy in Adolescents and Young Adults with Amphetamine Addiction. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(1): 181-187. (In Thai)

แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง Development Direction for Smoke Free University of Lampang Rajabhat University

ณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์* เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น

Nathakrid Thammakawinwong* Ekasit Chaipin

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย 52100

Faculty of Science Lampang Rajabhat University, Lampang, Thailand 52100

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วม และสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธีทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร 7,211 คน กลุ่มตัวอย่าง 364 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม, แบบสอบถามการมีส่วนร่วม, แบบประเมินประสิทธิภาพ และร่างแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Thematic analysis และ Content Analysis

ผลการวิจัย พบว่า มีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก, ประสิทธิภาพของทุกองค์ประกอบ มีความเหมาะสมร้อยละ 85.5 และมีความเป็นไปได้ร้อยละ 83.7, แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ มี 10 องค์ประกอบ คือ 1) เป้าหมายชัดเจนได้ 2) ผู้นำการพัฒนา 3) ปรับแนวคิดเสริมองค์ความรู้ 4) การประเมินผล 5) การบังคับใช้กฎหมาย 6) แรงจูงใจและการเสริมพลัง 7) การทำงานเป็นทีม 8) การมีส่วนร่วม 9) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ 10) ชุมชนและสังคมรอบมหาวิทยาลัย

แนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง เกิดจากการมีส่วนร่วมในการร่างของผู้บริหารมหาวิทยาลัย, อาจารย์, บุคลากร และนักศึกษา แนวทางสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในมหาวิทยาลัย และชุมชนรอบมหาวิทยาลัย

คำสำคัญ: มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่, แนวทางการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่

Abstract

This research has the objective to study participation and Approach For Smoke Free University of Lampang Rajabhat University. Mixed methodology research, both qualitative research and quantitative research. Population were 7,211 sample size were 364. Using stratified random sampling and purposive sampling. Research tools were Focus group, Participation questionnaire, Performance assessment and Draft guidelines for Development Direction for Smoke Free University of Lampang Rajabhat University. The data were analyzed frequency, percentage, mean, standard deviation, thematic analysis and content analysis.

Corresponding Author: *E-mail: nathakrit2014@gmail.com

วันที่รับ (received) 1 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 ธ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ธ.ค. 2564

The results of the research revealed that participation in the creation of guidelines overall was high level, Evaluating the effectiveness of the guidelines show overview of all components were appropriate 85.5% and Probability 83.7%. Development Direction for Smoke Free University of Lampang Rajabhat University consist of 10 components : 1) The guidelines have goals and indicators 2) Leaders have the ability to develop smoke-free universities 3) Adjust concepts and enhance knowledge for teachers, staff and students 4) Evaluation of activities according to the guidelines University Smoking 5) Applicable laws and penalties 6) Create incentives and empower members 7) Teamwork for development in University 8) Increased participation of developing 9) Encourages, communication and public relations through many channels. 10) Build a strong community and society around the university.

Development Direction for Smoke Free University of Lampang Rajabhat University It was a guideline formed by participation in the drafting of university administrators, professors, staff and students. The guidelines can be implemented in the university. And the community surrounding the University.

Keyword : Smoke Free University, Approach For Smoke Free University

บทนำ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่าทุกปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 4.7% แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นมากกว่า 8 ล้านคนในปี 2573 โดยพบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดพบได้ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภูมิภาคบอลข่านของยุโรป นาอูรูมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดในโลกที่ 52.1% ผู้หญิงสูบบุหรี่มากกว่าผู้ชายเล็กน้อย (52.6% ถึง 51.7%) อัตราที่สูงเป็นอันดับสองเป็นของคิริบาสซึ่งรวม (52.0%) ของผู้ชาย 68.6% และผู้หญิง 35.5% อายุการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 18 เป็น 21 ปี ในเดือนธันวาคม 2019 ¹

อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ตั้งแต่ปี 2554 ถึงปี 2568 พบว่าตามแนวโน้มที่ผ่านมา อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จะลดลงเฉลี่ยปีละ 0.23% โดยลดลงจากร้อยละ 20.3 เป็นร้อยละ 17.5 และจะมีผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 10.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งลดลงน้อยกว่าเป้าหมายของมิติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ที่ตั้งเป้าหมายระดับโลก ไว้ว่าแต่ละประเทศควรลดการสูบบุหรี่ลง ให้ได้ร้อยละ 30 ภายในปี 2568 ²

สารเคมีในบุหรี่มีมากกว่า 4,000 ชนิด บางชนิดเป็นสารพิษที่ทำลายอวัยวะต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิเช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจน ซายาไนด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ และแอมโมเนีย สารพิษเหล่านี้ก่อให้เกิดโรคร้ายมากกว่า 25 โรค และการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ทำให้ผู้ที่อยู่ในบริเวณนั้นได้รับควันพิษอีกด้วย³ ผลกระทบที่เกิดขึ้น

กับเยาวชนที่เป็นนักศึกษา ที่สูบบุหรี่ ส่งผลให้ผลการเรียนต่ำกว่าเดิม และมีแนวโน้มที่จะติดเพื่อนที่สูบบุหรี่ ทำให้มีความสนใจอยากเรียนน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงไปทางด้านอบายมุข สารเสพติดอื่นๆ ตามมา องค์ประกอบปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดเด็กและวัยรุ่น พบว่า การควบคุมตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การเป็นแบบอย่างด้านการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวและเพื่อนส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากที่สุด⁴ นักศึกษาเพศชายในมหาวิทยาลัยสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบมากที่สุดคืออยากทดลองสูบบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน 2-5 มวน ความถี่ในการสูบทุกวัน โอกาสในการสูบบุหรี่คือเมื่อไปเที่ยวกลางคืน/ดื่มสุรา สถานที่ที่ทำงานมักจะสูบบุหรี่คือสถานบันเทิง ^{5, 6} นอกจากนี้ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอีกด้วย⁷ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 หมวด 5⁸ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ บัญญัติให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะ เป็นเขตปลอดบุหรี่ กำหนดให้สถานศึกษา ระดับอุดมศึกษาเฉพาะส่วนที่เป็นอาคารหรือสิ่งปลูกสร้างเป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ร่างแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 มีการกำหนดวิสัยทัศน์ คือ “ก้าวสู่สังคมไทยปลอดบุหรี่แบบ ยั่งยืน”

และมีค่าเป้าหมายหลักลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี 2570 ให้ไม่เกินร้อยละ 14 และเน้นให้สถานที่สาธารณะทุกแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยเฉพาะพื้นที่เป้าหมายสำคัญ ได้แก่ ตลาด ร้านอาหาร สถานีส่ง ศาสนสถาน สถานที่ราชการ⁹ ปัจจุบันยังพบปัญหามาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาพบว่าบุคลากรและนักศึกษายังขาดความรู้ความเข้าใจกฎระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่ แม้ว่ามหาวิทยาลัยบางแห่งประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่หรือติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในอาคารก็ตาม ยังมีการฝ่าฝืนเป็นจำนวนมาก อีกทั้งมหาวิทยาลัย มีพื้นที่กว้างขวางทำให้ยากลำบากแก่การควบคุมดูแลและไม่มีกำลังคนในการดูแล มหาวิทยาลัยต้องหามาตรการหรือแนวทางเฉพาะตามบริบทของตนเอง¹⁰

มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง เป็นสถาบันอุดมศึกษา มีบุคลากรรวม 717 คน แบ่งออกเป็นสายวิชาการจำนวน 387 คน สายสนับสนุน จำนวน 330 คน มีนักศึกษารวม 6,395 คน มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปางได้ออกเป็นนโยบายและมาตรการต่างๆ ในมหาวิทยาลัยตามนโยบายของรัฐบาลและของจังหวัดเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ รวมถึงได้ร่วมกับคณาจารย์ บุคลากร นักศึกษา ชมรมอาจารย์ ชมรมต่างๆ ของนักศึกษา ร่วมกันรณรงค์ในงานประเพณีของมหาวิทยาลัย งานแข่งขันกีฬา เพื่อสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ และสร้างจิตสำนึกให้เยาวชนห่างไกลจากบุหรี่ แต่ยังคงพบปัญหาการลักลอบสูบบุหรี่ในห้องน้ำ ห้องกิจกรรมบางห้องมีกันบุหรี่ตกอยู่ที่พื้น พบการสูบบุหรี่ในห้องพักของนักศึกษา ซึ่งสร้างความเดือดร้อนให้กับเพื่อนนักศึกษา อาจารย์ บุคลากรในมหาวิทยาลัย รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยในมหาวิทยาลัย อีกทั้งมหาวิทยาลัยเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่ต้องรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคมของจังหวัดลำปาง และเป็นตัวอย่างให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ในด้านการสูบบุหรี่ ดังนั้นนักวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่องแนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาให้เป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทาง

การพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

คำถามการวิจัย

1. แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. การมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง มีมากน้อยแค่ไหน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methodology) ดำเนินการทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แล้วสรุปผลการศึกษาวิจัยในขั้นตอนสุดท้าย ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการศึกษาวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 วิเคราะห์กระบวนการและปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ใช้กรอบแนวคิด PDSA (Plan, Do, Study, Action) แล้วสร้างแนวทางการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผู้ให้ข้อมูล (Participant) จำนวน 30 คน ได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการกำหนดคุณสมบัติ ด้วยเกณฑ์คัดเข้า(Inclusion Criteria) ประกอบด้วย รองอธิการบดีที่รับผิดชอบด้านสารสนเทศของมหาวิทยาลัย, คณบดี, ผู้อำนวยการ, ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา, และประธานสาขาวิชา จำนวน 10 คน, ประธานสโมสรอาจารย์และบุคลากร, ประธานสโมสรนักศึกษา, ตัวแทนชมรมต่างๆ ของนักศึกษา จำนวน 10 คน และตัวแทนอาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน และนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 10 คน

การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ในการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบ Cross Sectional Survey ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัย กลุ่มอาจารย์ กลุ่มบุคลากรทุกคณะ/สำนัก/สถาบันและกลุ่มตัวแทนนักศึกษาทุกคณะ จำนวน 7,112 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 คน จากการคำนวณสูตรของ Cochran¹¹ ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling

และการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการเก็บข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ประกอบด้วย ร่างแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบได้แก่ 1) เป้าหมาย 2) ผู้นำ 3) การปรับแนวคิด 4) ประเมินผล 5) กฎหมาย 6) แรงจูงใจ 7) ทีมงาน 8) การมีส่วนร่วม 9) การประชาสัมพันธ์ 10) ชุมชน, แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ใช้กรอบแนวคิด PDSA ในการสอบถามกระบวนการพัฒนา และปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ตั้งแต่การวางแผน (Plan) นำไปปฏิบัติ (DO) การเรียนรู้หรือ ทบทวนติดตามประเมินผล (Study) การปรับปรุงให้ดีขึ้น (Action) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม

เป็นแบบประมาณค่า 5 คำตอบ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินประสิทธิภาพขององค์ประกอบ ของแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ทั้งภาพรวมและรายองค์ประกอบ ประเมินร้อยละความเหมาะสม และความเป็นไปได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเมื่อสร้างเสร็จแล้ว ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้าน ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครบถ้วนตามหลักวิชาการ วัตถุประสงค์และนิยามศัพท์ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ IOC (Item-Objective Congruence) มีค่าระหว่าง 0.76 -1.00 นำมาปรับแก้และทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาค่าความเที่ยง (Reliability) แบบความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ของการมีส่วนร่วม 0.83 สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสนทนากลุ่มร่างแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เมื่อสร้างเสร็จแล้วได้นำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาให้มีความตรง ครบถ้วน และปรับภาษาให้กะทัดรัด ชัดเจน ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ตรวจสอบ 4 แบบ 1) ด้านข้อมูล

(Data triangulation) 2) ด้านผู้วิจัย (Investigation triangulation) 3) ด้านทฤษฎี (Theory triangulation) 4) ด้านวิธีการ (Methodological triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) กระบวนการพัฒนาและปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่โดยการสนทนากลุ่ม ใช้กรอบแนวคิด PDSA เป็นแนวคิดเชิงระบบ ตั้งแต่การวางแผน (Plan) นำไปปฏิบัติ (DO) การเรียนรู้หรือทบทวนติดตามประเมินผล (Study) และการปรับปรุงให้ดีขึ้น (Action)¹²

2) ร่างแนวทางการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ซึ่งยังไม่เคยมีแนวทางการพัฒนามาก่อน โดยกระบวนการกลุ่ม กำหนดองค์ประกอบ การพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ภายใต้กรอบการวิจัย

3) จัดเวทีประชาคมด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม (AIC: Appreciation- Influence-Control) เพื่อวิพากษ์ และการสะท้อนความคิดเห็น จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ทรงคุณวุฒิ, และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปเป็นแนวทางพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่

4) ประเมินประสิทธิภาพของ แนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ขององค์ประกอบแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ จำนวน 10 องค์ประกอบ ทั้งภาพรวม และรายองค์ประกอบ ประเมินร้อยละความเหมาะสม และความเป็นไปได้

5) ประเมินการมีส่วนร่วมในการร่างแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เป็นแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ, ด้านการดำเนินการ, ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผล โดยวิธีการหาค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ซึ่งได้กำหนดค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ 13 ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด, ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง ส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก, ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง ส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย, ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึงส่วนร่วม อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการมีส่วนร่วม โดยแจกแจงความถี่, ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (Thematic analysis) แบบอุปนัย (Analytic Inductive) โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติ รับรองการพิทักษ์สิทธิตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2560/017 วันที่ 29 กันยายน 2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.9) และเพศหญิง (ร้อยละ 32.1) มีอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 20 ปี (ร้อยละ 31.3), รองลงมา อายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 29.4), อายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 28.3), ระดับการศึกษา สูงสุดพบว่า กำลังศึกษา (ร้อยละ 41.5) รองลงมาศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 34.9), สถานที่ปฏิบัติงานหรือ ศึกษาในมหาวิทยาลัย ส่วนมากอยู่ในคณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ (ร้อยละ 30.5) รองลงมาในคณะวิทยาการจัดการ (ร้อยละ 17.9), ด้านประสบการณ์การทำงาน/สอน/ศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 74.7) รองลงมาอยู่ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 15.7), การสูบบุหรี่ พบว่าไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.8) และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 21.2) ความต้องการให้จัดสถานที่สูบบุหรี่ (เขตสูบบุหรี่) ในมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่ต้องการ (ร้อยละ 69.5) ไม่ต้องการ (ร้อยละ 30.5) และความต้องการให้มหาวิทยาลัย มีการรณรงค์การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ติดป้าย นิทรรศการ เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ตามช่องทาง ส่วนใหญ่ต้องการป้าย/ไวนิล ตามแยกต่างๆ (ร้อยละ 44.2) รองลงมาวิทยุ/เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว (ร้อยละ 24.5)

2. การมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ การมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ, ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.92) โดยพบว่า ด้านที่มี ส่วนร่วมเรียงลำดับดังนี้ คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.15), ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.99), ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.80) และ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.75)

3. การประเมินประสิทธิภาพ แนวทางการพัฒนาเป็น มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ผลการประเมินประสิทธิภาพ แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ของอาจารย์/บุคลากร/ตัวแทนนักศึกษา พบว่าโดยภาพรวมทุกองค์ประกอบ มีความเหมาะสม ร้อยละ (85.46) และเป็นไปได้ ร้อยละ (83.67)

4. แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

4.1 ผลการศึกษากระบวนการ และปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ โดยใช้กรอบแนวคิด PDSA (Plan, Do, Study, Action)

การวางแผน (Plan) โดยเริ่มการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ จากการเห็นความสำคัญของสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ภายในมหาวิทยาลัย และยังปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ ตอนหนึ่ง

....มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ร่วมมือกันกับทางมูลนิธิเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และมหาวิทยาลัยราชภัฏในกลุ่มภาคเหนือ ตอนนี้อยู่แค่ของ ภาคเหนือเท่านั้นนะ ก็มีสถาบันการศึกษาอุดมศึกษาอื่นๆ ที่เข้ามาร่วมด้วย ซึ่งเราเป็นแกนนำในการทำนะครับ..... (K01/01)....

นำไปปฏิบัติ (DO) การดำเนินการพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ มีออกประกาศ, ออกนโยบายด้านการป้องกันผู้ไม่สูบบุหรี่ กำหนดจัดเขตสูบบุหรี่ และแนวปฏิบัติการดำเนินการกรณีที่มีการฝ่าฝืนสูบบุหรี่ใน เขตปลอดบุหรี่ ดังคำให้สัมภาษณ์ ตอนหนึ่ง

....ทางคณะกรรมการดำเนินงานมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ได้รับจัดสรรงบประมาณ ให้จัดสร้างสถานที่

สูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยครับ อันนี้คือกำหนดจุดให้นักสูบ
ที่สูบให้เป็นที่เป็นทาง รวมถึงบุคคลภายนอกที่มาติดต่อราชการ
กับมหาวิทยาลัยเพื่อไม่ให้ไปพ่นควันบุหรี่ให้กับคนอื่น ...
(K02/01).....

การเรียนรู้และประเมินผล (Study) เป็นการเริ่ม
การพัฒนาสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เริ่มติดตามความก้าวหน้า
ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร โดยพบว่า การปฏิบัติตาม
ประกาศของมหาวิทยาลัย ผู้นำ มีการปฏิบัติเป็นแบบอย่าง
ที่ดี ทั้งในสถานที่ทำงานและส่วนตัว ได้ติดตามในที่ประชุม
อย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมายให้ รองอธิการบดีฝ่ายกิจการ
นักศึกษาและสภามหาวิทยาลัย เป็นผู้กำกับติดตาม ร่วมประชุมกับ
เครือข่าย พัฒนาความรู้และการพัฒนาของมหาวิทยาลัย
ดังกล่าวให้สัมฤทธิ์ผล ตอนหนึ่งว่า

.....ทุกคนในคณะก็ให้ความร่วมมือดีนะครับ
บางคณะก็ทำป้ายเอง บางคณะก็ขอสติ๊กเกอร์ไป บางคณะ
ก็เริ่มเอาที่เขี่ยบุหรี่ในห้องน้ำนั้นออก เพราะเห็นว่าผิดกฎหมาย
ถ้าให้สูบ ในอาคารนั้นต้องปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์อยู่แล้ว
นะครับ (K03/01).....

การปรับปรุงและพัฒนา (Action) พบว่า ยังพบ
เป็นปัญหาอยู่พอสมควรเนื่องจาก เป็นปีแรกของการพัฒนา
การที่จะพัฒนาให้เป็นแนวทางที่เป็นมาตรฐานของมหาวิทยาลัย
ยังต้องใช้เวลา เพราะต้องเริ่มตั้งแต่ นำปัญหาของหน่วยงาน
ต่างๆ ในมหาวิทยาลัย มาพัฒนาและนำไปปฏิบัติ จนแน่ใจว่า
สามารถปฏิบัติได้จริง ดังคำให้สัมภาษณ์ ตอนหนึ่งว่า

.....ต้องเจาะลึกในกลุ่มคนสูบ ว่าเลิกได้ไหม
ลดได้ไหม ต้องเชิญมาคุย วันนี้ซื้อมาก็ของ สูบวันก็ของ
ค่าใช้จ่ายเท่าไร สุขภาพเป็นยังไง ชี้ให้เห็นบทพิสูจน์ตายไปแล้ว
เท่าไร ก็ยกตัวอย่างให้เขาฟังเขาก็ยอม ถ้ามีกลุ่มโครงการที่
เจาะกลุ่มพวกนี้ อย่างน้อยปีหนึ่งเลิกได้ 5 คน 10 คน และเป็น
ตัวอย่างให้คนอื่นก็ถือว่าดีแล้วครับ...(K04/02).....

4.2 แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอด บุหรี่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

การวิเคราะห์กระบวนการและปัญหาอุปสรรค
เกี่ยวกับการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ แล้วนำมาสังเคราะห์
เป็นข้อเสนอ แนวทางพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของ
มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ได้องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1. เป้าหมายชัดเจนที่ได้ ประกอบ
ด้วย 1.1 กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และตัวชี้วัดที่ สอดคล้องกัน

ที่วัดผลได้ 1.2 บรรลุในแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ
ของมหาวิทยาลัย 1.3 ผู้บริหารของมหาวิทยาลัย ควบคุมกำกับ
ให้เป็นไปตามเป้าหมาย นโยบายของมหาวิทยาลัย

องค์ประกอบที่ 2. ผู้นำการพัฒนา ประกอบด้วย
2.1 สร้างเครือข่ายในมหาวิทยาลัยและภายนอกให้ต่อเนื่อง
และยั่งยืน 2.2 อาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาเป็นแบบอย่างที่ดี

องค์ประกอบที่ 3. ปรับแนวคิด เสริมความรู้
และการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ประกอบด้วย 3.1 ปรับทัศนคติ
การรับรู้ ความตระหนัก และในประเด็นพิษภัยบุหรี่ 3.2 แนวคิด
บุหรี่ ควรสอดแทรก รายวิชาพื้นฐานของทุกสาขา ให้รับรู้
โทษพิษภัยของบุหรี่ก่อนเริ่มการสอนของคาบการเรียน 3.3
สร้างบรรยากาศ เรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ ให้แก่นักศึกษา
ในทุกชั้นปี โดยเฉพาะปีแรก เช่น กิจกรรมกิจกรรมค่ายจริยธรรม
และกิจกรรมของกองพัฒนานักศึกษา

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินผล ประกอบด้วย
4.1. ประเมินผลการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่กับ
มหาวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง 4.2. มอบหมายหน่วยงาน/ทีมงาน
ให้ควบคุม ติดตาม อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 5 การบังคับใช้กฎหมาย ประกอบด้วย
5.1. บังคับใช้แนวทางปฏิบัติ และกฎหมายอย่างเข้มข้น จริย
ภายในมหาวิทยาลัย 5.2 ใช้กลยุทธ์เสริมทางบวกและ มุ่งมั่น
การเป็น Smart Student

องค์ประกอบที่ 6 แรงจูงใจและการเสริมพลัง
ประกอบด้วย 6.1 ควรส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจ เสริมพลัง
ในภาพรวม เพื่อให้เกิดผลทั้งมหาวิทยาลัย เช่น คำชื่นชม
ใบประกาศนียบัตรคนทำความดีด้วยการเลิกบุหรี่ 6.2 สนับสนุน
และส่งเสริม ให้มีกิจกรรมให้คำปรึกษา พี่ช่วยน้อง เพื่อนช่วย
เพื่อน ลด ละ เลิกบุหรี่ 6.3 กิจกรรมสร้างคุณค่าของผู้สูบบุหรี่
เพื่อเกิดแรงบันดาลใจ ในการเลิกสูบบุหรี่ เชิญคนที่เลิกสูบบุหรี่
เล่าประสบการณ์จากฐานผู้สูบบุหรี่

องค์ประกอบที่ 7 การทำงานเป็นทีม ประกอบ
ด้วย 7.1. สร้างทีมแกนนำ ระดับผู้บริหารมหาวิทยาลัย
และระดับสโมสรนักศึกษา 7.2. บริหารทีมให้มีบทบาท ในการ
พัฒนามหาวิทยาลัยเพื่อก้าวสู่มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่

องค์ประกอบที่ 8 การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย
8.1. สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอด
บุหรี่ ทั้งอาจารย์ บุคลากร นักศึกษา 8.2. สร้างการมีส่วนร่วม
ในการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ในระดับผู้ปกครอง
และชุมชน

องค์ประกอบที่ 9 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย 9.1. สื่อสารประชาสัมพันธ์ ถึงกฎหมาย แนวปฏิบัติ พิษภัยบุหรี่ที่เป็นทางการทางและไม่เป็นทางการ ตามช่องทางต่างของมหาวิทยาลัย เช่น เว็บไซต์, ป้าย, เสียงตามสาย, สถานีวิทยุ 9.2 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มาช่วย ในการค้นหาผู้ติดบุหรี่ เช่น แอปพลิเคชัน ช่วยในการสื่อสาร และประเมินผล

องค์ประกอบที่ 10 สังคม ชุมชนรอบมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 10.1. ชุมชน/สังคม รอบมหาวิทยาลัย และประชาสังคมภายในจังหวัด ควรมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ในการป้องกันให้เยาวชน ลด ละเลิก บุหรี่ 10.2. ขอความช่วยเหลือขอความร่วมมือจากร้านค้า หน้ามหาวิทยาลัย ให้เลิกจำหน่ายบุหรี่กับเยาวชนอย่างจริงจัง

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง เกิดจากการมีส่วนร่วม กระบวนการและปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนา มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ตามกรอบแนวคิด PDSA¹² พบว่า ด้านการวางแผน (Plan) ควรเริ่ม ตั้งแต่ การจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic management) เพื่อวางแผนการดำเนินการทั้งหมดขององค์กร โดยมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ ซึ่งการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จ ในองค์กรสมัยใหม่ ด้านการปฏิบัติ (Do) ควรส่งเสริม ให้มีการเรียนรู้แบบ Active Learning¹⁴ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ ผ่านการปฏิบัติ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ ระหว่างกัน โดยเฉพาะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแล้วมาเล่าประสบการณ์ ด้านการเรียนรู้และประเมินผล (Study) ควรประเมินผล แบบตรวจสอบ (Audit) อย่างจริงจังในระยะเริ่มต้นของการพัฒนา และปรับ การตรวจสอบอย่างจริงจังเป็นการเรียนรู้ ด้านการปรับปรุง และแก้ไข (Action) ควรมีการปรับปรุงกระบวนการทำงาน หรือแนวทางให้เป็นมาตรฐาน ที่ผ่านทดลอง ทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ให้เกิดความมั่นใจ จึงจะสามารถนำไปเป็นแนวทางหรือนโยบาย ในการปฏิบัติได้

การมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ผลการวิจัยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นทิศทางที่ดีสำหรับสถานศึกษา ที่เป็นหน่วยงานภาครัฐ ที่ จะควบคุมอย่างเข้มงวด มีมาตรการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและปลูกฝังค่านิยมที่ดีให้กับเยาวชนรุ่นใหม่ รวมถึงการ

อบรมเรื่องโทษของบุหรี่ให้กับเยาวชนและประชาชน¹⁴

แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ของ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง มีองค์ประกอบย่อย เพื่อ ประโยชน์ ของการนำแนวทางไปปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์¹⁵ โดยเริ่มตั้งแต่การตั้งเป้าหมายและตัวชี้วัดที่บรรจุในแผน ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย สอดคล้องกันกับ เป้าหมายในแต่ละระดับ จะประสบความสำเร็จได้ ควรต้องมี โครงสร้าง การบริหารจัดการที่ดี กระบวนการที่สามารถสร้าง ผลสัมฤทธิ์ได้,¹⁶ ด้านผู้นำการพัฒนาต้องมีผู้นำที่ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้นแบบ โดยเฉพาะ ผู้นำสถานศึกษา ตั้งแต่อธิการบดี, คณบดี, ผู้อำนวยการสถาบัน และประธานสาขาวิชาใน มหาวิทยาลัยต่างๆ และเป็นผู้นำที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้และ การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ด้วยการสร้าง บรรยากาศ เรียนรู้แบบ ไม่เป็นทางการ ทำให้เป็นองค์กรที่สร้าง ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติ มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา การเปลี่ยนความคิดและการวาง เจ็อนไขพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่¹⁷ หลังจากปฏิบัติไปพอ สมควร ควรมีการประเมินผลติดตามการพัฒนามหาวิทยาลัย ปลอดบุหรี่ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ แล้วเริ่มปรับระบบ การประเมินผลจากแนวคิดเดิมที่เน้น การตรวจสอบ มาเป็นการ เรียนรู้ การประเมินผลด้วยการปฏิบัติงาน เป็นขั้นตอนการวัด ผลการปฏิบัติงาน กระบวนการประเมินผล และการได้รับการ พัฒนาทักษะ เทคนิคต่างๆ การวิเคราะห์อย่าง เป็นระบบ ของ ทีมผู้ประเมินร่วมด้วย จะทำให้ระบบการประเมินผลมี ประสิทธิภาพ¹⁶ การบังคับใช้ตามกฎหมายและข้อตกลง ของมหาวิทยาลัยควรทำอย่างจริงจัง และควรเพิ่มมาตรการ เสริมพลังทางบวก ที่เป็นกิจกรรมที่สร้าง คุณค่าให้กับกลุ่ม ผู้สูบบุหรี่และกลุ่มที่ต้องการเลิกบุหรี่¹⁸ มาตรการกฎหมายใน การควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาปัญหามาตรการทาง กฎหมายในการควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาพบว่า บุคลากรและนักศึกษายังขาดความรู้ความเข้าใจกฎระเบียบ เกี่ยวกับการ ควบคุมการสูบบุหรี่¹⁰ เสนอแนะให้ ส่งเสริม กฎหมายต่อต้านการสูบบุหรี่ในเยาวชน เพื่อเสริมสร้างสาย สัมพันธ์ในครอบครัวส่งเสริมการทำหน้าที่ที่ดีในครอบครัว ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่าย บ้านปลอดบุหรี่⁷ แรงจูงใจและ การเสริมพลังช่วยเหลือในการ เลิกบุหรี่ โดยให้นักศึกษาแกนนำ มามีส่วนร่วม และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำปรึกษา หรือการให้ยาสมุนไพร เป็นรายบุคคลและ ทำพฤติกรรมบำบัดตามสาเหตุของผู้สูบบุหรี่ แต่ละราย โดยมีทีมอาจารย์ด้านสุขภาพเป็นโค้ชการช่วยเลิกบุหรี่^{16,18}

การทำงานเป็นทีมในมหาวิทยาลัย ควรต้องมีสมาชิกทีมที่สำคัญ เช่น อาจารย์ นักศึกษา และชุมชน รวมถึงผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ และเห็นความสำคัญในการควบคุมบุหรี่ร่วมกัน การมีทีมงานที่ทุ่มเท และประสานงานเครือข่าย จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสำเร็จ ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จ คือการมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีครอบครัวอบอุ่น การควบคุมตนเอง และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และการสร้างกฎบ้านปลอดบุหรี่ การเสริมสร้างสายสัมพันธ์ในครอบครัว²⁰ การเฝ้าระวังของครอบครัว ดูแลเยาวชนไม่ให้ คบเพื่อนที่สูบบุหรี่ และการเสริมสร้างทัศนคติต้านลบการสูบบุหรี่ให้แก่เยาวชน การดำเนินงานให้มีผลสำเร็จ ต้องมีการสื่อสารที่หลากหลายต่อสาธารณะที่สามารถสร้างพลังการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะและเป็นการพัฒนาประชาชนให้เป็นพลเมืองที่มีความตื่นรู้และเอาใจใส่ต่อสุขภาพและความเป็นไปของสังคมมากขึ้น รวมถึงการเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ เช่น จัดทำโปสเตอร์รณรงค์, รณรงค์ผ่านสื่อออนไลน์ นอกจากนี้ยังมีการขยายเครือข่ายแกนนำไปยังบุคลากรและนักศึกษา และหน่วยงานอื่นๆ ในมหาวิทยาลัย หรือการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้เห็นถึงพิษภัยบุหรี่, การประกวดออกแบบโปสเตอร์มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ และการได้วาทีเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ และส่วนสำคัญคือชุมชนและสังคมรอบมหาวิทยาลัย รวมทั้งสร้างรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่จังหวัดปลอดบุหรี่ ประสานงานเครือข่ายของจังหวัด, การกำหนดมาตรการควบคุมยาสูบของจังหวัด, การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวนวิจัย

ผู้บริหารของเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ ควรวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาย่างต่อเนื่องในระยะยาว ที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกัน และควรมีการกำหนดตัวชี้วัดในระดับคณะ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างชัดเจน รวมถึงมีการประเมินผลและติดตามเป็นประจำ และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพื่อสำรวจการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษา ในโรงเรียนของจังหวัดลำปาง เพื่อนำ

เสนอแนะให้กับสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษา นำมาวางแผนป้องกันหรือลดการสูบบุหรี่ ที่เหมาะสมกับสถาบันการศึกษาแต่ละแห่งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้วิจัยจนประสบความสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ที่ให้ทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปางที่สนับสนุนกระบวนการวิจัยจนสำเร็จตามเป้าหมาย

References

1. World Health Organization. Age-standardized estimates of current tobacco use, tobacco smoking and cigarette smoking (Tobacco control: Monitor). 2020.
2. Center for Research and Knowledge Management for Tobacco Control. Thailand Tobacco Consumption Situation Report 2019. Sinthaweeakit Printing Limited Partnership., Bangkok. 2020. (in Thai)
3. National Cancer Institute. Cigarettes and cancer. National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health, Bangkok. 2019. (in Thai)
4. Yeepoo C. Usa Kongthong and Boonrueng Sriherun. The development of a learning activity model for reduce and stop smoking behavior of drug addiction for children and adolescent patient. Valaya Alongkorn Review. Humanities and Social Science. 2018; 8(1):131-146. (in Thai)
5. Akkarakittipong P. Psychosocial Factors Related to Preventing Smoking Behaviors Of primary school students in Bangkok. Veridian E-Journal, University Silpakorn. 2018 ; 11(2): 50-62. (in Thai)
6. Krung Kraipet L. Factors affecting smoking of Burapha University students. Journal of Burapha Vejsarn. 2017; 4(1): 21-30. (in Thai)

7. Chan Nuan N. The smoking situation among personnel and students of Ubon Ratchathani University. Under the Ubon Ratchathani University project smoke-free. Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani University. 2016; 18(2). (in Thai)
8. Tobacco Control Bureau. Tobacco Products Control Act B.E. in 2560. Ministry of Public Health, Thammasat University Press. 2017. (in Thai)
9. Bureau of Tobacco Control. National Tobacco Control Strategic Plan 2065-2070. Ministry of Public Health. Nice Earth Design Co. Ltd. 2021. (in Thai)
10. Jai Sa-san P. Legal measures to control smoking in schools. Chandrakasemsarn Journal. 2014; 20(39): 11-18. (in Thai)
11. Cochran, W.G. Sampling Technique. 2nd Edition, John Wiley and Sons Inc., New York. 1963
12. Sollecito W, Johnson J. Continuous quality improvement in health care. Mallay, Inc. USA. 2012.
13. Thaweerat.P.. Research Methods in Behavioral Sciences and Social Sciences (7th Edition). Bangkok: Bureau of Educational and Psychological Testing Srinakharinwirot University. 2000. (in Thai)
14. Thuansri Y, Oonjan S. Mechanism to Reduce Access to Cigarettes of Male Students Participatory of Uttaradit Rajabhat University. Journal of Lampang Rajabhat University. 2016; 5(1). (in Thai)
15. Netwong T, Chuayrodmod S. Ratchadaphorn Thirawan. Development Direction for Non-Smoking University by Project and Community Based Research. RMUTI Journal of Humanities and Social Sciences. 2019; 6(1). (in Thai)
16. Matrakul M, Singkhorn O, Phadaennok N. The implementation of a smoke-free campus policy at Mae Fah Luang University. Thai Journal of Nursing. 2018; 67(1): 11-18. (in Thai)
17. Robert L. Routhieaux. et al. Shared Leadership and Its Implications for Nonprofit Leadership. Journal of Nonprofit Education and Leadership. 2015; 5(3): 139-152.
18. Thammakawinwong N. Creating Policy Participation of Health Behavior for Reduce Cancer, Hypertension and Cardiovascular Disease in Maelan Subdistrict, Li District, Lamphun Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 116-117. (in Thai)
19. Pichai S. Development of processes of changing thoughts and Conditional Behavior to reduce smoking For students who are smoking addicts: EEG study. Journal of behavior. Science for development. 2017; 9(1): 99-119. (in Thai)
20. Jiewpattanakul Y. Youth expectations for their families to prevent smoking. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(5): 51-58. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้ดูแล

Factors Associated with Medication Administration of Home-Based Patient by Caregiver

ภิญโญ อุทธิยา นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์* อารีย์ วงศ์อนุ ศิริพร ศรีสวัสดิ์ฉิม
ศุภลักษณ์ วงศ์ทอง ศิวพร คาดบัว โชตินภา อรุณสินประเสริฐ

Pinyo Utthiya Nitchatima Sereewichayasawad* Aree Wonganu Siriporn Srisawatchim

Suphaluck Wongthong Sivaporn Kadbua Chotnapa Arunsinprasert

หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กทม. ประเทศไทย 10400
Home Health Care Unit, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมายังหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและแบบบันทึกการติดตามการบริหารยาคลาดเคลื่อนที่บ้าน มีความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกตเท่ากับ 0.68 – 0.79 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบไคสแควร์

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs พบว่า เพศและจำนวนยามีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .020$ และ $\chi^2 = .029$ ตามลำดับ) จำนวนโรคร่วมและจำนวนยาที่มีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .037$ และ $\chi^2 = .042$ ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .0$) การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุและช่วยเหลือตนเองได้น้อยมียาหรือมีโรคร่วมมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลักช่วยบริหารจัดการยาที่บ้านเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำสำคัญ: การบริหารยาที่บ้าน, ผู้ป่วย, ผู้ดูแล

Abstract

This study is a cross – sectional study that aims to study factors relating to drug administration of home patients by using a sample group of patients and caregivers referred to the home health care unit. 70 samples are selected by purposive sampling. Research instruments used include a questionnaire for general information of patients and caregivers, an evaluation form for ability to do daily routines and a monitoring form for drug administration error at home. The inter rater reliability is found to be 0.68 – 0.79 and 1.00, respectively. Data is analyzed using descriptive statistics and Chi-Square (χ^2) test statistics.

*Corresponding Author: Nitchatima Sereewichayasawad, E-mail: howdynich@gmail.com

วันที่รับ (received) 6 มี.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 2 ก.ค. 2565

From the analysis of the patient factor relating to home drug administration based on 6Rs, it is found that gender and the amount of drug are significantly correlated with the right dose medication at the statistical level of .05 ($\chi^2 = .020$ and $\chi^2 = .02$, respectively). Comorbidities and the amount of drug are significantly correlated with the right patient medication at the statistical level of .05 ($\chi^2 = .037$ and $\chi^2 = .042$, respectively). As for the caregiver factor, it is found that the age of caregiver is significantly correlated with the right time medication at the statistical level of .05 ($\chi^2 = .021$). This study finds that a dependent elderly patient with medication or a higher number of comorbidities need a main caregiver to help with home drug administration in order to reduce the drug administration error.

Keywords: medication administration at home, patient, caregiver

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปพักฟื้นตัวต่อที่บ้าน¹ หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับบริการตั้งแต่รักษาโรคในโรงพยาบาลจนถึงกลับบ้าน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้หลัก D-METHOD ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน² ทั้งนี้หัวใจหลักในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะให้ความสำคัญกับการบริหารยาของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นมาตรฐานที่สำคัญของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้น การใช้ยาที่มีความปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ขั้นตอนการสั่งยาจนถึงขั้นตอนการบริหารยาจะต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยกระบวนการบริหารยาทั้งหมดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงกลับบ้าน³ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติพบว่ามีความคลาดเคลื่อนทางด้านยา (medication error) ค่อนข้างสูง

จากสถิติของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้านเริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 พบว่า จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 240 คน มี 46 คน ที่มีการบริหารยาผิดที่บ้าน ทบทวนการบริหารยาผิดตามหลัก 6Rs ประกอบด้วย ผิดด้านเทคนิคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาคือ

ผิดขนาด ร้อยละ 32.6 ผิดเวลา ร้อยละ 6.5 ผิดชนิด ร้อยละ 8.7 และพบว่ามีความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 2 ระดับ คือ ระดับ C และระดับ D โดยระดับ C คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้เกิดอันตราย ร้อยละ 24 และ ระดับ D คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย ร้อยละ 11 ซึ่งถือว่าเป็นการบริหารยาคลาดเคลื่อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง และเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้านยา (adverse drug event: ADE)

จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและนอร์เวย์พบว่า ผู้สูงอายุใช้ยาเฉลี่ย 4 และ 8.2 ชนิด/วันตามลำดับ^{4,5} ซึ่งการบริหารยาจำนวนมากในแต่ละวันทำให้มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ มีการสำรวจผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน พบว่าร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และมีผลกระทบจากการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด คือ การเกิดอัตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) การเกิดอัตรกิริยาระหว่างโรคและยา การเกิดผลข้างเคียง การใช้ยาซ้ำซ้อน รวมถึงขาดวินัยในการใช้ยา ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ⁶ และเสียชีวิตจากการใช้ยาได้⁷ งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการบริหารยาคลาดเคลื่อนจะเกิดในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว จำนวนยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด^{8,9} โดยที่เพศชายจะเกิดขึ้นมากกว่าเพศหญิง¹⁰

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยที่บ้านค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยที่บ้าน ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน

เนื่องจากการเกิดปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตราย และ/หรือทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อทราบปัจจัยของการบริหารยาที่บ้านแล้ว ผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยดังกล่าวมาสู่การปรับปรุงพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อลดการบริหารยาที่บ้านผิดต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6 rights (6Rs)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบริหารยา 6Rs ประกอบด้วย ให้ยาถูกชนิด (Right Drug / Medication) ให้ถูกเวลา (Right Time and Frequency) ให้ถูกขนาด (Right Dose) ให้ถูกทาง (Right Route) ให้ยาถูกเทคนิค (Right Technique) ให้ถูกคน (Right Patient) โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ส่งเสริมการบริหารยาผู้ป่วยผ่านผู้ดูแลก่อนได้รับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการวางแผนให้การพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับบ้าน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้มารับคำปรึกษาที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ขนาดตัวอย่างผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect size)¹¹ ที่ระดับ 0.30 อำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 67 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 70 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็งทุกชนิดอยู่ระหว่างการรักษาโรคเบาหวาน โรคอ้วน และ 3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรับจ้าง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการเยี่ยมบ้าน 2) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือขอถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามใช้เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา จำนวนโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ปัญหาทางด้านสายตา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Modified Barthel Activities of Daily Living Index) ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน¹² เป็นการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายการเดินทาง การแต่งตัว สวมเสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขาภิบาลส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ในแต่ละคนมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม คะแนนรวมเท่ากับ 20 คะแนน โดยคะแนนรวม 20 คะแนน หมายถึง ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย มีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) เท่ากับ 0.67 และค่าความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต (inter rater reliability) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.68-0.79

2. แบบบันทึกการติดตามการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดหลักการบริหารยาด้วย 6Rs ประกอบด้วย ตารางการทบทวนการรับประทานยาตามหลัก 6Rs จำนวนและชนิดของยาที่ได้รับ

กลับบ้าน ประวัติการแพ้ยา ผู้บริหารยา ผู้จัดยา สาเหตุของความคลาดเคลื่อน ผลข้างเคียงของยา อาการผิดปกติที่พบ การแก้ปัญหา วิธีการติดตามผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต (inter rater reliability) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA2020/1499 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยได้ แม้จะตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลแบบปกติ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว และเต็มใจ (inform consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค สิทธิการรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัญหาทางด้านสายตา และการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6 rights (6Rs) ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi – square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.4) มีอายุเฉลี่ย 81.3 ปี (SD = 12.1) มีช่วงอายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 84.3) มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด (ร้อยละ 38.6) รองลงมาคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 25.7) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 15.7) ตามลำดับ ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ (ร้อยละ 58.6) มีโรคร่วมอยู่ระหว่าง 3-5 โรค (ร้อยละ 68.4) เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ร้อยละ 84.3) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอนติดเตียง (M = 4.21 คะแนน, Mode = 0 คะแนน) สำหรับผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.1) มีอายุเฉลี่ย 50.36 ปี (SD = 13.55) มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 75.7) เมื่อติดตามการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่บริหารยาตามหลัก 6R ถูกต้อง (ร้อยละ 55.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้าน

ตัวแปร	การบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs								
	ให้ยาถูกชนิด (R1)			ให้ยาถูกเวลา (R2)			ให้ยาถูกขนาด (R3)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
เพศ									
ชาย	25 (36.8)	2 (100.0)	.145	23 (36.5)	4 (57.1)	.417	27 (43.5)	0 (0.0)	.020
หญิง	43 (63.2)	0 (0.0)		40 (63.5)	3 (42.9)		35 (56.5)	8 (100.0)	
อายุ									
< 60 ปี	2 (3.1)	0 (0.0)	.625	2 (3.4)	0 (0.0)	.746	2 (3.4)	0 (0.0)	.296
61 – 70 ปี	9 (13.8)	0 (0.0)		8 (13.6)	1 (9.1)		9 (15.2)	0 (0.0)	
> 70 ปี	54 (83.1)	5 (100.0)		49 (83.0)	10 (90.9)		48 (81.4)	11 (100.0)	
โรคร่วม									
1 – 3 โรค	21 (32.3)	3 (60.0)	.330	20 (33.9)	4 (36.4)	.10	20 (33.9)	4 (36.4)	.564
> 3 โรค	44 (67.7)	2 (40.0)		39 (66.1)	7 (63.6)		39 (66.1)	7 (63.6)	
ความสามารถในการดูแลตนเอง									
ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ	4 (6.2)	0 (0.0)	.258	4 (6.8)	0 (0.0)	.416	4 (6.8)	0 (0.0)	.317
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	17 (26.1)	3 (60.0)		18 (30.5)	2 (18.2)		15 (25.4)	5 (45.5)	
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	44 (67.7)	2 (40.0)		37 (62.7)	9 (81.8)		40 (67.8)	6 (54.5)	
จำนวนยา									
< 5 ชนิด	7 (10.8)	2 (40.0)	.120	6 (10.2)	3 (27.3)	.143	5 (8.5)	4 (36.4)	.029
≥ 5 ชนิดขึ้นไป	58 (89.2)	3 (60.0)		53 (89.8)	8 (72.7)		54 (91.5)	7 (63.6)	
ตัวแปร	ให้ยาถูกทาง (R4)			ให้ยาถูกเทคนิค (R5)			ให้ยาถูกคน (R6)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)		ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)		ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	
เพศ									
ชาย	27 (38.6)	0 (0.0)	1.00	22 (37.9)	5 (41.7)	1.00	26 (38.8)	1 (33.3)	1.00
หญิง	43 (61.4)	0 (0.0)		36 (62.1)	7 (58.3)		41 (61.2)	2 (66.7)	
อายุ									
< 60 ปี	2 (3.0)	0 (0.0)	.722	2 (3.7)	0 (0.0)	.755	2 (3.0)	0 (0.0)	.747
61 – 70 ปี	8 (12.1)	1 (25.0)		7 (12.7)	2 (13.3)		9 (13.4)	0 (0.0)	
> 70 ปี	56 (84.9)	3 (75.0)		46 (83.6)	13 (86.7)		56 (83.6)	3 (100)	
โรคร่วม									
1 – 3 โรค	21 (31.8)	3 (75.0)	1.00	16 (29.1)	8 (53.3)	1.24	21 (31.3)	3 (100.0)	.037
> 3 โรค	45 (68.2)	1 (25.0)		39 (70.9)	7 (46.7)		46 (68.7)	0 (0.0)	
ความสามารถในการดูแลตนเอง									
ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ	4 (6.1)	0 (0.0)	.587	4 (7.3)	0 (0.0)	.526	4 (6.0)	0 (0.0)	.321
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	18 (27.2)	2 (50.0)		16 (29.1)	4 (26.7)		18 (26.8)	2 (66.7)	
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	44 (66.7)	2 (50.0)		35 (63.6)	11 (73.3)		45 (67.2)	1 (33.3)	
จำนวนยา									
< 5 ชนิด	7 (10.6)	2 (50.0)	.078	7 (12.7)	2 (13.3)	1.00	7 (10.4)	2 (66.7)	.042
≥ 5 ชนิดขึ้นไป	59 (89.4)	2 (50.0)		48 (87.3)	13 (86.7)		60 (89.6)	1 (33.3)	

จากตารางที่ 1 เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .020$) จำนวนยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาดอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .029$) และมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .042$) และจำนวนโรครวม (มากกว่า 3 โรค) มีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .037$)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้าน

ตัวแปร	การบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs								
	ให้ยาถูกชนิด (R1)			ให้ยาถูกเวลา (R2)			ให้ยาถูกคน (R3)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
เพศ									
ชาย	8 (11.8)	0 (0.0)	1.00	8 (12.7)	0 (0.0)	1.00	6 (9.7)	2 (25.0)	.225
หญิง	60 (88.2)	2 (100.0)		55 (87.3)	7 (100.0)		56 (90.3)	6 (75.0)	
อายุ									
< 60 ปี	59 (76.9)	3 (60.0)	.333	48 (81.3)	5 (45.5)	.021	45 (76.3)	8 (72.7)	.421
61 – 70 ปี	10 (15.4)	2 (40.0)		7 (11.9)	5 (45.5)		9 (15.2)	3 (27.3)	
> 70 ปี	6 (7.7)	0 (0)		4 (6.8)	1 (9.0)		5 (8.5)	0 (0.0)	
ปัญหาทางสายตา									
มี	25 (38.5)	4 (80.0)	.152	23 (39.0)	6 (54.5)	.506	25 (42.4)	4 (36.4)	1.00
ไม่มี	40 (61.5)	1 (20.0)		36 (61.0)	5 (45.5)		34 (57.6)	7 (63.6)	
ตัวแปร	ให้ยาถูกทาง (R4)			ให้ยาถูกเทคนิค (R5)			ให้ยาถูกคน (R6)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
เพศ									
ชาย	8 (11.4)	0 (0.0)	1.00	5 (8.6)	3 (25.0)	.132	8 (11.9)	0 (0.0)	1.00
หญิง	62 (88.6)	0 (0.0)		53 (91.4)	9 (75.0)		59 (88.1)	3 (100.0)	
อายุ									
< 60 ปี	50 (75.7)	3 (75.0)	.796	40 (72.7)	13 (86.6)	.465	51 (76.1)	2 (66.7)	.692
61 – 70 ปี	11 (16.7)	1 (25.0)		11 (20.0)	1 (6.7)		11 (16.4)	1 (33.3)	
> 70 ปี	5 (7.6)	0 (0.0)		4 (7.3)	1 (6.7)		5 (7.5)	0 (0.0)	
ปัญหาทางสายตา									
มี	27 (40.9)	2 (50.0)	1.00	21 (38.2)	8 (53.3)	.387	27 (40.3)	2 (66.7)	.566
ไม่มี	39 (59.1)	2 (50.0)		34 (61.8)	7 (46.7)		40 (59.7)	1 (33.3)	

จากตารางที่ 2 เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs จำแนกตามปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยา

ลาดเคลื่อนที่บ้าน พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .021$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบ
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

เพศมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาด จากการ
ศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และนอนติดเตียง
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นหลัก
ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
โดยลักษณะธรรมชาติของเพศหญิงจะมีความเอาใจใส่ต่อ
ผู้อื่น มีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น และสามารถตอบสนอง
ได้อย่างเหมาะสม¹³ ทั้งนี้เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับ
ดีมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจในการดูแล
สุขภาพสูงกว่าเพศชาย¹⁴ การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าสัดส่วนของ
เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทำให้มีการจัดยาถูกขนาดมากกว่า
เพศชายสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเพศหญิง
เกิดความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าเพศชาย¹⁰ ทั้งในคนไทยมีความ
เอาใจใส่ในรายละเอียดการเจ็บป่วยของตนเองสูงทำให้มี
การบริหารจัดการยาได้ถูกขนาด นอกจากนี้จำนวนยามากกว่า
หรือเท่ากับ 5 ชนิดมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาด
ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าจำนวนยามากกว่าหรือ
เท่ากับ 5 ชนิดจะมีการบริหารยาคลาดเคลื่อน^{8,9} เนื่องจากการ
ศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ
และมีผู้ดูแลเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ
สูงกว่า และบางส่วนของผู้ดูแลได้ผ่านการอบรมจากศูนย์
ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความรู้และทักษะการบริหาร
จัดการยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้บริหารจัดการยาของผู้ป่วย
ได้ถูกต้อง มีการจัดสรรยาได้ถูกขนาดและถูกต้องตามเวลา
ตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵
ที่กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมในชุมชนท้องถิ่นต่อการดูแล
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับอาหาร น้ำ
อากาศ ยา ได้ออกกำลังกาย ได้พักผ่อน อย่างครบถ้วนและ
เพียงพอ

ส่วนโรคของผู้ป่วยที่มากกว่า 3 โรค มีความ
สัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาดเนื่องจากการบริหารยาของผู้ป่วย
ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นญาติสายตรงหรือ
ผู้ดูแลที่ถูกจ้างผ่านศูนย์ดูแลจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและ
บริหารจัดการยาตามเวลา อีกทั้งก่อนให้ยามีการตรวจสอบข้อ
ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นไปตามหลักการบริหารจัดการยา
ที่พยาบาลได้ให้ความรู้และทักษะการบริหารจัดการยาไว้ใน
ช่วงระยะการวางแผนก่อนจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงมีการ

ติดตามเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ติดตาม และให้คำปรึกษา
ในการดูแลตลอดจนมีการส่งต่อแหล่งประโยชน์สุขภาพ
ในชุมชน¹⁶ อีกทั้งพบว่า จำนวนยาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด
ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาด ซึ่งไม่สอดคล้องกับ
การศึกษาที่พบว่าการบริหารยาจะมีความคลาดเคลื่อนมากขึ้น
ในกลุ่มที่มีโรคร่วม และจำนวนยาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด
ขึ้นไป^{17,18,19} ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาบาลเยี่ยมบ้านได้มีการสอน
ให้ผู้ดูแลให้มีการบริหารจัดการยาที่มากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป
ผ่านกล่องจัดยาที่แบ่งตามช่วงวัน และเวลา ให้คำแนะนำ
ในการป้องกันยาเสื่อมสภาพ และหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล พยาบาลมีการติดตามผู้ป่วย ญาติและ/
หรือผู้ดูแล ผ่านโทรศัพท์ติดตามภายใน 24-48 ชั่วโมงโดย
มีการทบทวนการบริหารยาร่วมด้วยทำให้การบริหารจัดการยา
มีความถูกต้อง

สำหรับด้านผู้ดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า
ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีการให้ยาถูกเวลากับ
ผู้ป่วย เนื่องจากวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบและมี
สติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ มีความจำดี จึงสามารถให้ยาผู้ป่วย
ได้ถูกเวลา สอดคล้องกับการศึกษา²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล
ที่บ้านช่วยในการบริหารจัดการยามีความสัมพันธ์กับ
ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงและส่งผลให้เกิดการจัดยา
ได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งการ
วางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน พยาบาลควรเตรียมวางแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลร่วมกันกับผู้ป่วยและ
ผู้ดูแล ทำให้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วย
ที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อ
การบริหารยาคลาดเคลื่อน เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร
ทางแพทย์ ปัจจัยเกี่ยวกับยา ปัจจัยเกี่ยวกับระบบข้อมูล
สารสนเทศของโรงพยาบาล

2. ควรสร้างโปรแกรมการร่วมวางแผนจำหน่าย
ก่อนกลับบ้านร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อลดความ
คลาดเคลื่อนในผู้ป่วยที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ให้ทุนโครงการวิจัย
ในงานประจำ (R2R) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
ขอขอบพระคุณ ดร.วรรณัน ประสารอริคม ที่ช่วยเป็น
ที่ปรึกษาให้คำแนะนำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ

References

1. World Health Organization (WHO). (2016). Medication Error: Technical Series on Safer Primary Care. Department of Service Delivery and Safety. Geneva Switzerland. 7-8.
2. Sereewichayasawad N, Sriprasarn P. The roles of home health care nurse in the university hospital. Journal of public health nursing 2014;28(2):92-108.
3. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and healthcare standards 4th edition. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2018.
4. Ayani N, Oya N, Kitaoka R, Kuwahara A, Morimoto T, Sakuma M, et al. Epidemiology of adverse drug events and medication errors in four nursing homes in Japan: the Japan Adverse Drug Events (JADE) Study. BMJ Qual Saf. 2022;1-10.
5. Josendal AV, Bergmo TS, Granas AG. Potentially inappropriate prescribing to older patients receiving multidose drug dispensing. BMC Geriatr. 2020;20(1):272.
6. Ruangritchanku S. Polypharmacy in the elderly. Ramathibodi Medical Journal. 2018;40(1): 95-104.
7. Härkänen M, Vehviläinen-Julkunenb K, Murrells T, Rafferty AM, Franklind BD. Medication administration errors and mortality: Incidents reported in England and Wales between 2007-2016. Research in Social & Administrative Pharmacy. 2019;15(7): 858-863.
8. Rasool MF, Rehman AU, Imran I, Abbas S, Shah S, Abbas G, et al. Risk Factors Associated With Medication Errors Among Patients Suffering From Chronic Disorders. Front Public Health. 2020; 8:531038.
9. Busa G, Burlina A, Damuzzo V, Chiumente M, Palazzo AC. Comorbidity, polytherapy, and drug interactions in a neurological context: an example of a multidisciplinary approach to promote the rational use of drugs. J Pharm Pract. 2018;31:58-65.
10. Sheikh Uday D, Mateti UV, Kabekkodu S, Sanal T. Assessment of medication errors and adherence to WHO prescription writing guidelines in a tertiary care hospital. Future Journal of Pharmaceutical Sciences. 2017; 3(1): 60-64.
11. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press;1977.
12. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University;2011. (in Thai)
13. Bales, R.F., Parsons. Family: Socialization and Interaction Process. 1st ed. British: Routledge; 1956.
14. Saichamchan S, Undara W, Boonbunjob U, Thinsorn R. Health Literacy and Health Behavior 3E 2S of People in Baan Aur-arhorn Community Bangkok (Klong thanon). Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3):376-386. (in Thai)

15. Vudhironarit S, Pommala W. The Caring for Bedbound Old Adult: A Systematic Review. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):367-375.(in Thai)
16. Utthiya P. Role of Home Care Nurses for Older Adults with End Stage Cancer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(1):18-25. (in Thai)
17. Janković SM, Pejčić AV, Milosavljević MN, Opančina VD, Pešića NV, Nedeljković TT, et al. Risk factors for potential drug-drug interactions in intensive care unit patients. *J Crit Care*. 2018;43:1–6.
18. Kovačević M, Kovačević SV, Miljković B, Radovanović S, Stevanović P. The prevalence and preventability of potentially relevant drug-drug interactions in patients admitted for cardiovascular diseases: a cross-sectional study. *Int J Clin Pract*. 2017;71(10):e13005.
19. Avery T, Barber N, Ghaleb M, Franklin BD, Armstrong S, Crowe S, et al. Investigating the Prevalence and Causes of Prescribing Errors in General Practice: the Practice Study. *General Medication Council*. 2012;1-227.
20. Pattanajak C. Medication Adherence in elderly patients with chronic disease at Lad Pattana Health Promoting Hospital, Muang District, Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2019;16(3):13-22.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Effect of the Empowerment Program on COVID-19 Prevention Practices of Village Health Volunteers

ณิรุษ วงศ์เจริญ* รังสิยา นารินทร์ วิลาวรรณ เตือนราชฤทธิ์

Neeranuch Wongcharoen* Rangsiya Narin Wilawan Tuanrat

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เป็นแบบ 2 กลุ่ม วัดผลซ้ำก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) คู่มือความรู้สำหรับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าความเชื่อมั่นเป็นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.27$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.17$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพ นำไปใช้ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research, two group pretest–posttest design, aimed to study the effect of the empowerment program on COVID-19 prevention practices of village health volunteers. The participants were fifty persons of village health volunteers who assigned to an experimental group ($n = 25$) and a control group ($n = 25$). The research instruments consisted of 1) The empowerment program on COVID-19 prevention practices of village health volunteers for 4-week period 2) Guidebook of knowledge on the COVID-19

Corresponding Author: *E-mail: woranuch2419@hotmail.com

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ (received) 17 พ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ก.ค. 2565

prevention practices and 3) COVID-19 prevention practices of village health volunteers' questionnaire with Cronbach's alpha coefficient was 0.89. Data were analyzed descriptive statistics and pair t-test and independent t-test.

The results revealed that the experimental group had the mean scores on COVID-19 prevention practices of village health volunteers at a highest level ($\bar{X}$ = 4.59, SD = 0.27) higher than before receiving the empowerment program at a high level ($\bar{X}$ = 3.53, SD = 0.17) and higher than the control group at a high level ($\bar{X}$ = 3.55, SD = 0.29) with statistical significance ($p < 0.001$). Research findings can be used as a guideline to promote community nurses and health care teams to reinforce the empowerment of village health volunteers to provide effective and efficiency in COVID-19 prevention practices. They can also be used to prevent the infection of oneself and the community.

Keywords: Empowerment Program, COVID-19 Prevention, Village Health Volunteers

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมีความรุนแรงขึ้น และมีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว จากการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร พฤติกรรมมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะโลกร้อนเป็นปัจจัยส่งผลให้เกิดโรคอุบัติใหม่มากขึ้น (emerging infectious diseases) โดยเฉพาะโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ดังเช่นการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ซึ่งโรคนี้เกิดจากไวรัสโคโรนาที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นสายพันธุ์ใหม่ และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงมีประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชน ดังนี้ (1) การค้นหากลุ่มเสี่ยง ประเมินและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (2) การติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ณ ที่พักอาศัย (home quarantine) (3) การสร้างวิถีชีวิตใหม่ การให้ความรู้แก่คนในชุมชนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ (4) การรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ด้วยปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรุนแรงมากขึ้น มีการกลายพันธุ์และสามารถติดต่อได้ง่าย จึงทำให้ อสม. เกิด

ความกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อจากปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ขาดพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน อันเนื่องมาจากยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันการติดเชื้อที่ดี ทั้งนี้ คานเตอร์¹ กล่าวว่า การส่งเสริมโดยการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะความสามารถ การยอมรับการยกย่องในการปฏิบัติงาน รวมถึงมีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเวลา จะมีส่วนช่วยเพิ่มความสำเร็จในการปฏิบัติงาน² สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจช่วยให้ อสม. มีความมั่นใจตนเองและสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่มีความซับซ้อนได้เพิ่มมากขึ้น^{2,3}

การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่น มีอิสระในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหา สามารถตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง⁴ ทั้งนี้การสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันเป็นแนวคิดแบบพลวัตใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนเป้าหมาย ระบุปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และหาแนวทางในการแก้ปัญหา ร่วมกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล อันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ (4) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (holding on) ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ อสม. สามารถใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ สามารถเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วย

ตนเอง ส่งผลทำให้บุคคลเกิดการตระหนักในความสามารถ
ของตนเอง (self-efficacy) เกิดความมั่นใจในตนเอง
(self-confident) และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
(self-esteem)⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม รวมถึงการสัมภาษณ์
และการประชุมกลุ่ม อสม. พบประเด็นที่จำเป็นต้องมีการสร้าง
เสริมพลังอำนาจแก่ อสม. ในการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานใน 4 เรื่อง ได้แก่ (1) การ
ประเมิน การคัดกรอง การติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง
ที่พักอาศัย (Home quarantine) (2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันการ
ติดเชื้อส่วนบุคคล (3) การทำความสะอาดอุปกรณ์ และ
การกำจัดขยะ และ (4) การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อน
และหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
เพื่อให้ อสม. มีความพร้อมทั้งพลังกายและพลังใจในการ
ปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการ
เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ให้มีความเชื่อมั่น มีพลังอำนาจ
ในการปฏิบัติงาน ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
อสม. โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁵
ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง การ
สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่
เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ
ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สามารถสอดแทรกการให้ความรู้ การพัฒนา
ทักษะ และยังมีความเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงาน
ในชุมชนของ อสม. อันจะส่งเสริมให้ อสม. มีความรู้ มีพลัง
อำนาจ มีความมั่นใจ มีสมรรถนะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น สามารถควบคุมการ
แพร่กระจายเชื้อและป้องกันการติดเชื้อของตนเอง และคนใน
ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ของ อสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริม
สร้างพลังอำนาจแตกต่างกัน
2. การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ของ อสม. ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. โดย
ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁵ ประกอบด้วย
4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (2) การสะท้อน
คิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ
ที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ (4) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ
ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจจะช่วยทำให้ อสม. มีความมั่นใจ
ตนเองและสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่มีความซับซ้อนได้เพิ่มมากขึ้น
มีความรู้ มีพลังอำนาจ สามารถใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่
ในการเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานได้ด้วย
ตนเอง โดยวัดผลของโปรแกรมจากการปฏิบัติการป้องกัน
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ใน 4 เรื่อง ได้แก่
(1) การประเมิน การคัดกรอง การติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง
ที่พักอาศัย (2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ
ส่วนบุคคล (3) การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกำจัดขยะ
และ (4) การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนและหลังการได้
รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.
เพื่อให้ อสม. มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ที่ดีขึ้น สามารถป้องกันการติดเชื้อของตนเอง
และคนในชุมชนได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง
(Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำ
(Two group pretest-posttest design) ก่อนและหลังการ
ทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง
(experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group)
เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอจุน จังหวัดพะเยา และได้รับการอบรมด้านสาธารณสุขตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน⁷ กำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับการทดสอบสมมติฐานชนิดสองทาง (two tail test) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ 0.05 โดยประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) โดยการอ้างอิงจากการศึกษาของหัตติกา ฉัตรชัยพันธ์และคณะ⁸ สามารถคำนวณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรได้เท่ากับ 0.82 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20⁹ เพื่อการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out rate) โดยคำนวณจากสูตรของกัปต้าและคณะ¹⁰ ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (control group) เป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ จำนวนกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยใช้กระบวนการตามแนวคิดของกัปตัน⁵ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

1.2) เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อสม. ประกอบด้วย สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ (1) power point ประกอบการให้ความรู้ (2) คู่มือความรู้สำหรับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. และ (3) ชุดอุปกรณ์การสาธิต ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล และอุปกรณ์การทำความสะอาด

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. ประวัติการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ประสบการณ์ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวทางการปฏิบัติงานของ อสม. เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 เรื่อง ได้แก่ (1) การประเมิน การคัดกรอง การติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ณ ที่พักอาศัย (2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล (3) การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกำจัดขยะ และ (4) การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนและหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. มีจำนวนข้อคำถาม 38 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยการให้คะแนนตามความจริงที่ได้ปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติเลย จนถึงคะแนน 5 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1.00-5.00 มีการแปลผล ดังนี้ ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงปฏิบัติน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง ปฏิบัติน้อย 2.51-3.50 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง ปฏิบัติมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด 11 แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งหมด (S-CVI) เท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2565 Study code: 2564 EXP112 มีการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม แบบสอบถามถูกจัดเก็บอยู่ในที่ปลอดภัย ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะทำลายแบบสอบถามเมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนโดยใช้สถิติโคลโมโกซอฟ สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ pair t-test ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และใช้สถิติ independent t-test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.00) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 52.00) มีอายุเฉลี่ย 49.96 ปี (SD = 6.31) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.00) และมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 40) มีระยะ

เวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 68.00) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 64.00) และทุกคนมีประสบการณ์ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 100.00) ส่วนในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.00) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 56.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 50.32 ปี (SD = 6.69) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.00) และมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 40.00) มีระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 52.00) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 64.00) และทุกคนมีประสบการณ์ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 100.00) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การปฏิบัติการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ก่อนได้รับโปรแกรม (n = 25)			หลังได้รับโปรแกรม (n = 25)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การประเมิน การคัดกรอง การติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ณ ที่พักอาศัย	3.59	0.35	มาก	4.51	0.39	มากที่สุด
2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล	3.51	0.34	มาก	4.66	0.34	มากที่สุด
3. การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกำจัดขยะ	3.49	0.37	มาก	4.60	0.46	มากที่สุด
4. การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อน และหลังการได้รับวัคซีน	3.46	0.33	ปานกลาง	4.47	0.54	มาก
รวม	3.53	0.17	มาก	4.59	0.27	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม

ก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก และหลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.53, 4.59$; SD = 0.17, 0.27)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (n = 25)	3.53	0.17	-24.97	24	0.000***
หลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 25)	4.59	0.27			

หมายเหตุ ***p<0.001

จากตารางที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการสอนตามปกติ

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมฯ

การปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)			กลุ่มทดลอง (n = 25)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การประเมิน การคัดกรอง การติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ณ ที่พักอาศัย	3.59	0.44	มาก	4.51	0.39	มากที่สุด
2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล	3.55	0.34	มาก	4.66	0.34	มากที่สุด
3. การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกำจัดขยะ	3.56	0.31	มาก	4.60	0.46	มากที่สุด
4. การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อน และหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.49	0.31	ปานกลาง	4.47	0.54	มาก
รวม	3.55	0.29	มาก	4.59	0.27	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม

ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.59, SD = 0.27) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.55, SD = 0.29)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. กลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการสอนตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)	3.55	0.29	13.17	48	0.000***
กลุ่มทดลอง (n = 25)	4.59	0.27			

หมายเหตุ ***p<0.001

จากตารางที่ 4 หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานงานวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับ การสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบริหารกลั่นเนื้อ สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)¹² และการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงของ อสม. สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)³ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊อบสัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ทำให้ อสม. มีการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิภาพประสิทธิผลดีขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายในแต่ละขั้นตอนได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการยอมรับเหตุการณ์ ทำความเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้อง รับรู้ตระหนักถึงปัญหา เมื่อไม่มั่นใจจะพยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง รับรู้ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตน และแสดงพฤติกรรมที่ดีที่สุด⁵ ทั้งนี้ขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริงตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ซึ่งการจัดกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ทำให้เข้าใจสถานการณ์ปัญหาในชุมชนที่แท้จริง กอปรกับสถานการณ์ในขณะนั้นเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน ทำให้ อสม. ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงทำให้เข้าใจและเห็นภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเกิดมุมมองที่หลากหลายในเรื่อง (1) การประเมิน การคัดกรอง การติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ที่พักอาศัย (2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล (3) การทำความสะอาดอุปกรณ์และการกำจัดขยะ และ (4) การ

ให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนและหลังการได้รับวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองที่จะต้องปฏิบัติในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่ง อสม. เห็นว่าตนเองยังขาดความรู้และทักษะปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ดี ทั้งนี้ด้วยบทบาทหน้าที่ของตนเองในปัจจุบัน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สูงขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และป้องกันการติดเชื้อทั้งของตนเอง และคนในชุมชนได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นทบทวน ผึกทักษะทำความเข้าใจกับสถานการณ์อย่างรอบคอบ หลายแง่มุม ให้เข้าใจชัดเจน เกิดมุมมองใหม่ ทำให้ได้พัฒนาตนเอง มีความคิดว่าตนเองสามารถทำได้ ช่วยให้มีศักยภาพสูงขึ้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง⁵ โดยในขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยมีกระบวนการดำเนินงานโดยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิด วิเคราะห์ประสบการณ์ ปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาของด้วยตนเอง ในการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจากการทบทวนปัญหาการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาด้านป้องกันการติดเชื้อเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้เนื่องด้วยหากมีการป้องกันการติดเชื้อและแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ตนเองมีโอกาสติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนได้ ส่วนด้านที่ อสม. เห็นว่าตนเองมีศักยภาพน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้ด้านวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า ด้านการให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนและหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่ง อสม. ได้กล่าวว่า ในเรื่องของวัคซีนนั้นเป็นเรื่องใหม่ มีหลากหลาย เป็นเรื่องที่ยากในการเรียนรู้และเข้าใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความรู้ไม่พอ ทำให้ไม่มั่นใจเวลาที่ต้องไปให้ข้อมูลแก่คนในชุมชนเกรงว่าหากถูกถามกลับตนเองจะตอบไม่ได้ จึงเสริมพลังด้วยการให้ความรู้ พัฒนาทักษะปฏิบัติ และแนวทางการศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น และเพื่อป้องกันการติดเชื้ออันจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความรู้ มีการรับรู้พลังอำนาจ และรับรู้ถึงความสามารถของตนสูงขึ้น^{13,14}

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และดีที่สุด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแนวทางแก้ไขปัญหา และเหตุผลของแต่ละบุคคล⁵ โดยในขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจัดให้มี 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์เพิ่มโดยการจัดอบรม พัฒนาความรู้ (2) กิจกรรมร่วมเติมประสบการณ์ใหม่ โดยการจัดอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติ และ (3) กิจกรรมเพิ่มประสบการณ์เสริมพลัง โดยการปฏิบัติงานจริงในชุมชน ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างความรู้ และทักษะปฏิบัติทำให้ อสม. มีการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานของ อสม. มีข้อค้นพบว่า ควรมีการพัฒนา ศักยภาพของ อสม. โดยการสร้างเสริมความรู้ พัฒนาทักษะเรียนรู้เครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง¹⁵ ดังนั้นการได้เรียนรู้ทั้งทางทฤษฎีร่วมกับ การได้ปฏิบัติงานจริงในชุมชนจึงทำให้ อสม. ได้มีการพัฒนาตนเอง และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ทำให้รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจมีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมนั้น ๆ⁵ ทั้งนี้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีการจัดอบรมให้ความรู้พัฒนาทักษะการปฏิบัติโดยใช้วิธีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ และมีการปฏิบัติงานจริงในชุมชน รวมถึงมีการให้คู่มือความรู้สำหรับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้ประกอบการปฏิบัติงานจริง พร้อมทั้งมีกลุ่มไลน์ “อสม. พร้อมป้องกันโควิด” เป็นช่องทางในการสื่อสารความรู้ให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย การสนับสนุนดังกล่าวจึงเป็นการส่งเสริมให้ อสม. รู้สึกมีพลังอำนาจ ทำให้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการเรียนรู้ปัญหา และหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ส่งผลทำให้เกิดการตระหนักในความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ทำให้ อสม. มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁶ ดังนั้น กิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ ทำให้ อสม. คงไว้ซึ่ง

ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีพลังอำนาจในการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ อสม. เกิดความมั่นใจ รับรู้ความสามารถในตนเอง และสามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเชื้อในชุมชนได้อย่างถูกต้อง³

จากผลการวิจัยในครั้งนี้จึงจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁵ ทำให้ อสม. มีความรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ในทีมสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ อสม. มีความรู้ มีพลังอำนาจ มีความมั่นใจ มีสมรรถนะ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อของตนเอง และคนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันไปใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือป้องกันโรคอุบัติการณ์ใหม่อื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประเมินผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานของ อสม. เช่น การเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน และนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปศึกษาในกลุ่มบุคคลอื่น เช่น แก่นนำโรงเรียน แก่นนำในชุมชน และประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น

References

1. Kanter, R.M. *Frontiers of management*. New York: Harvard Business Review. 1997.
2. Inkaew T, Rithpho P, Buakhai P. Effects of an empowerment program on the knowledge, empowerment perception and first aid and basic screening of disease abilities among prison health volunteers. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2019; 33(1): 107-119. (in Thai)
3. Chaiyavuth T, Aungwattana S, Tamdee D. Effect of empowerment program on positioning practice for bedridden elders among village health volunteers. *Nursing Journal*. 2020; 47(4): 114-127. (in Thai)
4. Poomsanguan K. Health empowerment: nurses' important role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 86-90. (in Thai)
5. Gibson, G.H. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Unpublished doctoral dissertation: Boston College, Boston. 1993.
6. Gibson, G.H. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(3): 354-361.
7. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull*. 1992; 112(1): 155-159.
8. Chatchaiphan T, Junprasert S, Rattanagreethakul S. Effects of village health volunteers empowerment on perceived self-efficacy and caring behavior for persons with diabetes in community. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2016; 24(3), 83-93. (in Thai)
9. Burns N, Groove SK. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis: Saunders Elsevier. 2009.
10. Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi Journal of Anesthesia*. 2016; 10: 328-331.
11. Srisatidnarakul B. *Development and validation of research instruments: psychometru properties*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012. (in Thai)
12. Srijai P, Narin R, Aungwattana S. Effect of the empowerment program on muscle exercise practicing for physical disability person among the village health volunteers. *Nursing Journal*. 2020; 47(4): 128-141. (in Thai)
13. Laobutsa K. Effects of an empowerment promotion program on mothers' perceptions of their empowerment, self-efficacy, behavior, and the health statud of their very low birth weight newborns. (Master of science). *Health service management*. Ubonratchathani University. 2017. (in Thai)
14. Klinhom W, Nimit-Arun N, Hoontrakul S. The effects of empowering youth health volunteers for blood donation program. *Christian University Journal*. 2016; 22(2): 260-272. (in Thai)
15. Jungsomjatpaisat P, Tuaymeerit S. Development of an operating models of village health volunteers in the control and prevention of coronavirus 2019, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Health Science*. 2021; 30(3): 490-499. (in Thai)
16. Pothong C, Suteeprasert T. Effectiveness of the knowledge package on changing health behavior (food, exercise, emotion, smoking and alcohol cessation) using LINE application group chats of village health volunteers at Bangplama district, Suphanburi province. *Journal of Public Health and Innovation*. 2021; 1(3): 1-18. (in Thai)

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด

Self-perceptions of Violent Behaviors

in Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล นริสา วงศ์พนารักษ์*

Panurat Srimungkhul Narisa Wongpanarak*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จ. มหาสารคาม ประเทศไทย 44150

Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham, Thailand 44150

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้มี 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง 2) การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย 3) สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา 4) การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ หวั่นใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย 5) ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของพฤติกรรมรุนแรงจากสาเหตุภายในตนเองและจากภายนอก รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง บุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติดกลุ่มนี้

คำสำคัญ: พฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด

Corresponding Author: *Email: narisa.w@msu.ac.th

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่รับ (received) 15 มี.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ 11 ก.ค. 2565

Abstract

The purpose of this qualitative research was to describe the violent behaviors in males who had schizophrenia and amphetamine addiction. 15 key informants participated in this study. The qualitative data were accessed by in-depth interviews. Data were analyzed by content analysis method.

Five-main themes emerged from the data's meaning: 1) The meaning of the violent behaviors based on the views of the patients found as the action with warning signs, cannot be stopped of aggressive mood and action to stop and defense violence. 2) Their violent behaviors included verbal and physical aggression. 3) Internal causes of the violent behaviors included impatience and a perceived inability to control behavior; external causes included arousing words from others, a lack of supportive family relationships, and the use of amphetamine or alcohol. 4) Perceived effects of violent behaviors were their feelings of guilt and regret over physical injuries, insecurity and fear of the other's reactions, and that life seemed ruined. 5) The informants wanted family members to be aware of the warning signs of violent behavior, wanting others to listen and stop talking, and wishing to have appropriate caring responses.

The findings can be used to raise awareness of harmful internal and external causes of violent behaviors and their perceived effects. Health care providers should develop a community-based violence prevention program for males with schizophrenia and amphetamine addiction.

Keywords: Violent Behaviors, Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction.

บทนำ

จากรายงานผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence :SMI-V) โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 13,194 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 ราย (ร้อยละ 62.49) เพศหญิง จำนวน 4,949 ราย (ร้อยละ 37.51) พบมากที่สุด อายุอยู่ในช่วง 26-45 ปี เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด จำนวน 5,516 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.22 และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) จำนวน 2,213 ราย (ร้อยละ 17.34) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า มีผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่นรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 3,880 ราย (ร้อยละ 29.80) สูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง¹ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ได้เริ่มมีการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ทั่วประเทศเป็นครั้งแรก เนื่องจากมีแนวโน้มภาวะโรคร่วม (dual diagnosis) โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาติด

สารเสพติดหรือมีความผิดปกติทางจิตมาก่อน ร้อยละ 50 ของโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยพบมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า และที่สำคัญคือ 1 ใน 2 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติด² โดยส่วนมากพบพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีน³⁻⁴ เพศชายที่มีประวัติเคยใช้ความรุนแรงและมีประวัติใช้แอมเฟตามีนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากที่สุด⁵ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาแอมเฟตามีนมีแนวโน้มก่อพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในชุมชน อันส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกระดับเป็นวงกว้าง

พฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่ หรือกระทำการอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล หรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิด หรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ⁶ ผู้ป่วยจิตเภทกระทำพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของมากถึงร้อยละ 84.80 โดยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชนมากถึงร้อยละ 42.90⁷ ผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรง มีต่อผู้ป่วยและผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ทำให้เกิดการบาดเจ็บ รู้สึกผิด เสียใจ ทุกข์ใจ วิตกกังวล เครียด เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ทำให้

เกิดความหวาดกลัว เป็นที่รังเกียจ เกรงได้รับอันตราย ไม่มีใครกล้าเข้าใกล้ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้^๘ เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรง ที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลังที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่น และทรัพย์สิน^๙ ผลกระทบเหล่านี้ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง และเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วย¹⁰ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มทำให้เกิดความเสียหายอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองญาติ และบุคลากรผู้ให้บริการ¹¹ ดังนั้น

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักความสำคัญของปัญหานี้และมีการวางแผนป้องกันพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทางการแพทย์ พบว่า การวิจัยพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่อาจยังไม่สามารถเข้าใจความรู้สึก ทรรศนะ ความเชื่อและประสบการณ์ตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งข้อค้นพบนี้น่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ที่จะสามารถนำไปวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผลการวิจัยจะนำมาสู่ความเข้าใจมุมมองและการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

คำถามการวิจัย

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระยะการติดตาม 2) ปัจจุบันหยุดเสพแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป 3) มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง ทำให้เกิดความกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน 4) เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) อยู่ในช่วงติดตามต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง 5) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการคงที่ (Stabilization) ตั้งแต่หลังจำหน่ายถึง 6 เดือน หรือระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery) 6 เดือน ถึง 1 ปี 6) ไม่มีอาการทางจิต และไม่มีปัญหาสมองเสื่อม 7) สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี พูดคุยเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษได้ และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดี 8) สมารถใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ และเกณฑ์คัดออก คือ มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะการใช้ชีวิต คู่สมรส ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน ความรู้สึกต่อตนเอง ลักษณะนิสัย พฤติกรรมรุนแรงก่อนป่วย ลักษณะอาการเตือนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมรุนแรง ประสบการณ์ความรุนแรง และอิทธิพลส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพิจารณามาสร้างแนวคำถามภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 ราย นำมาปรับภาษาให้เหมาะสมแล้วจึงนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ 1) ท่านรับรู้หรือเข้าใจความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่าอย่างไร 2) ขอให้ท่านบอกเล่าประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น 3) ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมรุนแรงบ้าง 4) พฤติกรรมรุนแรงนั้นมีผลกระทบกับตัวท่านเองอย่างไร 5) ท่านมีความต้องการการดูแลอย่างไร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 224-215/2564 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากคลินิกในเครือข่ายแห่งหนึ่งมีการระบุผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสาร คำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจแล้วจึงลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) รวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) เมื่อสัมภาษณ์จนไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ เกิดขึ้น เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 60-90 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงสัมภาษณ์คำต่อคำ (Verbatim) มีการแปลผลข้อมูลรายวัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดย 1) การจำแนกประเภทข้อมูล (Identifying) 2) การลงรหัส (Coding) 3) การจัดหมวดหมู่ (Categorizing) และ 4) การวิเคราะห์และเสนอข้อสรุป (Conclusion)¹² ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้ 1) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้วยการเปรียบเทียบ ข้อมูลเดียวกันที่เก็บมาจากเวลา สถานที่ หรือ บุคคลที่แตกต่างกันด้วยวิธีการหลายวิธี 2) การตรวจสอบข้อมูลแบบถามซ้ำ คือการพิจารณาข้อมูลที่เก็บมาได้ หากข้อมูลใดเป็นที่สนใจ ผู้วิจัยก็จะตรวจสอบความตรงภายในด้วยการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งหนึ่ง 3) ตรวจสอบการจดบันทึกให้เป็นระบบ ละเอียด ครอบคลุม แยกแยะข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และความคิดเห็นของผู้วิจัยออกจากกัน อย่างเป็นระบบ ลงบันทึกวันที่ จัดทำดัชนีให้ชัดเจน และเป็น

ระบบ จัดทำ รหัสของคำ กลุ่มคำ/เกณฑ์และกระบวนการ และ 4) ตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูล¹³

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 26-47 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 53.33) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อาชีพเกษตรกรจำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.66) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-10,000 บาท จำนวน 12 คน (ร้อยละ 86.66) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.33) สถานภาพสมรสและหย่าร้าง เท่ากัน 6 คน (ร้อยละ 40) ลักษณะการใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันทุกวันและไม่ได้อยู่ด้วยกันเนื่องจากหย่าร้างเท่ากัน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40) มีลักษณะนิสัยใจร้อน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.7) มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 66.7) มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับครอบครัว จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.3) และมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับบุคคลอื่นจำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.3)

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนมีประสบการณ์ความรุนแรงทางคำพูด (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำร้ายคนอื่น จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) มีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำลายสิ่งของจำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) และมีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำร้ายตนเอง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.66) พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากตนเองเพียงอย่างเดียว จำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.66) ทุกคนมีอาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ 100)

ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้ มี 5 ประเด็นหลัก คือ

- 1) การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง
- 2) การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง 3) สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง 4) การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง และ 5) ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวและคนอื่นมีการตอบสนองที่เหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามการรับรู้ของตนเอง โดยให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง ดังคำพูดต่อไปนี้

“คือการใช้วิธีโยนของเพื่อแสดงให้คนรอบข้างรู้ว่า กำลังหงุดหงิดโมโหก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ตอนนั้น

ทะเลาะกับแฟน เขาว่าไปกันไม่ได้ พอโมโหผมก็เดินหนี หลังจาก
ด่ากัน แล้วก็เดินไปวนหาไฟแช็คมาจุด แต่ไม่ทันมีใครสังเกต ผม
ก็เลยเผาเต็นท์เลย เกือบไหม้บ้านลามทั่วมหั้ว” (รายที่ 5)

“คือความขาดสติ ไม่มีสติไม่มีความคิด คิดควบคุม
ตนเองไม่ได้ เหมือนกับที่เราคิดอยู่ว่ามันเป็นเรื่องไม่ดี แต่เราไม่
สามารถห้ามใจตนเองได้” (รายที่ 9)

“คือเป็นบ้า ตอนนั้น มันไม่มีอะไรมีแต่เสียกับเสีย
ควบคุมตนเองไม่ได้ เรียกว่าความคิดความอ่านไม่มีสติ เทียบกับ
ตอนนี้นั้นคนละอย่างกันเหมือนระเบิดเลยเวลาใครพูดอะไรออก
มา ส่วนมากก็ระบายออก เขวี้ยงของ” (รายที่ 8)

“คือการตัดปัญหาด้วยการใช้กำลัง คุณต้องเข้าใจว่า
ผมต่อรองแล้ว ไม่ได้ทำโดยพลการ ผมจึงต้องลงมือ ใช้ความ
รุนแรงตัดสินปัญหา เกินความอดทนของคน ถ้าไม่ทำเพื่อนผม
ก็จะโดน ในเมื่อขอร้องเขาแล้วไม่ฟังผมต้องเริ่มก่อนเพราะใน
กลุ่มผมเป็นคนรักเพื่อนและเป็นเจ้าของบ้าน ถ้าไม่ทำคนอื่นก็
เดือดร้อน คนที่มาเป็นคนจากหมู่บ้านอื่นเข้ามาแสดงพฤติกรรม
ที่ไม่เหมาะสมในหมู่บ้านของผม บางครั้งมันเป็นสิ่งที่จำเป็นต้อง
ทำเพื่อหยุดยั้ง ทำเพื่อปกป้องคนในหมู่บ้าน” (รายที่ 2)

2. การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงการรับรู้
การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง 2 ลักษณะ คือ ก้าวร้าวด้วย
คำพูดและการทำร้ายร่างกาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าผมโมโหผมจะแสดงออกไปทางด้านก้าวร้าว
พูดเสียงดัง ด่าคน กัดฟันเสียงดัง คำพูดคำจาก็จะพูดโต้ตอบกับ
คนที่กำลังโมโหด้วย ขึ้นกุขึ้นมึง อากาณนี่คือผมโมโหแล้ว ผมจะ
บอกเลยว่ากูโกรธ โมโหอยู่ บอกประมาณสามครั้ง ผมเป็นคน
แบบนี้” (รายที่ 6)

“มือนั้นเป็นมือที่ผมเพิ่งออกมาจากโรงพยาบาล ผมเปลือ
ร่องตะโกนด่าพี่สาว พี่สาวจึงตะโกนตอบกลับบอกว่า อย่ามายุ่ง
กับกูมาก เงินกูหมดแล้ว โมโหคำพูดที่ประชดประชันนั้น ผมไม่
อยากฟัง เหมือนพ่อผมเวลาที่ผมไปซื้ออะไรมา เช่น กลองชุด ผม
เอามาตีเล่น พ่อผมก็บอกว่าแกลไปซื้ออะไรมาอีกไอ้คนไม่สม
ประกอบ ผมมันก็เกิดโมโห ปกติผมก็น้อยใจพออยู่แล้วเลยเกิด
อาการโมโห ไม่ชอบคนที่พูดแบบนี้ มันเหมือนตู่ถูกผม ครอบครั
วก็มากระแนะกระแหน ผมก็เลยเกิดโมโหขึ้นมา” (รายที่ 11)

“ใช้ไม้กวาดฟาดลูกสาว จนลูกยกมือไหว้ บอกว่ากลัว
แล้ว จนไปเรียนไม่ได้ ผมว่าในตำราครึบ รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี
รักสามีให้อยู่กับบ้าน ผมก็เลยตี เพราะพูดเกินเหตุเกินไป อยาก
ให้เขาได้ดี ผมก็ว่ามันสมควร เพราะชาวบ้านก็บอกว่าลูกที่เสีย

พ่อแม่ สมควรตี ผมตีลูกสาวครั้งเดียว ลูกชายสามครั้ง”
(รายที่ 7)

“แทงกันตอนนั้นหว่างเดือนสิบสอง ผมมีเรื่องชกต่อย
กับเพื่อนบ้าน ตอนที่ขับรถอีแต่น ชกต่อยกันจนถึงขั้นแทงกัน
ผมถือมีดในรถอีแต่น มันกะมาแย่งมีดเอามาแทงท้องผม ต่อสู้กันอยู่
คราวหนึ่ง พอผมรู้ว่าผมถูกแทง ช่วงนั้นมันทุ้มกว่าๆ ผมรีบเรียก
คนพาไปโรงพยาบาล คนมารุมดูเยอะมาก ถึงโรงพยาบาลถูกส่งเข้าไป
ผ่าตัดเปิดช่องท้องเบ่งภายใน เย็บห้าเข็มแต่หมอเย็บห่าง ๆ ไว้”
(รายที่ 12)

“ดึงแขนพ่อสุดแรง เอาไม้ ฟาดพ่อ ตอนนั้นผมก็ว่า
ไม่มีอะไรไม่ทัน พ่อผมร้องผมเลยหยุดแล้วก็วิ่งไปหาเพื่อน
เดินยังไม่ทันพ้นประตูพ่อดึงแขนไว้เลยได้ต่อยกันอีก แล้วที่นี้คน
ก็มาเยอะมาก คนอื่นมาจับผมไว้เขาพากันตบหน้าผม บอกว่า
อย่าเฮ็ด อย่าเฮ็ด (อย่าทำ)” (รายที่ 13)

3. สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่อธิบายถึงสาเหตุของ
พฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อน
และควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจาก
ภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี
และการเสพแอมเฟตามีนหรือดื่มสุรา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ใจร้อนผมก็จะยอมรับเลยว่าหนึ่งตัวผมเอง ผมก็คิด
ว่าผมมีปัญหาเรื่องการควบคุมอารมณ์ผมรู้ตัวอยู่ นะเป็นคน
ใจร้อน ถ้าได้โมโหขึ้นมาได้พูดไม่ถูกใจนิดหน่อยนะ ผมทุบเลย
ทุบอย่างเดียว ดุนะทุบศาลตายเลย” (รายที่ 11)

“เป็นคนใจร้อน ผมโกรธพูดให้ผมเวลาเดินผ่านหน้า
บ้าน บอกไม่ให้ผมผ่าน ไม่อยากให้ผมผ่าน ผมก็จำมาตลอดว่า
มันไม่ใช่พี่น้อง คือมันมาเหมือนมันมาทำหน้าทำตาใส่ผม ผมก็
เลยไปฟันหัวมัน วันนั้นไปนากลับมามันบอกว่าอย่ามาผ่านหน้า
บ้านกู ผมมาบ้านผมก็มาหาผิดไป เห็นมันนอนค่อยเข้าไปฟัน”
(รายที่ 14)

“หงุดหงิด บ่อยๆ เชา มีแต่อยากไป อยากเดินไป ใคร
พูดอะไรไม่เข้าหูก็โมโห โมโห โมโหมาก โมโหจนลั่นห้ามตัวเอง
ไม่อยู่ คือตอนนั้นมันมาขวางทางผม ผมก็โมโหอารมณ์เสีย
เลยคิดอะไรไม่ออก” (รายที่ 12)

“ความรุนแรงที่ว่า เมื่อก่อนกระตุ้นใช้เสียงหนวกหู
ยิ่งโมโหมากขึ้น อยู่เฉยๆ ไม่ต้องมาพูดอะไรกับผม ผมกำลังโมโห
ยิ่งมาพูดมาด่ายิ่งโมโหเพิ่มขึ้น ตอนนั้นเมื่อก่อนมาแนะนำผม เหมือน
สอนผม” (รายที่ 3)

“มีแต่พูดซ้ำเติม พูดแทงใจ บอกว่ามันขี้ขาง ยังไงก็

กลับไปกินเหมือนเดิม ยังไงก็เลิกไม่ได้ หมาเคยกินช็อกโกแลตกินช็อกโกแลต
แต่ความคิดผม ผมต้องทำกลับกันให้ได้ เพราะว่าผมก็เป็นคนคนหนึ่ง ต้องเปลี่ยนตัวเองให้ได้ ผมว่ามันยังไม่สาย” (รายที่ 4)

“โอ้ยก็อย่ามาเรียกไอ้ผีบ้า ผมไม่ชอบคนมาเรียกแบบนี้ ถ้าจะพูดแบบนี้อย่ามาสนใจผมดีกว่า พูดแบบนี้ผมก็ทำกลับเหมือนกัน ถ้ามาพูดว่าเป็นบ้าผมกำลังโมโห ผมทำจริง ๆ ห้ามเลยคำนี้ผมโมโห ผมไม่ชอบ” (รายที่ 7)

“มาซ้ำเติมดูถูกอยู่นั่นแหละ ว่าเราเป็นบ้า กินยาจิตเวช ส่วนมากนะไปบำบัดไปรักษาเหมือนมีคนมาดูถูก ถ้ามเกี่ยวกับไปรักษาเกี่ยวกับประมาทนั้นเรื่องยาผมเห็นจากเพื่อนผมส่วนมากผมก็ไม่ชอบเกี่ยวกับไปรักษาไปอะไรไปบำบัด หงุดหงิด มันเหมือนกับในใจมันคิดว่าตนเองเป็นนั่นแหละเหมือนมีคนมาดูถูกว่าตนเองเป็นบ้าเป็นอะไร” (รายที่ 8)

“กลับมาบ้านแฟนบ่นก็เลยคุยกัน คำแรกที่เขาวางก็จำแบบเต็มๆไม่ได้หรอก แต่ทะเลาะกัน โกรธกัน ตอนนั้นมาถึงบ้านถือว่าหนัก โมโหง่าย กินเหล้าฆ่าม้า เหตุการณ์ไม่มีอะไรมาพูดคุยกันแบบเดียว ผมกะเลยทุบรถ ตีนยันมอเตอร์ไซด์” (รายที่ 9)

“ผมว่ายาบ้าทำให้ผมหงุดหงิด บางคนอาจจะใช้ความรุนแรง ถ้าไม่ใคร่ตรองดี ๆ เหมือนผมก็อาจจะตะคอกแม่เพราะเราไม่ได้คิดก่อน เรื่องยาเรื่องเหล้ามีผล” (รายที่ 4)

“เหล้ามีส่วนที่ทำให้หงุดหงิด อารมณ์ขึ้นหงุดหงิดก็มีเหล้าทั้งทำลายสุขภาพและเปลืองเงินไม่เห็นมีใครกินเหล้าแล้วร่ำรวยเลย มีแต่เสียคน ลูกเมียก็เบื่อหน่าย คิดว่าส่วนหนึ่งเกิดจากเหล้าด้วย” (รายที่ 7)

4. การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่สะท้อนการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ หัวใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ซุกแม่หัวฟาดพื้น (ผลักแม่หัวฟาดพื้น) เอาถังรังผึ้งฟาด ทำร้ายแม่จนเจ็บได้นอนโรงพยาบาล รู้สึกผิดเป็นบาปกรรมเห็นตัวเองเหมือนคนไม่ดีทำร้ายแม่” (รายที่ 1)

“ผมเสียใจ ผิดหวังกับตัวเอง เพราะถ้าผมไม่สร้างปัญหามันก็ไม่เกิด ผมเป็นห่วงความรู้สึกคนแก่ในตอนนั้น ผมกลัวบาป มีแต่ห่วงความรู้สึกแม่ผมเรียกแกว่ายาย ห่วงแกจริง ๆ ผมคิดตลอด อะไรมีผิดถูกผมรู้อยู่ คำว่าห่วงก็หมายถึงกลัวแม่คิดมากไม่สบายใจทุกซึกซอกกับผม ห่วงความรู้สึกแม่” (รายที่ 1)

“รู้สึกเป็นคนไม่ดี หลายอย่าง สังคม ตัวเราเอง ญาติ

พี่น้อง สุขภาพ แล้วก็พ่อแม่พี่น้อง ญาติ สังคม ไม่ค่อยจะเข้าไปส่วนมากจะเอาตัวเองออกจากสังคม ไม่กล้าเพราะเราทำตัวไม่ดี เสียใจอยู่ รู้สึกว่าไม่ใช่ ปกติเราไม่ใช่คนแบบนี้ เสียใจอยู่” (รายที่ 8)

“รู้สึกเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ถ้าพูดถึงผลกระทบมันก็ได้รับอยู่แหละครับ ก็คนไม่รักบ้าง สังคมเขามองเราในแง่ที่ไม่ดี แล้วก็การที่ว่าคนในครอบครัว มีทะเลาะวิวาทกัน มันทำให้คิดไปอีกว่า มันไม่น่าเกิดขึ้นในครอบครัวของเรา ชีวิตเรานั้นน่าจะดีกว่านี้ เรื่องเงินทองเราก็ไม่ดี เป็นหนี้เป็นสิน เป็นหนี้เยอะไม่มีเงินมาบริหารเรื่องจวรดอ อันนี้ผลกระทบโดยตรงกับตัวผม” (รายที่ 9)

“ไม่รู้ผมจะพูดยังไง ไม่เหลืออะไรสักอย่าง เหมือนถูกกักบริเวณ ไปไหนมาไหนก็มีแต่คนกลัว ก็เลยไม่อยากออกไปไหน อยู่แต่บ๊มบ๊นนั่น คนก็มาเติมอยู่ ลูกคาก็เยอะอยู่ ผมก็ต้องแต่งตัวดี เขาก็ค่อยอยากเข้าร้านเหมือนเราไปในเมืองไปเติมน้ำมัน ถ้าคนไม่เข้าตาเราก็ไม่อยากเติม ผมก็จะได้ปรับปรุงตัวเอง จะได้มีรายได้หมุนเวียน คนก็จะได้เห็นเราการทำงาน ไม่ได้เป็นเหมือนเดิม” (รายที่ 11)

“คือว่าเหตุการณ์มันเกิดขึ้นมาแล้ว คนอื่นก็จะว่า ไอ้คนนั้นมันทำร้ายพ่อ แบบนั้นแบบนี้ ผมก็เลยเกิดความรู้สึกอายตัวเอง แต่ผมก็ขายของอยู่บ้านได้ ไปหาพูดหาปลาได้ แต่ก็ยังไม่ถือว่าเต็มร้อย หรือผมคิดไปเองก็ไม่รู้เพราะว่ากลัวคนอื่นพูดถึงแต่ก็เคยได้ยินตั้งแต่ป่วยใหม่ๆว่าผมเป็นบ้า ว่าผมเสพเมยาบ้าแล้วมาทำร้ายพ่อ ทุบบ้าน แรกๆผมไม่ได้ออกไปไหนเลยนะ ตอนออกจากโรงพยาบาลมีช่วงครึ่งปีหลังเพิ่งออกไปข้างนอกผมก็เล่าให้หมอฟังแบบละเอียดทั้งหมด” (รายที่ 13)

“คนอื่นมองผมไม่ดีสำหามา (เท่ากับหมา) เปรียบเปรยว่าไม่มีอะไรดีขึ้น คิดไม่ดีขึ้น ก็เท่านั้น แค่นั้น เท่าหมาตัวหนึ่งละครับ เราเป็นคนน่าจะคิดได้มากกว่าหมาน้อยใจตัวเอง ที่มันทำให้ตนเองเสียอนาคตไปเยอะมาก” (รายที่ 4)

“ล้มละลาย เหมือนไม่มีใครเลย ไม่มีอะไรเหลือเลย ล้มเหลวกับชีวิต ไม่มีใครช่วย ไม่มีใครดูแล ปัญหาชีวิตเราซบเซาลง น้อยใจกับชีวิต รู้สึกต่อต้านไปหมด คิดอะไรไม่ออก ชีวิตกลายเป็นคนล้มละลาย ครอบครัวแตกแยก ไม่สมบูรณ์ ไม่มีใครจ้างงานแถมติดหนี้ด้วย ผิดหวังกับตัวเอง” (รายที่ 5)

“เป็นบุคคลล้มละลายนั่นแหละ ขาดความน่าเชื่อถือทันทีเลย ไม่มีใครมาเชื่อผมหรอก ใครจะมาเชื่อผม ชีวิตคนมันก็ต้องมีพ่อแม่มันถึงจะสมบูรณ์ ผมว่าจะสร้างให้ลูกบ้านเรือนบ้านหลังนี้ก็จะให้เขาแต่มันล้มละลายหมด ดูเอาเถอะผั่งแตกร้าง

บินหนี คิดดูเอานะวันไหนกลับจากรับจ้างก็ยังได้หยอกได้พูดกับลูก บาดนี้มาบ้านจะได้หยอกใครละคิดว่า ไม่มีแม้กระทั่งคนหยอก คิดดูเอาเลยสภาพความรู้สึกผม” (รายที่ 10)

“เขาบอกว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่กล้าไปพูดกับเขา เขากลัว เขาว่าผมเป็นผู้ป่วยจิตเวชเหมือนเป็นบมด้อย ผมอายุที่เป็นแบบนี้ไม่มีใครยอมรับหรอก คนในหมู่บ้านคงรังเกียจผม จะทำให้ผมทำมาหากินยังงั้น งานก็ไม่มีรู้เขาจะรับไหม เขาว่าบ้าอีก ใครจะอยากจ้าง” (รายที่ 5)

“หลังนอนโรงพยาบาล คนอื่นก็ไม่อยากถามเหมือนแต่ก่อน รู้สึกไม่มีใครอยากเข้าใกล้ ไปขายข้าวโพดช่วงแรกไม่มีใครอยากมาซื้อขายไม่ดี ขายไปหลายเดือนค่อยเริ่มกลับมาขายปกติ แรกๆท้อเหมือนกัน คือเหมือนตัวเองเป็นของแปลก สงสัยเขาว่าจากโรงพยาบาลจิตเวช กินยา เป็นบ้าเป็นบอ คนย่าน (คนกลัว)” (รายที่ 6)

“แต่ก่อนก็มีคนมาหา เดินมาหา พูดกันบ่อยกว่านี้ กลายเป็นว่าตอนนี้อยู่ใครอยู่มัน แม้กระทั่งพี่สาวพี่ชาย ญาติพี่น้องก็ไม่มาหาเหมือนเดิม ทุกวันนี้อยู่ใครอยู่มันเลย เพราะว่าคนอื่นเคยไว้ใจ แต่เราไปทำชั่วซำก ก็เลยกลายเป็นว่าเขาไม่สนใจเลยไม่อยากมีคนมาใกล้” (รายที่ 9)

“คนในสังคมรังเกียจ กิริยาท่าทางที่สังเกตดู เช่น การที่เคยคุยกันปกติ จะพูดมาก แต่เดี๋ยวนี้พูดน้อยลง ไม่ค่อยคุยกัน เขาไม่อยากพูดกับเรา เขากลัว” (รายที่ 2)

“คล้าย ๆ ว่ามันไม่มีที่ไป ไม่มีใครยอมรับ คือ เหมือนแบบว่ามีเงินเรียกพี่ ไม่มีเงินก็เมินเฉย กับการที่เรากินยาอะไร พ่อแม่แจ้งจับมีประวัติมา คนอื่นจะไม่ค่อยให้ลูกหลานมาหาคะ โอ้ยักอันนี้ (ไอ้คนนี้) มันเป็นบ้าเป็นบอคือซึกุ๊กซึ่ตระกูล นิสัยไม่ดี แบบนี้แหละคนบ้านเรามันเป็นแบบนี้เยอะในสังคม” (รายที่ 4)

5. ความต้องการการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่สะท้อนความต้องการของตนเอง โดยความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนัก สัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมมองว่าสิ่งที่ผมทำไปมันมีสัญญาณที่ส่งเขาไปแล้ว ผมบอกไปแล้วครั้งสองครั้ง อย่ามาหาว่าผมไม่บอก แต่มันก็ยังมียกคงจะบอกว่าอย่าใช้กำลัง” (รายที่ 2)

“เวลาไปหาหมอ หมอบอกว่าผมหลอน ผมเป็นบ้า

ผมก็ไม่ไป ผมก็เลยหยุดให้ความร่วมมือ ควรบอกผมว่าขอตรวจดูสักหน่อย อย่าเพิ่งพูดก่อนว่าผมหลอน คำว่าหลอน มันแทงใจดำเกินไป ผมอยากให้ตรวจสอบดูก่อน ถ้าตรวจก่อนแล้วบอกว่าผมหลอน ผมพอจะเข้าใจ ต้องอธิบายก่อน” (รายที่ 2)

“อย่าพูดกระโชกโฮกฮากออกคำสั่ง อย่ามาดุด่ากระโชกโฮกฮากมีอำนาจใส่กัน มันลุน (โมโห) ดูในลักษณะของคนที่เขาจะมาต้องมียกลักษณะความดี สำหรับตัวผม คุณหมอนอนมัย ค่อยพูดค่อยจาคนป่วย ช่วยสวดสวดช่วยดูแล ผมคุยกับหมอนานจะสบายใจสุดแล้วแหละ น่าจะเข้าใจผมมากกว่าคนอื่น ต้องการคนเข้าใจ พูดดี ๆ พูดไพเราะ เอาใจใส่การรักษา” (รายที่ 6)

“ถ้าผมก็รู้สึกตัวอยู่แล้ว แต่อย่ามาซักมาถาม ผมยังไม่ทันเป็นคนผิด ต้องถามผมก่อนว่าเกิดอะไรขึ้น ผมก็ยอมรับอยู่ส่วนหนึ่งว่ามันผิดมันไม่ดีตอนนั้น แต่ผมเคารพหมออะ แต่ว่าเรามาอยู่กับหมอ คำว่าหมอของผมนั้นหมายถึงคนที่จะมาช่วยชีวิตเรา เราต้องเคารพหมอ ไม่ใช่เราจะไปเถียงสู้หมอ ผมว่าหมอมารับช่วยเหลือเรา แต่ให้ถามผมก่อนแค่นั้นแหละ” (รายที่ 9)

“ผมต้องการความเข้าใจ ต้องการอีหลี ต้องการความเข้าใจในครอบครัว ต้องการให้เข้าใจผมหน่อย ความรู้สึก ผมคิดว่าต้องใช้ความเข้าใจละครับ แต่อย่าเพิ่งแนะนำผมทางตรงหรือทางอ้อมครับ ทางที่ดีอย่ามาว่า (พูด) ในทางฝ่ายตรงข้ามผมให้มาพูดทางผมก่อน แล้วจะไปถามทางฝ่ายนั้น ให้ถามทั้งสองฝ่ายที่ทะเลาะวิวาท อย่าไปฟังความข้างเดียว ไม่มีใครมาถามผมสักคำเวลาเกิดอะไรขึ้น เวลาเป็นเรื่องเป็นราว ผมก็เลยได้ตัวคนเดียว” (รายที่ 11)

“ก็พูดเพราะๆแหละ ถามเรื่องทั่วไปที่ไม่ใช่ความรุนแรง ถามธรรมดาได้ พูดเพราะๆ ไม่บังเบียดเสียดสีเกิกันไป ไม่อยากให้พูดกระโชกโฮกฮากมาดุด่าผม ผมฟังอยู่ ถามผมว่าสบายดีไหมก็ได้ เป็นยังไง จิตใจดีไหม สามารถถามผมได้หมดละขอแค่อย่าด่าผม ผมเป็นคนใจร้อนอยู่แล้ว มาบอกมาสอนผมผมยังไม่โง่กว่าเดิมร้อยละ” (รายที่ 6)

“เรียกผม ถามว่าเป็นยังไงบ้าง เพราะอะไรไปอยู่บนนั้น กินข้าวหรือยัง ดื่มน้ำหรือยัง ร้อนไหม ลงมาเถอะ ถามทั่วไปนี้ละหมอ เห็นหมอมามาผมก็ดีใจแล้ว ตัวแทนของหลวงน่ะนั้นมาเยี่ยมผมอยู่บ้าน” (รายที่ 7)

“ผมว่าไม่ต้องพูดคำพูดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวผม เหมือนว่าจะพูดกันเอง ไม่ต้องมาพูดเกี่ยวกับเรื่องวิชาการนะ ผมว่า ส่วนมากผมไม่ค่อยชอบประมาณนี้ ยิ่งพูดเรื่องพวกนี้ผมยิ่งจะหงุดหงิดออกมา” (รายที่ 8)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาได้ข้อค้นพบที่สามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ ตามลำดับดังนี้

1. การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง สอดคล้องกับ เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ¹⁴ อธิบายว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถระงับได้ หรือไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมโดยเกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่ หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล หรือสังคม โดยส่งผลให้เกิดหรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ⁶ เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรง ที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลัง ที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่น และทรัพย์สิน⁹ เป็นลักษณะวิธีการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง การทำให้หวาดกลัว การสะท้อนขวัญในชุมชน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 1 พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อย เป็นการแสดงออกของความโกรธโดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือการทำลายสิ่งของ และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช¹⁵ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้ยังอยู่ในช่วงติดตาม 1 ปี รับการรักษาต่อเนื่องในชุมชน ไม่มีอาการทางจิต ไม่ได้เสพยาเสพติดในระหว่างนี้ จึงสามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเอง

2. การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งประเภทพฤติกรรมรุนแรง เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ^{1,8-9} ผู้ให้ข้อมูลหลักของการศึกษานี้ทุกรายมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด และทำร้ายร่างกายผู้อื่น จึงอธิบายการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงตาม

3. สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง

สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง

คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมรุนแรงมีสาเหตุมาจากการควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น ควบคุมความโกรธไม่ได้¹⁶⁻¹⁸ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา เช่น พุดจาหยาบคาย ด่าพ่อแม่ ประณามเยาะเย้ยและการใช้ถ้อยคำวิพากษ์วิจารณ์¹⁸ การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี โดยการมีบรรยากาศการสื่อสารในครอบครัว แบบขัดแย้งกันเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ใช้คำพูดก้าวร้าว คำหยาบคาย ร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงเกินไป ใช้ถ้อยคำวิพากษ์วิจารณ์ ตาหนีตีดเย็น มีท่าที่ไม่เป็นมิตร จู้จุกจิกมากเกินไป¹⁹ และการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา ก็เป็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง^{7,10,17,20} ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน มีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครอบครัว และคนในชุมชน

4. การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกผิดและเสียใจ อีกทั้งพฤติกรรมรุนแรงทำให้ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ญาติ¹⁵ และบุคลากรในทีมสุขภาพ 21 พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช พบได้บ่อยและผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาจนถึงทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตได้²² นอกจากนี้ ยังรู้สึกหวั่นใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เช่น ไปทำงาน ไปขายของตามปกติ หวั่นใจว่าคนอื่นจะมองอย่างไร จะมีใครมาซื้อของ หรือมาพูดคุยด้วย เกิดความวิตกกังวลว่าไม่มีใครกล้าเข้าใกล้ เป็นที่รังเกียจ ไม่สามารถอาศัยอยู่กับผู้อื่นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจ รู้สึกตนเองไม่น่าเชื่อถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ น่าอับอาย^{8,23} เกิดความบกพร่องทางสังคมและการปรับตัว²⁴ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังสะท้อนถึงผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของตนทำให้เหมือนชีวิตล้มละลาย คือ การสูญเสียทุกอย่าง ไม่มีใคร ไม่มีอะไร ครอบครัวทั้งไป ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ มีความรู้สึกที่ไม่ดีกับตนเองอยู่เดิม ประกอบกับพฤติกรรมรุนแรงที่ก่อขึ้นมีผลทำให้ครอบครัวและชุมชนยังไม่มั่นใจความปลอดภัย

5. ความต้องการการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูดและอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม พฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ปัจจุบันมีแนวทางการลดความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช 2 แนวทาง คือ การพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกโดยกำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อยุติการใช้ห้องแยกสังเกตอาการ การผูกมัด และวิธีการอื่น ๆ กับผู้ป่วยจิตเวช และแนวทางที่พัฒนาโดยสมาคมจิตเวชชุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกาโดยกำหนดเป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อลดระดับความกระวนกระวายของผู้ป่วย มีการศึกษาแนวทางสำหรับการปฏิบัติการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยก้าวร้าวในโรงพยาบาลศรีธัญญา²⁵ แนวทางการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์^{8,22} และมีคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันและโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีรูปแบบในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อช่วยลดอัตราการบาดเจ็บ¹ การศึกษากลยุทธ์สำคัญในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า การใช้เทคนิคการสื่อสารด้วยวัจนภาษาหรือวัจนภาษาสามารถลดความรุนแรงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น²² และการศึกษาหลังผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ญาติมีวิธีจัดการให้ผู้ป่วยสามารถระงับอารมณ์รุนแรงด้วยการให้น้ำเย็นสำหรับดื่มก็สามารถบรรเทาอาการให้สงบลง²⁶ จะเห็นได้ว่า การดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสมสามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้อื่น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำข้อค้นพบที่ได้ไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของพฤติกรรมรุนแรงจากสาเหตุภายในตนเองและจากภายนอก รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง และวางแผนการป้องกันและเฝ้าระวังการกระทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสฟแอมเฟตามีนในชุมชน
2. ควรพัฒนาชุดความรู้เรื่องการสังเกตสัญญาณเตือนพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงมีการให้การปรึกษารายบุคคลที่สอดคล้องกับปัจจัย สภาพปัญหา และบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะทางการวิจัย

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ และศึกษาเชิงปริมาณ ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมรุนแรงเพื่อลดการกระทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสฟแอมเฟตามีนในชุมชน

References

1. Department of Mental Health. Handbook of care systems for psychiatric patients at high risk of violence for institutions and hospitals under the department of mental health. Nonthaburi: Prosperous Plus Company Limited; 2020. (in Thai).
2. Takviriyannun N. Nursing care of people receiving psychiatric drugs. Bangkok: Thammasat University Press; 2015. (in Thai).
3. Maneeganon S, Arunponpaisal S, Pimpanit V, Jarassang N, Boontoch K. Prevalence of substance use in psychiatric outpatient clinic at srinagarind hospital. Journal of The Psychiatric Association of Thailand. 2014; 59(4): 371-80. (in Thai).
4. Panliaw P, Soonthornchaiya R, Vuthiarpa S. The effects of a cognitive behavior therapy program on the aggressive behaviors among patients with amphetamine dependence. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1): 207-14. (in Thai).
5. Sireunthong W, Kongsuk T, Sukhawaha S, Lodthanong S, Leejongpermpool J. Development of violence severity scale in serious mental illness. Journal of The Psychiatric Association of Thailand. 2016; 61(3): 253-66. (in Thai).
6. Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukritakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P. Siriraj psychiatry DSM-5. 2nd ed. Bangkok: Prayoonsanthai Printing Limited; 2015. (in Thai).
7. Thanunchai S, Yunibhand J. Selected factors related to violent behavior in community of schizophrenic patients. Royal Thai Navy Medical Journal. 2019; 46(3): 536-51. (in Thai).

8. Chaiprem M. Violent behavior of psychiatric in-patients at king chulalongkorn memorial hospital. Thai Red Cross Nursing Journal. 2011; 21(1): 58-66. (in Thai).
9. Klinpiboon A. Management of model aggressive behavior in psychiatric hospital for nursing personnel. Si Sa Ket: Sumnukpimphanthong Company Limited; 2018. (in Thai).
10. Aiamsaart N, Thaweesees P, Chumchai P. The effect of case management to overall abilities among schizophrenic patients with the risk for violence. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2020; 14(1): 10-22. (in Thai).
11. Srirath J, Chiewsothorn S, Hewan K. Learning management about patient safety in psychiatric patients with violent behavior by Problem - based learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 92-100. (in Thai).
12. Patton. MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. 2nd ed. New York City: SAGE Publications Inc; 1990.
13. Lincoln Ys, Guba EG. Natualistic inquiry. United States: SAGE Publications Inc; 1985.
14. Buracharin W, Uthis P. Selected factors related to violent behavior of schizophrenic patients in community. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011; 25(3): 24-37. (in Thai).
15. Thongtup P, Sawangchareon K. Violent behavior of schizophrenic patients and violent management of family. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Divison. 2013; 31(4): 121-27. (in Thai).
16. Sodsri S. The problem of family violence in thai society. Journal of MCU Peace Studies. 2017; 6: 600-09. (in Thai).
17. Rund BR. A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. Nordic Journal of Psychiatry. 2018; 72: 561-71.
18. Hsu MC, Tu CH. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. Journal of Advanced Nursing. 2013; 70(2): 336-49.
19. Kasipholet T, Chunhathititham P, Prasertsong C, Jaroenjikul C, Nansunanon S, Jarutatsanangkoon A. Primary caregivers' experiences of families with schizophrenia patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020; 20(1): 102-15. (in Thai).
20. Kanthasaibour P, Piboonarluk W, Kaewyot K, Nerikool W. Factors related to violence in schizophrenic patients at somdet chaopraya Institute of psychiatry. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2020; 14(2): 16-28. (in Thai).
21. Sriyarat K. Nurses' roles in management of aggressive psychiatric patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2015; 8(1): 43-52. (in Thai).
22. Sanlamun B, Kedsombun P. The effect of education program for caregiver of schizophrenia patients. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2014; 2(1): 25-35. (in Thai)
23. Agrasuta T, Pitanupong J. Stigma in patients with schizophrenia and caregivers. Songklanagarind Medical Journal. 2016; 35(1): 37-45. (in Thai).
24. Urízar AC, Boyer L, Urzúa A, Williams DR. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2019; 54: 905-9.
25. Ragsasaup S, Sawangwongsin S, Suriyapan N. Development of clinical practice guideline for nursing care violence behavior of schizophrenia patients in srithanya hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021; 36(1): 159-68. (in Thai).
26. Poonnotok P, Kaewmart N, Asarath T, Pratoomsri W. Making it better experiences of thai caregivers in managing psychotic symptoms of persons with schizophrenia. Journal of Health Research. 2019; 33(3): 238-48. (in Thai).

การพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอด สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ

Innovation Development Vibrate for Drainage Secretion of Pediatric Patients

ณฐมน สีธิแก้ว*¹ พิชิตพล โชติกุลนันท์² จริยา ทรัพย์เรือง³

Nathamon Seethikaew*¹ Phichitphon Chotikunnan² Jariya Supruang³

¹สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 57100

¹School of Nursing, Maefahluang University, Chaingrai Thailand 57100

²วิทยาลัยวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี ประเทศไทย 12000

²College of Biomedical Engineering, Rangsit University Pathum Thani Thailand 12000

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

³Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan Thailand 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะและศึกษาความพึงพอใจและประเมินประสิทธิผลการดำเนินการ นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ระยะที่ 2 ศึกษาความพึงพอใจและประเมินคุณภาพนวัตกรรมของผู้ปกครองที่มีต่อเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุ 2 - 5 ปี ณ ชุมชนตำบลป่าแงะ อำเภอพาน จ.เชียงราย และทดลองใช้นวัตกรรม จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามของความพึงพอใจ (IOC = 0.79 และ α = .80) และประเมินประสิทธิผลการดำเนินการ (IOC = 0.80 และ α = .80) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ผลการดำเนินงานพบว่า 1) นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะภายในประกอบด้วย มอเตอร์และวงจรควบคุมการสั่น 2 ฟังก์ชัน คือ ฟังก์ชันการสั่นสะเทือนแบบต่อเนื่องและฟังก์ชันการสั่นสะเทือนแบบสั้นและหยุดเป็นช่วงเวลา พร้อมคู่มือการใช้งานนวัตกรรม และ 2) ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.54 - 3.80, SD = 0.50 - 0.70) และระดับการประเมินคุณภาพของนวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.65 - 3.75, SD = 0.60 - 0.70) นอกจากนี้แนวทางพัฒนานวัตกรรมต่อไปคือการนำผลการใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดที่มีปัญหาในการระบายเสมหะไปใช้กับเด็กที่มีปัญหาการคั่งค้างของเสมหะในจำนวนที่มากขึ้น และเปรียบเทียบกับการระบายเสมหะวิธีอื่น ๆ เพื่อการประเมินนวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: เครื่องสั่นสะเทือนปอด, เด็ก 2-5 ปี, ผู้ป่วยเด็ก, การระบายเสมหะ, นวัตกรรม

Abstract

The purposes of this research were to develop an innovative vibrate for drainage secretion of pediatric patients and study satisfaction and quality assessment of the innovation. A process of an innovative vibrate for drainage secretion of pediatric patients consisted of two parts. The first one was the process of developing an innovative vibrate for drainage secretion of pediatric patients and The second one was study of satisfaction and quality assessment of the innovation among caregivers. Samples were 30 caregivers who had child 2-5 years at Pa Ngae community, Pa Ngae sub-district, Pa Daet district, Chiang Rai Province and welcome to use the innovation. They respond a questionnaire including satisfaction (IOC =0.79 and α = .80) and quality assessment of the innovation (IOC =0.80 and α = .80). Data analysis was descriptive statistics. The results showed 1) innovative vibrate for drainage secretion of pediatric patients and 2) means of satisfaction and of quality assessment of the innovation. The study showed the development of an innovative vibrate for drainage secretion of pediatric patients innovation included instruction and motor and control of vibration system. Means of satisfaction were much more ($\bar{X}$ = 3.54 - 3.80, SD = 0.50 - 0.70) and means of quality assessment of the innovation were also much more ($\bar{X}$ = 3.65 - 3.75, SD = 0.60 - 0.70). Therefore, the development of an innovative vibrate for drainage secretion of pediatric patients is appropriate for use. For future study, the development of an innovative vibrate for drainage secretion of pediatric patients should be used with more number of pediatric patients with secretion obstruction and compare with other innovative vibrators to assess the effectiveness.

Keywords: Vibration, 2-to-5-year-old children, Drainage Secretion, Pediatric Patients, innovation

บทนำ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute respiratory infection in children : ARIC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ที่รวมถึงการติดเชื้อตั้งแต่จมูก หู คอ กล้อง เสียง หลอดลมจนถึงปอด อาทิ ปอดอักเสบ¹ จากองค์อนามัยโลกพบว่า มีเด็กเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทั่วโลกจำนวน 1.9 ล้านคน และคาดการณ์ของปี 2568 ว่าจะมีเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอีกประมาณ 5 ล้านคน^{1,2} สำหรับประเทศไทยแม้ว่าอัตราตายด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 5.38 เป็น 1.50 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังคงสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กวัยนี้ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นโรคที่พบได้บ่อยตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มากที่สุด 3 อันดับแรกของคนไทย³ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ปอดหรือโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี^{1,3}ในแต่ละ

ปีพบอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเด็กอายุ 0-4 ปี พบมากเป็นอันดับ 1 นอกจากนี้จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ปี 2552-2558 พบผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเป็น 5 อันดับแรกของทุกปีอีกด้วย^{3,4}

จากปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบข้างต้นนี้ ในกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ผลกระทบหนึ่งที่สำคัญของปัญหาดังกล่าวคือ เสมหะคั่งค้างใน ทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจของเด็ก ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมักมีการอุดกั้นทางเดินหายใจด้วยเสมหะ⁵ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพราะเมื่อปอดมีการติดเชื้อ ร่างกายจะตอบสนองต่อเชื้อโรคโดยเซลล์ที่เรียกว่า อัลวีโอลา มาโครเฟจ (Alveolar macrophage) จะปล่อยโปรตีนขนาดเล็กที่เรียกว่าไซโตไคน์ (Cytokine) ทำให้ถุงลมเต็มไปด้วยเม็ดเลือดขาว สารน้ำ และเศษเซลล์ที่หลุดออก เกิดเสมหะทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ความต้านทานในปอดเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง เกิดภาวะบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างถุงลมกับหลอดเลือด

อาจพบเนื้องอกของปอด ทำให้มีปัญหาการผันแปรออกซิเจน และระบายอากาศ⁶ การทำกายภาพบำบัดทางทรวงอกเป็น ขบวนการหนึ่งช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะในเด็ก เช่น การจัด ทำเพื่อระบายเสมหะ การเคาะ-สั่น-เขย่า (สั่นสะเทือนปอด) การฝึกหายใจ แล้วการฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพเป็นต้น⁷ ซึ่งการสั่นสะเทือนปอด (Vibration) เป็นการใช้มือทำให้เกิดแรง สั่นสะเทือนที่ผนังทรวงอก โดยวางมือกดบนผนังทรวงอกและ เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณแขนและหัวไหล่ทำให้เกิดแรงสั่น บริเวณมือ โดยความถี่ที่เหมาะสมประมาณ 15-20 Hz⁸ การสั่นสะเทือนปอดนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพการพัดโบกของ ขนซีเลีย นอกจากนั้นอาจมีผลต่อ การไหลของเสมหะ โดยอาจ ทำให้เกิดการสลายการเกาะระหว่างโมเลกุลของเสมหะ อาจส่ง ผลให้คุณสมบัติยืดหยุ่นของเสมหะลดลงได้ ทำให้เสมหะจาก หลอดลมส่วนปลายเคลื่อนมาสู่หลอดลมส่วนกลางได้ง่ายขึ้น วิธีนี้นิยมใช้ในเด็กทารกและเด็กเล็ก^{7,8}

จากอุบัติการณ์เด็กที่ปัญหาการระบายเสมหะจาก การติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจดังกล่าวข้างต้น การสั่น สะเทือนปอดจึงเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยทำให้การเกาะตัวของเสมหะ ลดลง โดยพยาบาลจะวางฝ่ามือและมือวางบนอกของผู้ป่วยเด็ก แล้วเคลื่อนไหวยมือคล้ายการเขย่า หลังจากนั้นจะทำการดูด เสมหะออก นอกจากการดูแลการสั่นสะเทือนปอดของเด็กใน โรงพยาบาลแล้ว การดูแลต่อเนื่องที่บ้านก็มีความสำคัญเช่นกัน จึงต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยปกครองในการสั่นสะเทือนปอดผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบางครั้งพบว่าผู้ป่วยปกครองวิตกกังวลใจในการสั่นสะเทือนปอด ไม่แน่ใจตำแหน่งและวิธีการสั่นสะเทือนปอด บางครั้งผู้ป่วยปกครอง ต้องนำผู้ป่วยเด็กมาให้พยาบาลช่วยสั่นสะเทือนปอดผู้ป่วยเด็ก ก่อน⁹ จึงจะสามารถใช้ลูกสูบยางแดงดูดเสมหะเองได้อีกทั้ง ปัญหาที่พบคือขณะพยาบาลเข้าไปสั่นสะเทือนปอดผู้ป่วยเด็ก เด็กอาจไม่ให้ความร่วมมือเพราะรู้สึกกลัวคนแปลกหน้า การ ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้น ทางเดินหายใจด้วยเสมหะ หากได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้าอาจ นำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ในเด็ก⁹ เมื่อเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยเด็กจะมีอาการ เหนื่อย หายใจลำบาก เนื่องจากมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ หากมีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจก็จะส่งผลให้มีอาการรุนแรงยิ่งขึ้น การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวจึงเป็นหัวใจ สำคัญในการป้องกันไม่เกิดภาวะหยุดหายใจ และระบบไหลเวียน โลหิตไม่ทำงาน (Cardiopulmonary arrest) สามารถรอดชีวิต

กลับมาได้อย่างมีคุณภาพ¹⁰

ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมักจะ มี ปัญหาการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนแก๊สในปอด ได้แก่มีเสมหะเหนียวข้นเกิดการคั่งค้างของเสมหะ มีภาวะ ปอดแฟบ ไม่สามารถหายใจได้เอง มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ จากเสมหะ¹¹ การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเหล่านี้ที่สำคัญคือ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก เช่น การจัดท่าระบายเสมหะ การเคาะปอด การสั่นสะเทือนปอด การไอ การฝึกหายใจ แต่ผู้ป่วยเด็กบางประเภท เช่น ผู้ป่วยทารกแรกเกิด ผู้ป่วย เด็กเล็ก ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับมีภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถไอขับ เสมหะออกเองได้และไม่สามารถฝึกหายใจได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การทำกายภาพทรวงอกจึงมีประโยชน์เป็นอย่างมาก สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ เพื่อช่วยให้ เสมหะหลุดร่อนออกมาได้ง่ายขึ้น ลดการติดเชื้อในปอด อีกทั้ง สามารถลดการเสื่อมสมรรถภาพของปอดได้อีกด้วย^{10,11}

เครื่องมือที่ช่วยให้เสมหะหลุดร่อนออกมาได้ง่ายขึ้น ได้แก่ เครื่องสั่นสะเทือนปอด (Chest vibrator) เป็นอุปกรณ์ที่ ช่วยในการระบายเสมหะมาสู่ทางเดินหายใจส่วนต้นได้ดีขึ้น จากการศึกษา¹² พบว่า การใช้แรงสั่นที่มีความถี่สูงช่วยลดลดการ เกาะเกี่ยวพันกันของโมเลกุลของเสมหะทำให้เสมหะถูกขับ เคลื่อนได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{3,12} พบว่า การเคาะปอด (Percussion) สามารถช่วยร่อนเสมหะที่ติดอยู่ตามเนื้อปอด และท่อลมให้หลุดออก แต่มีข้อจำกัดบางอย่าง เช่น ขนาดฝ่ามือ การออกแรงของผู้ทำหัตถการ และขนาดตัวของผู้ป่วยแต่ละคน ที่แตกต่างกัน ซึ่งการสั่นสะเทือนปอด (Vibration) จึงเป็นอีก ทางเลือกหนึ่งที่สามารถระบายเสมหะได้โดยการออกแรงสั่น สะเทือน หากแต่แรงที่ใช้ในการสั่นสะเทือนของแต่ละคนไม่คงที่ และมีความถี่น้อยอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการระบาย เสมหะลดลง¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมประเด็นนวัตกรรมเกี่ยวกับการ การสั่นสะเทือนปอดเด็ก แม้ยังไม่มีนวัตกรรมการเกี่ยวกับ การสั่นสะเทือนปอดเชิงวิชาการ แต่พบว่ามีกรจำหน่าย เครื่องสั่นสะเทือนปอดที่มีขายในเชิงพาณิชย์ (Chest vibrator) ตามออนไลน์หลายรูปแบบ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการระบาย เสมหะมาสู่ทางเดินหายใจส่วนต้นได้ดีขึ้นทั้งในผู้ป่วยเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยมีราคาที่สูงกว่า 10,000 บาท¹⁴ จึง ทำให้คณะผู้จัดทำนวัตกรรมสนใจที่จะจัดทำนวัตกรรมเครื่องสั่น สะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาใน

การระบายเสมหะ เพื่อช่วยลดการจับตัวของเสมหะและเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยระบายเสมหะออกง่ายขึ้น ทำให้เด็กหายใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดแรงในการหายใจ และรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น อีกทั้งทำให้เกิดความหลากหลายของแนวทางการระบายเสมหะในเด็กและเพื่อช่วยลดการออกแรงและระยะเวลาในการทำกายภาพทรวงอกในเด็ก อาจนำไปสู่การพัฒนารูปแบบในการระบายเสมหะที่ง่ายและทันสมัยมากยิ่งขึ้น เกิดการประดิษฐ์เกี่ยวกับเครื่องสั่นสะเทือนปอดมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. การพัฒนานวัตกรรม: เครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ
2. การประเมินความพึงพอใจและประเมินคุณภาพนวัตกรรมภายหลังใช้นวัตกรรม: เครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ

ขอบเขตของการศึกษา

1. ผู้ปกครองและเด็กอายุ 2 - 5 ปี ทั้งเด็กที่มีสุขภาพดีและเด็กที่มีพยาธิสภาพที่ปอดที่มีความยินดี เข้าร่วมการศึกษา
2. ระยะเวลาในการศึกษา เดือนมกราคม-เมษายน 2564

วิธีการดำเนินการวิจัย

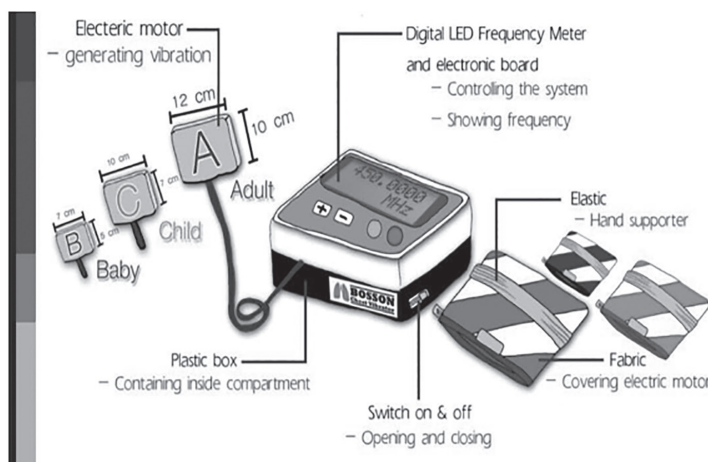
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมภายหลังใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรมภายหลังใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน

1) วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ผลกระทบต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประเมินแนวทาง การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจากอาจารย์พยาบาล อาจารย์วิศวกรรมชีวการแพทย์ พยาบาล และญาติผู้ป่วยเด็ก/เด็กปกติ และสรุปประเด็นที่น่าจะเป็นไปได้ของนวัตกรรมสำหรับแก้ไข้ปัญหา

2) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะต่าง ๆ ในปัจจุบัน พยาธิสภาพของโรคและทรวงอก หลักการสั่นสะเทือนปอด ขนาดรอบอกเด็ก 2-5 ปี เครื่องที่ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนปอด การต่อวงจรด้วยมอเตอร์ที่ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนปอด ความปลอดภัยของการใช้นวัตกรรมในเด็ก เป็นต้น

3) ร่างและสร้างนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ



ภาพที่ 1 ร่างนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะครั้งที่ 1

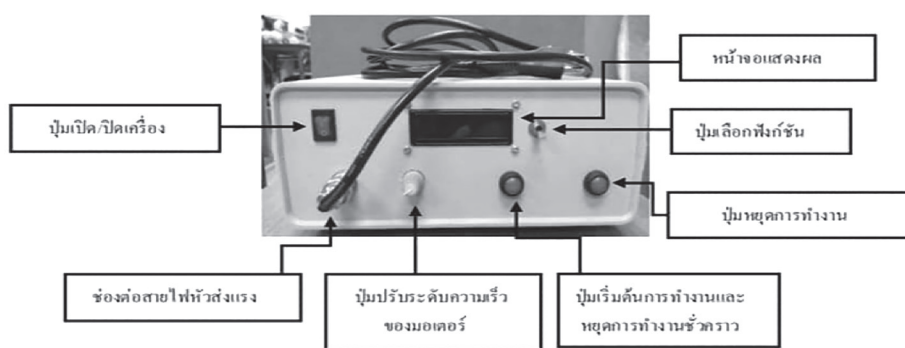
4) ตรวจสอบความปลอดภัยและกำลังการสั่นเพื่อปรับความแรงของการสั่นให้เหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

5) ดำเนินการทดสอบนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะกับเด็กอายุ

2-5 ปี แล้วสอบถาม ผู้ปกครองของเด็กเกี่ยวกับความพึงพอใจและคุณภาพของนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ จำนวน 30 คน ณ ชุมชนตำบลป่าแฉะ อำเภอฟาน จ.เชียงราย



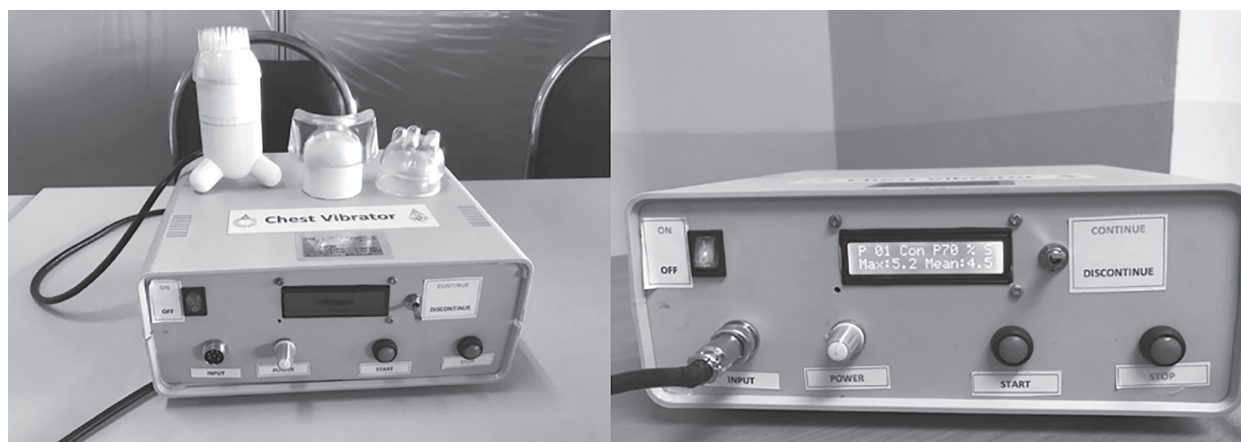
รูปที่ 4.1 การออกแบบและสร้างเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ



ภาพที่ 2 นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะครั้งที่ 2

6) ภายหลังจากทดลองใช้นวัตกรรม: เครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ โดยได้ปรับปรุงและพัฒนาลักษณะภายในตลอดจนติด

เครื่องหมายของทีมงานนวัตกรรม เพื่อความสวยงามและมีรูปลักษณ์ที่น่าใช้มากขึ้น



ภาพที่ 3 นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะภายหลังจากการพัฒนา

ระยะที่ 2. การศึกษาความพึงพอใจและประเมิน ประคุณภาพนวัตกรรม

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองและเด็ก
อายุ 2-5 ปี ชุมชนตำบลป่าแฉะ อำเภอฟาน จ.เชียงราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือผู้ปกครองและเด็กอายุ 2-5 ปี
ชุมชนตำบลป่าแฉะ อำเภอฟาน จ.เชียงราย จำนวน 128 คน
กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling) ที่ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาด
อิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.60¹⁵ ได้ขนาด
ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาเท่ากับ 30 คน และสมัครใจ
เข้าร่วมการใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็ก
ที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น
แบบประเมินความพึงพอใจและประเมินคุณภาพของนวัตกรรม:
เครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบาย
เสมหะของ ผู้ปกครองที่มีต่อการใช้นวัตกรรมเครื่องสั่น
สะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ
ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบ
ด้วย ด้านความเข้าใจในส่วนประกอบของนวัตกรรมของ
นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา
ในการระบายเสมหะด้านรูปแบบและภาพลักษณ์ของของ
นวัตกรรม: เครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีปัญหา
ในการระบายเสมหะ ด้านการใช้งาน และด้านภาพรวมของ
นวัตกรรม มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale)
5 คำตอบ จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์
และ แปลข้อมูล¹⁵ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมเครื่องสั่น
สะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ
ประกอบด้วย ด้านการใช้ งานด้านรูปแบบและภาพลักษณ์ด้าน
การสั่นสะเทือนทรวงอก และด้านภาพรวมของ นวัตกรรม
ลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 คำตอบ จำนวน
ทั้งสิ้น 14 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์และแปลข้อมูล¹⁵

ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึงระดับคุณภาพนวัตกรรมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงระดับคุณภาพนวัตกรรมมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงระดับคุณภาพนวัตกรรมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึงระดับคุณภาพนวัตกรรมน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับคุณภาพนวัตกรรมน้อยที่สุด

ภายหลังตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรง
คุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และความ เทียบของแบบประเมินความพึง
พอใจของผู้ปกครองที่มีต่อนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดใน
การระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบาย
เสมหะและแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือน
ปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการ
ระบายเสมหะ พบว่า ค่า IOC เท่ากับ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ
และค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ
การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย
ได้โดยคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยแม่
ฟ้าหลวง เลขที่ EC 20107-19 ลงวันที่ 19 มกราคม 2564 จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้า
หลวง ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการมาเก็บ
ข้อมูลการวิจัย ชี้แจงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้า
ร่วมการศึกษา รวมทั้งการอธิบายข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะ
เก็บไว้เป็นความลับจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อเป็น
ประโยชน์ในการวางแผนการพัฒนา นวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพ
มากขึ้นและชี้แจงข้อซักถามจนเป็นที่เข้าใจ ให้อิสระแก่กลุ่ม
ตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจของผู้ปกครอง
ที่มีต่อนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะ
สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ แบบประเมิน
คุณภาพนวัตกรรมนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการ
ระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ
โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ

การพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะได้ดำเนินการเป็นขั้นตอน 6 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอน	ผลลัพธ์
1) วิเคราะห์ ค้นหา ปัญหา ผลกระทบ และ สรุปประเด็น	มีกระบวนการสอนและสาธิตแก่ผู้ปกครองในการใช้เครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ซึ่งผู้ปกครองมีความกลัว หรือ กังวล และไม่แน่ใจตำแหน่งกระบวนการและวิธีการสั่นสะเทือนปอด ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลตามลำดับ จึงส่งผลให้เสมหะอาจยังอุดตันทางเดินหายใจของเด็ก ส่งผลให้อาการของเด็กมีอาการหายใจเร็วมากขึ้น ดังนั้น อาจารย์พยาบาลเด็กที่มีความเชี่ยวชาญทางเดินหายใจ อาจารย์วิศกรรมชีวการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจจึงต้องมาสอนและสาธิตการใช้เครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กและดูแลเสมหะอีกครั้ง ดังนั้นประเด็นที่น่าจะแก้ไขคือ หาวิธีหรือนวัตกรรมช่วยสั่นสะเทือนปอด เพื่อลดความกังวลของผู้ปกครองในการใช้เครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ
2) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง กับเครื่องมือที่ใช้ในการสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะต่างๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาธิสภาพของโรคทางเดินหายใจสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ต้องใช้หลักการสั่นสะเทือนปอด โดยต้องคำนึงถึงขนาดรอบอกเด็ก 2-5 ปี ร่วมกับการสร้างและพัฒนาเครื่องที่ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะ โดยการต่อวงจรด้วยมอเตอร์ที่ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนปอด ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของการใช้นวัตกรรมในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ เป็นต้น
3) ร่างและสร้างนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะ สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ	ครั้งที่ 1 ได้ออกแบบและสร้างเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีคุณสมบัติต่าง ๆ ดังนี้ 1.1 สามารถสั่นสะเทือนปอดได้ โดยความถี่อยู่ที่ระหว่าง 8-20 Hz 1.2 สามารถเลือกฟังก์ชันในการทำงานได้ 2 ฟังก์ชัน คือ แบบสั่นต่อเนื่องและแบบสั่น-หยุด 1.3 สามารถปรับระดับความเร็วของมอเตอร์ได้ตามที่ถูกต้องของผู้ใช้งาน 1.4 ระบบแหล่งจ่ายไฟฟ้า สามารถใช้งานได้ทั้งไฟฟ้กระแสสลับและไฟฟ้กระแสตรงจากแบตเตอรี่ ครั้งที่ 2 ปรับเปลี่ยนรูปแบบเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกคือการทดสอบคุณสมบัติของเครื่อง ส่วนที่สองคือการทดสอบฟังก์ชันการทำงาน และส่วนที่สามคือการทดสอบความปลอดภัย ครั้งที่ 3 ปรับรูปแบบและหลักการหมุนของมอเตอร์และลูกเบี้ยว ซึ่งทำให้เกิดการสั่นสะเทือนที่บนบริเวณทรวงอกส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนของเสมหะจากถุงลมปอดมายังบริเวณที่สามารถดูดออกมาได้ โดยการระบายเสมหะผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจะใช้ความถี่อยู่ 10-20 Hz จึงสามารถใช้ในการรักษาได้ (ภาพที่ 2 และ ภาพที่ 3)
4) ตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญ	ตรวจสอบความปลอดภัยและกำลังการสั่นสะเทือนเพื่อปรับความแรง ของการสั่นให้เหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตาม คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเด็กที่มีความเชี่ยวชาญทางเดินหายใจ 2 ท่าน อาจารย์วิศกรรมชีวการแพทย์ พยาบาล 1 ท่าน

ขั้นตอน	ผลลัพธ์
5) ทดลองใช้	ทดสอบนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะกับเด็กอายุ 2 - 5 ปี โดยสาธิต การใช้นวัตกรรม และทดลองใช้นวัตกรรม หลังจากนั้นสอบถามผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับความพึงพอใจและคุณภาพของนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ จำนวน 30 คน ณ ชุมชนตำบล ป่าแวง อำเภอฟาน จ.เชียงราย
6) พัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะ	นวัตกรรมประกอบด้วยภายนอกมีลักษณะตามหลักการสั่นสะเทือนปอด ขนาดรอบอกเด็ก 2-5 ปี ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ซึ่งภายในประกอบด้วย มอเตอร์และวงจรควบคุมการสั่น 2 ฟังก์ชัน คือ ฟังก์ชันการสั่นสะเทือนแบบต่อเนื่องและฟังก์ชันการสั่นสะเทือนแบบสั้นและหยุดเป็นช่วงเวลา พร้อมมีคู่มือการใช้ นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ

ระยะที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ดังนี้

1. กลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 อายุกลุ่มอยู่ในช่วง 31-40 ปี ช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 40.00 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.67
2. กลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และเมื่อพิจารณา
3. รายด้านแล้ว พบว่าด้านความเข้าใจในส่วนประกอบด้านรูปแบบและภาพลักษณ์ด้าน การใช้งาน และด้าน

ภาพรวมของนวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 4.50 4.80 และ 4.70 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

4. กลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างมีระดับแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และเมื่อพิจารณา รายด้านแล้ว พบว่า ด้านการใช้งานด้านรูปแบบและภาพลักษณ์ด้านการสั่นสะเทือน ทรวงอก และด้านภาพรวมของนวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50, 4.60, 4.50 และ 4.60 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ (n = 30)

ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อนวัตกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านความเข้าใจในส่วนประกอบของนวัตกรรม	4.60	0.65	มากที่สุด
2. ด้านรูปแบบและภาพลักษณ์ของนวัตกรรม	4.50	0.78	มากที่สุด
3. ด้านการใช้งาน	4.80	0.55	มากที่สุด
4. ด้านภาพรวมของนวัตกรรม	4.50	0.60	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ (n = 30)

แบบประเมินคุณภาพนวัตกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านการใช้งาน	4.60	0.65	มากที่สุด
2. ด้านรูปแบบและภาพลักษณ์	4.50	0.72	มากที่สุด
3. ด้านการสั่นสะเทือนทรงอก	4.80	0.62	มากที่สุด
4. ภาพรวมของนวัตกรรม	4.60	0.65	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ผลการสร้างและพัฒนานวัตกรรมนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการ 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ผลกระทบต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ จากนักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล อาจารย์วิศกรรมชีวการแพทย์ พยาบาล และญาติผู้ป่วยเด็ก/เด็กปกติ และสรุปประเด็นที่น่าจะเป็นไปได้ของนวัตกรรมสำหรับแก้ไขปัญหา 2) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ 3) ร่างและสร้างนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ 4) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5) ทดลองใช้ 6) พัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ แล้วได้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ซึ่งปรับปรุงแบบและหลักการหมุนของมอเตอร์และลูกเบี้ยว ซึ่งทำให้เกิดการสั่นสะเทือนที่บริเวณทรวงอกส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนของเสมหะจากถุงลมปอดมายังบริเวณที่สามารถดูดออกมาได้โดยการระบายเสมหะผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจะใช้ความถี่อยู่ 10-20 Hz จึงสามารถใช้ในการรักษาได้ และต่อกับชุดควบคุมความเร็วมอเตอร์ และฟิวส์ พร้อม ทั้งคู่มือประกอบการใช้นวัตกรรมประกอบด้วยมอเตอร์และวงจร ควบคุม การสั่นสะเทือนสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ พบว่าการใช้แรงสั่นที่มีความถี่สูงช่วยลดการเกาะเกี่ยวพันกันของโมเลกุลของเสมหะทำให้เสมหะถูกขับเคลื่อนได้ดีขึ้น โดยการใช้แรงสั่นที่มีความถี่สูง (High frequency oscillation) จะมีผลลดการเกาะเกี่ยวพัน

กันของโมเลกุลของเสมหะ (Time-dependence crosslink) ทำให้เสมหะถูกขับเคลื่อนได้ดี ซึ่งความถี่ที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการระบายเสมหะสูงสุดคือ 10-15 Hz หรือ 10-20 Hz และ พบว่าความถี่ที่ 13 Hz เป็นความถี่ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการเพิ่มการขับเคลื่อนเสมหะแต่อุปกรณ์เหล่านี้ จากการศึกษาสิ่งประดิษฐ์ที่ปรากฏ อยู่แล้ว การประดิษฐ์เกี่ยวกับเครื่องสั่นสะเทือนปอดมีประสิทธิภาพในการระบายเสมหะ แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้ ไม่มีหน้าจอแสดงผลความถี่ และขนาดของแผ่นรองสั่นมีขนาดใหญ่ ไม่เหมาะสมกับทรวงอกของผู้ป่วยเด็กในแต่ละช่วงวัย ดังนั้นจึงได้พัฒนานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยมีคุณสมบัติพิเศษ คือ มีหน้าจอแสดงผลความถี่ที่สามารถปรับ ช่วงความถี่ให้เหมาะสมตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ทั้งนี้ยังมีแผ่นรองสั่นสะเทือนหลายขนาดที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละช่วงวัย เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้และเพิ่มประสิทธิภาพในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจจากเสมหะ ลดการคั่งค้างของเสมหะรวมทั้งช่วยป้องกันการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว และอาจต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกครั้งทั้งรายละเอียดในการออกแบบการใช้งาน การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลในลำดับต่อไป

ตอนที่ 2 การศึกษาความพึงพอใจและคุณภาพของนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมและแต่ละรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.50 - 4.80) นอกจากนี้จากการประเมินคุณภาพนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะยังพบอีกว่าทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.50 - 4.80)

เนื่องจากมีคู่มือทำให้สะดวกในการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชร ใจการุณ (2561)¹⁶ และคณะพบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมเสื้อดักดัก โดยภาพรวม ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมและแต่ละรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.5 - 4.8$) จากผู้ปกครองของเด็ก 2-5 ปี ซึ่งอาจพอใจที่เห็นรูปร่าง สีสรรค์ของนวัตกรรมที่น่ารักและเห็นความสนุกของเด็กขณะทดลองใช้นวัตกรรมเสื้อดักดัก นอกจากนี้จากการประเมินคุณภาพนวัตกรรมเสื้อดักดัก ยังพบอีกว่าทั้งโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.6 - 4.7$) เพราะว่ามีคู่มือของการใช้งาน

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการพัฒนานวัตกรรมครั้งถัดไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในการระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะมาศึกษาทดลองนำร่อง (Pilot study) อาจ

2. ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมมาอย่างต่อเนื่องอีกครั้ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย และระยะเวลาในการติดตามอาการยังค่อนข้างสั้น ดังนั้นใน

3. การศึกษานวัตกรรมครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาในการติดตามให้มากขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนประชากรได้ รวมทั้งเพิ่มประเด็นขนาดของนวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะ รายละเอียดคู่มือและความละเอียดในการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

4. ควรมีการแสดงการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 2-5 ปี กับการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอด สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการระบายเสมหะที่สร้างขึ้นกับการเคาะปอดอื่น ๆ ที่ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป

References

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

2. The Thai society of pediatric respiratory and critical care medicine. Pneumonia. In: The Thai society of pediatric respiratory and critical care medicine, editors. Guideline for acute respiratory infection of pediatric 2019. Nonthaburi: Beyond enterprise company; 2019. (In Thai).
3. Niyomwit K. & Khammarit S. Nursing Care for Reducing Secretion Retention in Pediatric Patients. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2019; 30(1): 216-225. (in Thai).
4. Supsung A, Jintrawet U. & Lumchang S. Factor Related to Caregiver Practices in Caring for Hospitalization Toddler with Acute illness. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(2): 140-148. (in Thai).
5. Koonwiang E, Prabpai S. & Chanthong P. Effectiveness of Health Education Program for Prevention of Respiratory Infection among children with a cyanosis Congenital Heart Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(2): 140-148. (in Thai).
6. Wang TH, Wu CP. & Wang LY. Chest physiotherapy with early mobilization may improve extubation outcome in critically ill patients in the intensive care units. Clin Respir J. 2018; 11(2): 2613-2621.
7. Castro AM, Calil SR, Freitas SA, Oliveira AB. & Porto EF. Chest physiotherapy effectiveness to reduce hospitalization and mechanical ventilation length of stay, pulmonary infection rate and mortality in ICU patients. Respiratory Medicine. 2017; 107(1): 68-74.
8. Hussein HA. & Elsamman GA. Effect of Chest Physiotherapy on Improving Chest Airways among Infants with Pneumonia. Journal of American Science. 2017; 7(9): 460-466.

9. Morrow BM. Chest Physiotherapy in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Intensive Care*. 2018; 4(4): 174-9.
10. Shannon H, Stiger R, Gregson RK, Stocks J. & Main E. Effect of chest wall vibration timing on peak expiratory flow and inspiratory pressure in a mechanically ventilated lung model. *physiotherapy*. 2017; 96(1): 344-349.
11. McCarren B, Alison JA. & Herbert RD. Vibration and its effect on the respiratory system. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2017; 52(1): 39-43.
12. Kluayhomthong S, Khisanapant W, Chaisuksant S. & Jones C. Effectiveness of a new breathing device "BreatheMAX®" to increase airway secretion clearance in patients with ventilatory dependence. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy* 2017, 23(1): 95-108. (in Thai).
13. Volsko TA. Airway Clearance Therapy: Finding the Evidence. *Respiratory care*. 2017; 58(10): 1669-1678.
14. Prajankett O, Indhraratana A, Prasittivejchakul A. & Julawong O. The Effect of Research Based Learning Management in Health System and Health Promotion Subject on Learning Outcome and Innovative Work Behavior of Nursing Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18(2): 55-63. (in Thai).
15. Pongcharoen C, Luk-in C, Siratirakul L. & Panasan D. The effects of using the innovative suction model "SNC. SUCTION MODEL" on suction skills of nursing students. *Journal of Nursing and Health Research*. 2017; 22(1): 80-94. (in Thai).
16. Jaigarun P, Hongthong A, Mayotha O, Kankoa A, Watchakan A. & Pariyathai O. Innovation: Duk-Dik Shlrt. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong* 2017; 2(1): 48-62. (in Thai)

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉิน ของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT)

โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย

Causal Factors Affecting Disaster Response Of M-MERT,

Army Hospital Under Army District In Thailand

อิทธินันท์ โชติช่วง*¹ สุรีย์ จันทรมาลี²

Ittinan Chotechuang*¹ Suree Chanthamolee²

¹กรมแพทย์ทหารบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

¹Army Medical Department, Bangkok, Thailand 10400

²มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

²Western University, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การบริหารจัดการภัยพิบัติเป็นสิ่งมีคุณค่าในการช่วยเหลือรักษาชีวิต และการบรรเทาทุกข์ กับผู้เผชิญกับสถานการณ์ในภาวะวิกฤต เมื่อเกิดภัยพิบัติ กรมแพทย์ทหารบกได้มีการจัดเตรียมความพร้อมชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุขึ้นเพื่อปฏิบัติภารกิจดังกล่าว งานวิจัยนี้ได้ ศึกษาวิจัยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT) ประกอบด้วย กำลังพล การสั่งการและอำนวยความสะดวก การมีส่วนร่วม ต่อการตอบโต้ภัยพิบัติของ โรงพยาบาลกองทัพบก วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษาการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ, พัฒนาโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติ และศึกษาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ได้พัฒนาและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากจำนวนประชากร จำนวน 424 คนจาก 30 โรงพยาบาลกองทัพบกวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ใช้โปรแกรม สมการโครงสร้าง วิเคราะห์โมเดล และความสอดคล้อง ผลการวิจัยพบว่า กำลังพลชุดแพทย์เผชิญเหตุ มีการรับรู้การปฏิบัติของทุกตัวแปรแฝง อยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง ถึงมาก โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทุกตัวแปรแฝงส่งอิทธิพลทางบวกต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ทางระดับน้อยกว่า .05

คำสำคัญ: ชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ, การตอบโต้ภัยพิบัติ, การมีส่วนร่วม

Abstract

Disaster Management focus on saving lives provide relief and face situations in crisis when disasters have already occurred. The Royal Thai Army Medical Department has prepared Military Medical Emergency Response Team: M-MERT They must be trained. This research is an analytical study of the causal factors influencing disaster response during the emergency response period of the Military Medical Response Team with variable Personal, the Commanding and Directing, participation and disaster response. Objective:

Corresponding Author: * E-mail: suree.chant@gmail.com

วันที่รับ (received) 10 ธ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 พ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 พ.ค. 2565

1) To study the disaster response in the emergency response stage of the Military Medical Response Unit
2) To develop a causal factor model influencing disaster response in the emergency response period of the Medical Response Unit and 3) to study the direct and indirect influences of causal factors influencing disaster response in the emergency response period of the Military Response Team. The researcher collected the research data with the Military Medical Emergency Response unit, and personnel previously designated to perform duties, amounting to 424 people from 30 Army District hospital by using developing questionnaires confirm validity test with variable. Data were analyzed by frequency, percentage by computer program that analysed Structural equation model and Correlation. Result: It was found that, the perception of the capability of the M-MERT Awareness every variables are moderate to high. The causal factor model influencing disaster response consistent with the empirical data. All of variable positively influences disasters response significant below .05

Keywords: Medical Emergency response team, Disaster response. Participation, The command and direction

บทนำ

ปัญหาด้านภัยพิบัติซึ่งกำลังเป็นที่สนใจของประเทศทั่วโลกหลายประเทศ ในรอบทศวรรษที่ผ่านมาเป็นช่วงเวลาที่ยุทธศาสตร์ขนาดใหญ่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก สร้างความเสียหายทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม คิดเป็นมูลค่ามหาศาล แนวทางในการบริหารจัดการด้านภัยพิบัติเป็นการมุ่งเน้นในการปฏิบัติการเชิงรับตามหลักการ “การบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster Management: DM) ซึ่งให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือรักษาชีวิตให้การบรรเทาทุกข์ และเผชิญกับสถานการณ์ในภาวะวิกฤตเมื่อภัยพิบัติได้เกิดขึ้นแล้ว รวมทั้งการฟื้นฟู หลังเกิดภัยพิบัติ และในปัจจุบันให้ความสำคัญกับ “การบริหารจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ (disaster risk management: DRM)

ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นความเข้าใจในเรื่องความเสี่ยงและการจัดการกับปัจจัยความเสี่ยงจากภัยพิบัติอย่างเป็นระบบให้ความสำคัญกับกิจกรรมตั้งแต่ก่อนเกิดภัยระหว่างเกิดภัย และหลังจากเกิดภัยอย่างครบวงจร

กระทรวงกลาโหม เป็นหนึ่งในหน่วยงานหลักที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาล ในการจัดการ ภัยพิบัติ ช่วยเหลือประชาชน โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มรูปแบบตามสถานการณ์ และสามารถปฏิบัติการในระยะเวลาด่วนรวดเร็ว กองทัพไทยเป็นหน่วยสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ แต่กลับกลายเป็นว่าต้องแสดงบทบาทเป็นหน่วยงานหลัก เพราะมีความรวดเร็ว รวมถึงเป็นหน่วยงานแรกที่เข้าพื้นที่ประสบภัย การดำเนินการทางการทหารประกอบด้วย การขนส่ง การช่าง การ

ติดต่อสื่อสาร การข่าว และการแพทย์ ซึ่งสิ่งที่สำคัญคือการเคลื่อนที่อย่างคล่องแคล่ว เป็นการเคลื่อนที่ตามแต่ละพื้นที่ปฏิบัติการ และมีเครื่องมือที่ทันสมัย ทั้งรถยนต์ และอากาศยาน รวมถึงมีสายการบินที่บินข้ามประเทศที่มีความชัดเจน โดยขีดความสามารถจะเกิดขึ้นเมื่อภัยคุกคามขนาดใหญ่และการทำงาน ร่วมกับหน่วยงานอื่น หรือการปฏิบัติข้ามเขตแนวชายแดน กรมแพทย์ทหารบกเหล่าสายวิทยาการของกองทัพบก มีการกำกับดูแล อำนาจการหน่วยสายแพทย์ในภูมิภาค โดยกำหนดให้กรมแพทย์ทหารบกสนับสนุนภารกิจ ด้านการแพทย์ให้แก่หน่วยในกองทัพบก ในการปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนและผู้ประสบภัย ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ส่งผลกระทบรุนแรง โดยให้หน่วยขึ้นตรงต่อกรมแพทย์ทหารบกสามารถปฏิบัติการกิจได้ตามความมุ่งหมายของกองทัพบก รวมทั้งการปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนและผู้ประสบภัย ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ส่งผลกระทบรุนแรง

กรมแพทย์ทหารบกได้มีการพัฒนาชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (Military Medical Emergency Response Team: M-MERT) โดยกำลังพลต้องผ่านการฝึกอบรมและฝึกซ้อมเพื่อการเผชิญเหตุ ประกอบด้วยหลักสูตร หลักสูตรชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ กรมแพทย์ทหารบก (Military Medical Emergency Response Team: M-MERT) หลักสูตรแพทย์สนามฉุกเฉิน ระดับตติยภูมิ กรมการแพทย์ สธ. (MERT) หลักสูตรชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็วตอบโต้ภัยพิบัติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สผจ. (DMERT) และหลักสูตรทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็ว ระดับอำเภอ

กรมการแพทย์ สธ. (Mini-MERT) โดยมีขีดความสามารถในการเข้าพื้นที่ประสบภัยและการบริหารจัดการสถานการณ์ แบ่งออกเป็นภาคตัดแยกประเภทผู้ป่วยแบ่งตามลำดับความรุนแรง (TRIAGE) การปฐมพยาบาลและการตรวจรักษาโรคทั่วไป (Treatment) กลุ่มผู้ป่วยนอก สามารถตรวจได้ 100 รายต่อวัน และการส่งต่อผู้ป่วย (Transfer) สามารถดำรงชีพได้ด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติการกิจได้ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง นอกจากนี้สามารถออกปฏิบัติการกิจได้ภายใน 6-12 ชั่วโมง ชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ 1 ชุด ประกอบด้วยกำลังพล จำนวน 17-20 นาย ขึ้นอยู่กับการจัดระดับของโรงพยาบาล พร้อมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยาเวชภัณฑ์ ยุทโธปกรณ์ และยานพาหนะ

กรมแพทย์ทหารบก ได้มีการจัดเตรียม และวางแผนพัฒนาและฝึกอบรมชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับภาคส่วนอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เมื่อปฏิบัติงานจริงทั้งนี้ยังมีเหตุปัจจัยหลายประการที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ และเป็นอุปสรรคสำคัญ จากงานวิจัยของ ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์และธิดิรัตน์ กสิวิวัฒน์ เรื่อง ถอดบทเรียนการปฏิบัติงานของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ

ในการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยพิบัติแผ่นดินไหว ประเทศเนปาล พบว่าปัญหาในการปฏิบัติชุดแพทย์เวชียเหตุ ประกอบด้วย 1) พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติซ้ำ การเดินทางไม่ปลอดภัย ผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลือไม่ทั่วถึง 2) การติดต่อสื่อสารมีปัญหา ยาและเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ เครื่องมืออุปกรณ์ไม่สะดวกต่อการใช้งาน 3) การมอบหมายภารกิจไม่ชัดเจน เข้าถึงพื้นที่ล่าช้า ขาดการหมุนเวียนกำลังพล นอกจากนั้น ยังได้แนะแนวทางการพัฒนาชุด M-MERTขอได้แก่การเตรียมความพร้อมของบุคลากรจัดทำแผนงานด้านภัยที่ภัยพิบัติที่ต่อเนื่อง การวางแผนอัตรากำลังพล พัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน จัดระบบส่งกำลังบำรุง จัดระบบข้อมูลและการข่าวที่ถูกต้อง พัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลทางยุทธวิธี รวมถึงคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านเพศ วัฒนธรรม ความเชื่อและภาษา จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม รวมถึง ความร่วมมือของประชาชนในที่เกิดเหตุ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับหลายงานวิจัยที่มีชุดปฏิบัติการในสถานการณ์ภัยพิบัติเช่นกัน

จากการศึกษาวิเคราะห์ดังกล่าว เห็นได้ชัดว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ ในการปฏิบัติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลทางตรงและทางอ้อมทำให้

การปฏิบัติยังคงมีอุปสรรค ทำให้หน่วยงานต้นสังกัดที่มีอำนาจในการกำกับดูแล ไม่สามารถวางแผนและบริหารจัดการชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากภัยพิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยเหตุดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย” เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามวิจัย

1) ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบกสังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทยเป็นอย่างไร

2) โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) เป็นอย่างไรสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ อย่างไร

3) ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) มีอิทธิพลทั้งทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย

2) เพื่อพัฒนาโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย

3) เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเวชียเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเวชียเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย เชิงสำรวจ (Survey Research) วิเคราะห์ด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modelling) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลโดยได้มีการศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยโดยทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี แนวคิด เพื่อนำมารวบรวมเป็นกรอบแนวคิดสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ กำลังพลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์สนามฉุกเฉินระดับตติยภูมิ ชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ และชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็วตอบโต้ภัยพิบัติสังกัด 30 โรงพยาบาลกองทัพบก สังกัดมณฑลทหารบกในประเทศไทย มีกำลังพลในตำแหน่งสายการบังคับบัญชาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT) จำนวนรวม 424 คน ขนาดตัวอย่างจำนวน 410 คน เนื่องด้วยจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนประชากรของงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกับประชากรทั้งหมด 424 คน เพิ่มจากจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 3%

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องด้วยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) คือแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและโครงสร้างของตัวแปรที่ต้องการจะศึกษา จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสร้างข้อคำถามตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ได้มีผู้ทำการพัฒนา เครื่องมือวัดและประเด็นคำถามที่ได้ทดลองใช้แล้วมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับการวิจัย และผู้วิจัยได้นำข้อคำถามที่ได้พัฒนาเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของข้อคำถาม และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเพื่อจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับร่าง โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 กำลังพลทหารชุดแพทย์เผชิญเหตุ ส่วนที่ 3 การสั่งการและอำนาจการ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วม ส่วนที่ 5 การตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นอื่นในส่วนที่ 1 มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดรวมกัน ส่วนที่ 2 ถึง 5 เป็นประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ท (Likert's scale) และส่วนที่ 6 เป็นคำถามปลายเปิด

การกำหนดตัวแปรและตัวชี้วัด ประกอบด้วย 4 ตัวแปรแฝง (Latent variable) ตัวแปรแฝงที่ 1 ประกอบด้วย

การสั่งการและอำนาจการ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต (Observed variable) นโยบายของหน่วย ข้อมูล การจัดสรรงบประมาณ ตัวแปรแฝงที่ 2 กำลังพลทหารชุดแพทย์เผชิญเหตุ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต ผู้บังคับบัญชา การจัดการกำลังพล ตัวแปรแฝงที่ 3 การมีส่วนร่วมประกอบด้วยตัวแปรสังเกตส่วนร่วมจากเครือข่ายภายนอก ส่วนร่วมจากชุมชน และ ตัวแปรแฝงที่ 4 การตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต การบริหารจัดการ อุปกรณ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์ การจัดบริการทางการแพทย์ การประเมินความเสี่ยง โดยแบบสอบถามได้ตรวจสอบความตรง (Validity) มีค่า IOC เท่ากับ .96 จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ใช้ try Out กับประชากรในหน่วยสายแพทย์ที่ไม่ใช่ โรงพยาบาล ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 60 คน แล้วคำนวณ เพื่อหาคำนวนความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) และแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .952 และ .955

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 ค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัยเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ความโด่ง เพื่อใช้ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูล นำเสนอในรูปแบบของตารางสถิติเชิงอนุมาน (Analytical Statistics) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยหาค่าจากสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ใช้ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรสังเกตได้ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ใช้ทดสอบสมมติฐาน สถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเครื่องมือวัดที่สร้างขึ้น (Confirmatory Factor Analysis)

ค่าไคสแควร์/ค่าชี้แจงความเป็นอิสระ (χ^2/df) โมเดลที่มีความกลมกลืนอย่างสมบูรณ์ได้ใช้สถิติ IFI (Incremental Fit Index) , GF (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation และ SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) Largest standardized residual

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2563 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 542871 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2563-0040

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 66.98 และ 33.02 ตามลำดับ) มีระดับชั้นยศในระดับนายทหารชั้นประทวนมากที่สุด (ร้อยละ 46.70) ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนนายทหารระดับชั้นสัญญาบัตร (ร้อยละ 44.34) นอกจากนี้นักกลุ่มผู้กำลังพลที่เป็นตัวอย่างวิจัยส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 60.61) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 24.53) สำหรับพื้นที่การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่อยู่กองทัพบกที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 37.26 และ 32.78 ตามลำดับ)

และปฏิบัติงานในกองทัพบกที่ 4 น้อยที่สุด (9.43) และกลุ่มตัวอย่างวิจัยที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการจัดการภัยพิบัติใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.94 และ 49.06 ตามลำดับ) อายุโดยเฉลี่ย 34.86 ปี ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 32 - 58 ปี อายุการรับราชการระหว่าง 12.30 ปี มีผู้รับราชการตั้งแต่ 1-40 ปี ค่าเฉลี่ยของรายได้ 23,367.99 บาท ค่าต่ำสุด 15,000 บาท ค่าสูงสุด 130,000 บาท และมีประสบการณ์ในการจัดการด้านภัยพิบัติ 1.7 ครั้งโดยเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงในโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ โดยการใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรสังเกตพบว่ามีจำนวนค่าความสัมพันธ์ทั้งหมด 55 คู่ ทุกคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทิศทางบวกและมีค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .68 ถึง .91 ซึ่งจัดว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรสังเกตได้

ตัวแปรสังเกต	การมีส่วนร่วมจากเครือข่ายภายนอก	การมีส่วนร่วมจากชุมชน	ผู้บังคับบัญชา	การจัดการกำลังพล	การบริหารจัดการ	อุปกรณ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์	การจัดบริการทางการแพทย์	การประเมินความเสี่ยง	นโยบายของหน่วยในการปฏิบัติ	ข้อมูล	การจัดสรรงบประมาณ
การมีส่วนร่วมจากเครือข่ายภายนอก	1.00										
การมีส่วนร่วมจากชุมชน	.83*	1.00									
ผู้บังคับบัญชา	.79*	.75*	1.00								
การจัดการกำลังพล	.85*	.74*	.81*	1.00							
การบริหารจัดการ	.85*	.84*	.78*	.81*	1.00						
อุปกรณ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์	.77*	.76*	.72*	.76*	.88*	1.00					
การจัดบริการทางการแพทย์	.75*	.82*	.70*	.71*	.87*	.83*	1.00				
การประเมินความเสี่ยง	.79*	.74*	.73*	.75*	.84*	.78*	.82*	1.00			
นโยบายของหน่วยในการปฏิบัติ	.86*	.75*	.81*	.91*	.84*	.77*	.73*	.77*	1.00		
ข้อมูล	.88*	.78*	.78*	.86*	.85*	.79*	.74*	.80*	.91*	1.00	
การจัดสรรงบประมาณ	.84*	.71*	.70*	.81*	.79*	.78*	.68*	.74*	.83*	.87*	1.00
ค่าเฉลี่ย (M)	3.86	3.97	4.04	3.83	3.93	3.83	4.00	3.89	3.82	3.77	3.62
ความแปรปรวน (SD)	.78	.76	.76	.78	.73	.77	.77	.78	.80	.79	.84

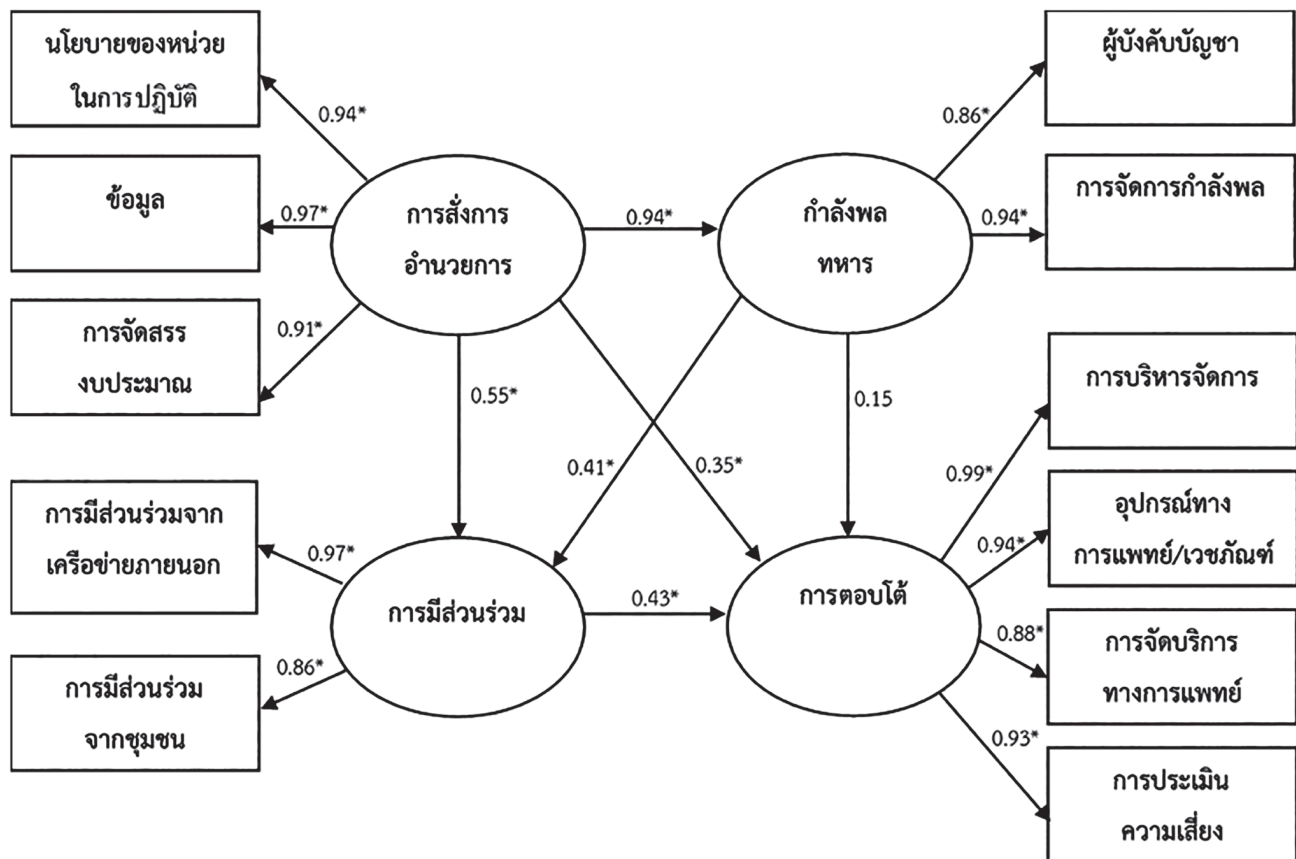
หมายเหตุ *p < .05; N 424

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ มีจำนวนค่าความสัมพันธ์ทั้งหมด 55 คู่ พบว่า ทุกคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทิศทางบวกและมีค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .68 ถึง .91 ซึ่งจัดว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงมาก

ตัวแปรแฝงกำลังพลทหารชุดแพทย์เผชิญเหตุ M-MERT ที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัวแปร คือ 1) ผู้บังคับบัญชา 2) การจัดการกำลังพล ตัวแปรแฝงการสั่งการและอำนาจการของทหารชุดแพทย์เผชิญเหตุ M-MERT ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัวแปร คือ

1) นโยบายของหน่วยในการปฏิบัติ 2) ข้อมูล 3) การจัดสรรงบประมาณ ตัวแปรแฝงการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัวแปร คือ 1) การมีส่วนร่วมจากเครือข่ายภายนอก 2) การมีส่วนร่วมจากชุมชน ตัวแปรแฝงภายใน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปรคือ 1) การบริหารจัดการ 2) อุปกรณ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์ 3) การจัดบริการทางการแพทย์ 4) การประเมินความเสี่ยง

3. การตรวจสอบความสอดคล้อง กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก (ภาพที่ 1)



$$(\chi^2 (27, N = 424) = 79.42, p = .00, RMSEA = .06, GFI = .97)$$

ภาพที่ 1 โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT)

วิเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ พบว่า ค่าสถิติไคสแควร์มีค่าเท่ากับ 79.42 องศาอิสระ (df) มีค่าเท่ากับ 27 ค่าความน่าจะเป็น (p) มีค่าเท่ากับ .00 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (CFI) มีค่าเท่ากับ .97 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (RMSEA) มีค่าเท่ากับ .06 และเมื่อพิจารณาค่า χ^2/df มีค่าระหว่าง 2.00 ถึง 5.00 ($2.00 \leq \chi^2/df \leq 5.00$) จากข้อมูลค่าสถิติที่กล่าวมาข้างต้นสนับสนุนว่า โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มี

อิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

($\chi^2 (27, N = 424) = 79.42, p = .00, RMSEA = .06, GFI = .97$)

4. การศึกษาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ (M-MERT) โรงพยาบาลกองทัพบก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์อิทธิพลของโมเดลวิจัย และค่าสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ R^2

ตัวแปรแฝง ตัวแปรสังเกต	การสั่งการและอำนวยความสะดวก			กำลังพลทหาร			การมีส่วนร่วม		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
การมีส่วนร่วม	.94*	.39*	.55*	.41*	-	.41*	-	-	-
	(0.04)	(0.08)	(0.08)	(0.08)		(0.08)			
	24.32	5.01	6.82	5.12		5.12			
กำลังพลทหาร	0.94*	-	0.94*	-	-	-	-	-	-
	(0.05)		(0.05)						
	20.27		20.27						
การตอบโต้	.89*	.54*	.35*	.32*	.18*	.15	.43*	-	.43*
	(0.04)	(0.09)	(0.09)	(0.08)	(0.05)	(0.08)	(0.09)		(0.09)
	23.24	6.35	4.09	4.01	3.39	1.80	4.39		4.39

ค่าสถิติ $\chi^2 (27, N = 424) = 79.42, p = .00, RMSEA = .06, GFI = .97$

สมการโครงสร้างของตัวแปร	กำลังพลทหาร	การมีส่วนร่วม	การตอบโต้
R-Square	.88	.91	.83

เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง

ตัวแปรแฝง	การมีส่วนร่วม	กำลังพลทหาร	การตอบโต้	การสั่งการและอำนวยความสะดวก
การมีส่วนร่วม	1.00			
กำลังพลทหาร	.93	1.00		
การตอบโต้	.89	.88	1.00	
การสั่งการและอำนวยความสะดวก	.94	.94	.89	1.00

หมายเหตุ: 1) TE อิทธิพลโดยรวม DE อิทธิพลทางตรง IE อิทธิพลทางอ้อม
2) *P < .05, เลขในวงเล็บคือ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ตัวเลขทศ

แสดงค่าขนาดอิทธิพลในรูปคะแนนมาตรฐาน

อิทธิพลทางตรงที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม พบว่า การสั่งการและอำนาจการของทหารชุดแพทย์เผชิญเหตุ ส่งผลต่ออิทธิพลเท่ากับ .94 อิทธิพลทางตรงขนาดเท่ากับ .55 และ อิทธิพลทางอ้อมขนาดเท่ากับ .39 กำลังพลทหารส่งผลต่ออิทธิพลทางตรง ต่อการมีส่วนร่วมขนาดเท่ากับ .41 ส่งผลต่ออิทธิพลทางตรง ต่อการสั่งการและอำนาจการ .94 การตอบโต้ภัยพิบัติ ส่งผลต่ออิทธิพลต่อการสั่งการและอำนาจการ .89 อิทธิพลทางตรงขนาดเท่ากับ .35 และส่งผลต่ออิทธิพลทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมขนาดเท่ากับ .54 ส่งผลต่ออิทธิพลต่อกำลังพลทหาร .32 อิทธิพลทางตรงขนาดเท่ากับ .15 และส่งผลต่ออิทธิพลทางอ้อมขนาดเท่ากับ .18 ส่งผลต่ออิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมขนาดเท่ากับ .43

จากค่าสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ R^2 ของสมการโครงสร้างของตัวแปรแฝง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์

การพยากรณ์ R^2 ของกำลังพล มีค่าเท่ากับ .88 ของการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ .91 ของการตอบโต้ มีค่าเท่ากับ .83 ซึ่งความสัมพันธ์กันในระดับที่สูงมาก ($r > .8$) ในทุกคู่ของความสัมพันธ์ สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน

ผลการวิจัย ยอมรับสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ ทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า การสั่งการและการอำนาจการมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2

ที่ระบุว่า กำลังพลที่ปฏิบัติหน้าที่ชุดแพทย์เผชิญเหตุมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการตอบโต้ภัยพิบัติ และยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมตอบโต้ภัยพิบัติมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ ในระดับค่า $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาระดับการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุพื้นฐานของการรับรู้ถึงขีดความสามารถในการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก อธิบายได้ว่า กระบวนการการตอบสนองต่อภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ทันกับสถานการณ์การเกิดภัยพิบัติ แม้ว่าจะไม่เกิดเหตุภัยพิบัติก็ตาม นโยบายเป็นสิ่งสำคัญนำไปสู่การเตรียมความ

พร้อมกำลังพลควรเพิ่มการเรียนรู้ มีการฝึกซ้อมและเตรียมการในการปฏิบัติ เช่น การเตรียมบุคลากร การเตรียมยุทโธปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ให้ความพร้อมอยู่เสมอ เมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติสามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึงมีงบประมาณรองรับ สำหรับการมีส่วนร่วม ควรต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเช่นกัน การเข้าถึงชุมชนหรือหน่วยงานอื่นที่มีความเกี่ยวข้องเป็นประจำ ซึ่งรวมถึงการหาแนวทางการสร้างเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น เมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติจะสามารถทำให้เกิดความร่วมมือและพร้อมสนับสนุนควรมีการจัดหากำลังคน เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับรองรับการบริหารจัดการภัย จัดทำแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดภัย และการตระหนักต่อภัยในทุกภาคส่วน มุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายไม่เป็นทางการสำหรับการปฏิบัติภัยพิบัติสอดคล้องกับงานวิจัย¹ อธิบายสถานการณ์การบริหารจัดการภัย ส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อม และการเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกับการบริหารจัดการภัยพิบัติ เนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐานที่มีความจำเป็นในการสร้างความพร้อมให้กับชุมชน ถึงแม้ว่าจะมีการจัดทำแผนรองรับการบริหารจัดการภัยแต่ไม่เคยมีการจัดการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมการรับมือกับภัยพิบัติตามแผนที่จัดทำขึ้น ส่งผลให้ที่ผ่านมาการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้ากับ ยังขาดแคลนทรัพยากรเช่น งบประมาณ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือกับการบริหารจัดการภัยพิบัติ

2. พัฒนาโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ ปรับโมเดลเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ จาก การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตในโมเดล จำนวน 11 ตัวแปรมีจำนวนค่าความสัมพันธ์ทั้งหมด 55 คู่ ทุกคู่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกและมีค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงมาก (.68 ถึง .91 ซึ่งจัดว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงมากความสัมพันธ์สูงสุดคือนโยบายของหน่วยในการปฏิบัติ นโยบายของหน่วยเกี่ยวกับข้อมูล มีขนาดความสัมพันธ์ระดับสูงมากในทิศทางบวก ($r = .91$) โดยมีการปรับโมเดลเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุยอมให้เมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมระหว่างความเคลื่อนไหว d และ e ได้แก่ TH 1, 3 และ TH 1, 4 4 มีความสัมพันธ์กัน ระหว่างตัวแปรเหล่านี้ในโมเดลฯ เพื่อให้โมเดลเชิงสาเหตุของการตอบโต้

อุทกภัยในระยะเผชิญเหตุฉุกเฉินของชุดแพทย์ทหาร
เผชิญเหตุมีความสอดคล้องกับสภาพการปฏิบัติงานในบริบท
จริงมากขึ้น เนื่องจากการกำหนดนโยบายของหน่วยในการ
ปฏิบัติ การปฏิบัติงานของผู้บังคับบัญชาที่มีประสิทธิภาพ
ตลอดจนความสามารถในการจัดการกำลังพล มีความ
เกี่ยวเนื่องกันสอดคล้อง⁷ พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติ ของผู้นำ
ภาวะผู้นำ และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นำ เป็นเรื่อง
สำคัญมากในการผลักดันนโยบายให้เกิดผล ในขณะเดียวกัน
การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและลักษณะของนโยบาย
ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ การสนับสนุนความร่วมมือ
จากกลุ่มต่าง ๆ และความเพียงพอของทรัพยากร ก็เป็นปัจจัยที่
สำคัญเช่นกันในการที่จะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบ
ผลสำเร็จรวมถึงการสื่อสารทำความเข้าใจกับกำลังพลในทุก
ระดับด้วยก็เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำควบคู่กันไป เพื่อให้ทุกคน
เข้าใจถึงภารกิจและแนวทางในการทำงานของตนและ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน

3. อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยเชิง
สาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ
ฉุกเฉิน พิจารณาจากตัวแปรแฝง พบว่า การสั่งการและ
อำนวยการ กำลังพลทหาร และการมีส่วนร่วม ส่งอิทธิพล
ทางบวกต่อการตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ที่ระดับ .05 สำหรับอิทธิพลทางอ้อม การสั่งการและ
อำนวยการมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมต่อการตอบโต้
ภัยพิบัติ กล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงความสามารถในกระบวนการ
ตอบโต้ภัยพิบัติในระยะเผชิญเหตุ ด้านการบริหารจัดการ
กำหนดโครงสร้างที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์
ยานพาหนะ ความเพียงพอและความทันสมัยของอุปกรณ์
ทางการแพทย์ การจัดการบริการทางการแพทย์ การจัดสรรบุคลากร
ทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติภารกิจ ชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ
รวมถึงทำงานร่วมกับหน่วยอื่นทำให้ความสามารถตอบโต้ภัย
พิบัติเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบริหารจัดการภัยพิบัติเชิงบูรณาการ
เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ เข้าใจ ชัดความ
สามารถในการเผชิญหน้า และรับมือตอบโต้กับภัยพิบัติ ได้แก่
ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
การตอบโต้ภัยพิบัติ ความยืดหยุ่น การสร้างเครือข่ายอย่างไม่
เป็นทางการ การจัดการอย่างเป็นทางการ และการมีส่วนร่วม
ของชุมชนเหมาะสมและยืดหยุ่น และการนำข้อมูลสารสนเทศ
มาใช้ สอดคล้องกับ แนวความคิด POSDCoRB P planning
นโยบายเป็นตัวกำหนดแผนงาน โดยอาศัยข้อมูล ความรู้มาใช้

เพื่อให้แผนงานนั้นสามารถส่งผลต่อวัตถุประสงค์ที่ต้องปฏิบัติ
งาน โดยมีการใช้งบประมาณเป็นส่วนควบคุมการปฏิบัติ สำหรับ
ข้อมูลนั้นที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุด สอดคล้องกับ
แนวความคิด CITA-POSDCoRB Paradigm ซึ่งเป็นแนว
ความคิด ที่เพิ่มเติมจาก POSDCoRB โดยปัจจุบันการติดต่อ
สื่อสาร ที่สามารถใช้ได้กับทุกภาคส่วน การได้รับข้อมูล มีหลาย
ทาง โดยในปัจจุบัน นั้นมีระบบสารสนเทศเป็นตัวรองรับ ที่สำคัญ
รวดเร็วรวมถึงมีเครือข่ายการติดต่อสื่อสารที่มากขึ้น และ
เมื่อเกิดเหตุการณ์ ความร่วมมือจากภาคส่วนต่างที่เกี่ยวข้อง
กับการตอบโต้ภัยพิบัติมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด สอดคล้องกับ
Agranoff and McGuire (2003) ความร่วมมือในการแก้ไข
ปัญหาอุทกภัยที่เป็นอุทกภัยในขั้นที่วิกฤต รุนแรง มีความซับซ้อน
ของปัญหาที่หลากหลายปัญหา มีความสับสนวุ่นวายของ
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ทุกฝ่ายต้องหันมาร่วมกันแก้ไข
ปัญหาที่เกิดขึ้นให้ปัญหานั้นคลี่คลายลง สำหรับความร่วมมือ
(Collaboration) เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นการแก้ไข
ปัญหา รวมถึงระบบเครือข่าย ซึ่งเป็นการประสานงานของบุคคล
กลุ่มหรือองค์การหลาย ๆ องค์การที่ต่างมีทรัพยากรของตัวเอง
มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายของตนเอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการสั่งการและการอำนวยการ ควรมีนโยบาย
ในการรับมือภัยพิบัติที่ชัดเจน มีการวางแผนการดำเนินงาน
และสร้างความเข้าใจถึงลักษณะการดำเนินงานต่าง ๆ
แก่เจ้าหน้าที่ทีมชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุ รวมทั้งมีแนวทาง
ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ของกองทัพบกเพื่อให้
การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเตรียมข้อมูลต่าง ๆ
ที่น่าเชื่อถือปรับปรุงระบบข้อมูล สารสนเทศให้มีความทันสมัย
รวมถึงคำสั่งการต่างๆ ต่อทีมชุดแพทย์ทหารฉุกเฉิน ซึ่งจะต้อง
มีความชัดเจน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เพื่อให้ชุดแพทย์
ทหารเผชิญเหตุเข้าใจ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
มากที่สุด ตลอดจนควรมีการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ
รวดเร็ว โปร่งใสและตรวจสอบได้ ควรมีการปรับปรุงระบบ
งบประมาณการตอบสนองภัยพิบัติ เพื่อสามารถนำงบประมาณ
มาใช้ให้ทันเวลา รวมถึงการใช้เพื่อพัฒนาการศึกษา เพื่อสร้าง
ความจำเพาะ และความเป็นคุณลักษณะของเหล่าทหารแพทย์
เพื่อตอบสนองภัยคุกคามที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติ

2. ด้านบุคลากรและผู้ปฏิบัติ ในการพัฒนาบุคลากร
และผู้ปฏิบัติงาน ผู้บังคับบัญชาจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับภัย

พิบัติอย่างแท้จริง สามารถถ่ายทอดแนวทาง สามารถแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้า รวมถึงกระตุ้นบุคลากรให้สามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ ในการกำหนดจำนวนบุคลากร ควรมีความเหมาะสมต่อลักษณะการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้ บุคลากรพัฒนาสมรรถนะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้าน ควรกำหนดชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุเป็นตัวชี้วัดหลัก ในหัวข้อ สมรรถนะกำลังพล เนื่องจากเป็นภารกิจที่ใช้ปฏิบัติใน สถานการณ์ภัยพิบัติซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่สามารถคาด การณ์ล่วงหน้ามาก่อน ที่จำเป็นต้องการตอบโต้ภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ตลอดจนสนับสนุนสวัสดิการให้แก่บุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่บุคลากรได้รับการบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่

3. ด้านการมีส่วนร่วม หน่วยงานต้นสังกัดควรเน้น การสร้างความร่วมมือ ทั้งความร่วมมือภายในสังกัด ความร่วม มือจากหน่วยงานภายนอก และความร่วมมือจากชุมชน สร้างความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการทำงาน ตอบโต้ภัยพิบัติเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ของกองทัพบก เพื่อให้เกิดการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในด้าน ความร่วมมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ ในการดำเนินงาน และความร่วมมือจากชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยประสาน งานกับผู้นำชุมชนหรือองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้าง ความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้นควร มีการกำหนดเป็น SOP (Standard operation procedure) เพื่อให้เกิดความร่วมมือเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษามุ่งเน้น การเตรียมพร้อมของโรงพยาบาลกองทัพบก หัวข้อวิจัย ปัจจัยที่มี ผลต่อการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภัยพิบัติของโรงพยาบาล กองทัพบก ดำเนินการวิจัยกับโรงพยาบาลกองทัพบกในทุก ระดับ กลุ่มประชากร แบ่งเป็นระดับ ผู้บังคับบัญชา ผู้บริหาร โรงพยาบาล ทีมบริหารงานโรงพยาบาล

ผู้ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาล ผู้ดำเนินงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง อาทิเช่น การส่งกำลังบำรุง การจัดหา การงบประมาณ ทีมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำวิจัยเป็นการวิจัยผสม (Mixed method) โดยการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ ระดับผู้บริหาร และการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การเก็บข้อมูล จากแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวข้อง กับการเตรียมความพร้อมของ โรงพยาบาลในการตอบโต้ ภัยพิบัติ โดยใช้ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภัยพิบัติ

(Disaster management) ทฤษฎีการบริหารจัดการในภาวะ วิกฤติ (Crisis management theory) ทฤษฎีและแนวทาง การจัดการในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยตามแนว ความคิด 2P2R แนวความคิดทฤษฎี การลดความเสี่ยงจาก สาธารณภัย (Disaster risk reduction) แนวความคิดทฤษฎี เรื่อง การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ จันทน์โมลี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. ประภาเพ็ญ สุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ รองศาสตราจารย์ ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย เป็นประธาน ในการสอบ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา และ คอยให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยตั้งแต่ต้นจนเสร็จเรียบร้อย ขอขอบพระคุณ พลโท ชาญชัย ตึกกะปัญโญ เจ้ากรมแพทย์ ทหารบก พันเอก ปุณฺณชทร ทิพย์วงษ์ ผู้อำนวยการกองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารบก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกองทัพบกสังกัด มณฑลทหารบก และทีมชุดแพทย์ทหารเผชิญเหตุโรงพยาบาล กองทัพบก ณ ที่นี้ที่ได้กรุณาให้ความสะดวก ความร่วมมือ และข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เป็นอย่างยิ่ง

References

1. Chuwong U., Nakrob T., Wongtham S. Developing People's Potential in Chanthaburi Municipality for Disaster Management. King Prajadhipok's Institute, 2012.
2. Department of Disaster Prevention and Mitigation. Glossary of disaster risk management terminology. Bangkok: Ministry of Interior; 2014:94-5. (in Thai)
3. Siripukdeekan C, Kasiwivat T. Lessons learned of Military Medical Emergency Response Team (M-MERT) in assisting and caring the earthquake victims in Nepal. Journal royal thai nurse 2018;19(1), 93-104. (in Thai)

4. Strategic Studied Centre. Thailand outlook and paradigm shift towards ASEAN community 2015. Bangkok: National Defence Studied Institute; 2012:3-4. (in Thai)
5. Aitken P, Wiltshire M. Parental satisfaction with a nurse-led emergency assessment unit. Paediatric Nurs. 2005;17(9):31-5. (in Thai)
6. Aieminthra G. Samui emergency plan [Thesis]. Bangkok: Thammasart University; 2016:56-61 (in Thai)
7. Seedam I. Factors affecting the implementation of the peace building process in the four southernmost provinces of Thailand policy: a case study of Pattani province [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010:8-9 (in Thai)
8. Department of Disaster Prevention and Mitigation. Disaster risk reduction. Bangkok: Ministry of Interior; 2016:94-5. (in Thai)
9. Etkin D. Disaster theory: an interdisciplinary approach to concepts and causes. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 2016:142-5.
10. Agranoff & McGuire. Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments Georgetown University Press, 2003.

การพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล

The Development Elderly Care Indicators in Nursing Homes

ปาริชาติ รัตนราช*¹ ไพวัลย์ โคตรตะ*¹ ภัชราภรณ์ วงศ์อาสา¹ อีร์เสณัฐ ศิริธนานนท์²

Parichat Rattanakaj¹ Paiwan Kotta¹ Patcharaporn Wongarsa¹ Teeraset Siratananont²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, Thailand 34000

²ศูนย์ข้อมูลทีปรึกษา กระทรวงการคลัง พญาไท กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

²Consultant Database Center Ministry of Finance, Phayathai, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุ 2) ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ตามกรอบแนวคิดเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติหมวด 7 การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน (1) พัฒนาตัวบ่งชี้โดยการสังเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก (2) ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรในสถานบริบาล จำนวน 230 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความตรงของเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า ตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ หมวด 7 มี 23 ตัวบ่งชี้ใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุ มี 5 ตัวบ่งชี้ 2) ด้านลูกค้า มี 3 ตัวบ่งชี้ 3) ด้านบุคลากร มี 7 ตัวบ่งชี้ 4) ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร มี 5 ตัวบ่งชี้ และ 5) ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์ มี 3 ตัวบ่งชี้ มีความตรงเชิงโครงสร้างการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.848-0.999 มีค่า $\chi^2 = 327.159$ $df = 213$ $\chi^2 / df = 1.535$ CFI= 0.960 TLI= 0.952 RMSEA= 0.048 p-value < 0.05

ตัวบ่งชี้จากการศึกษาครั้งนี้ สถานบริบาลสามารถนำไปกำหนดเป็นตัวบ่งชี้ของสถานบริบาลได้

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ สถานบริบาล รางวัลคุณภาพแห่งชาติ

Abstract

The purposes of this study were to: 1) develop the elderly care indicators 2) to test the structural validity of the elderly care indicators in nursing homes. under the conceptual framework of Thailand Quality Award Category 7. The study was conducted in two stages: ; (i) the development of the elderly care indicators in nursing homes through literature reviews and in-depth interview, and (ii) to test the structural validity by confirmatory factor analysis. The samples in this study, 230 administrators, professional nurses, nursing home personnel, were selected by a random sampling technique. This study used an in-depth interview form and a questionnaire with a reliability value of 0.89. Content analysis, validity and confirmatory factor analysis were used to examine the data.

Corresponding Author: *E-mail: parichat_puk@hotmail.com

This research project was funded by Ubon Ratchathani Rajabhat University.

วันที่ได้รับ (received) 8 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 24 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ส.ค. 2565

The findings revealed the following 23 indicators of five components on elderly care in nursing homes under the framework of Thailand Quality Award as the followings; five indicators on elderly care process results, three indicators on customers results, seven indicators on workforce results, five indicators on leadership and governance results, three indicators on financial, market, and strategy results, respectively. The confirmatory factor analysis also supported the congruency between the models and the empirical data with the statistically significant at 0.05, the component loading at 0.848 – 0.999, $\chi^2 = 327.159$, $df = 213$, $\chi^2 / df = 1.535$, CFI= 0.960, TLI= 0.952, RMSEA= 0.048 and p-value < 0.05

This study's indicators of the nursing home might be referred to as indicators of the nursing home.

Keywords: Elderly Care, Nursing Homes, Thailand Quality Award

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุในประเทศไทยประมาณ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด¹ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดจำนวน 255,327 คน² ครอบครัวในสังคมปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกออกไปทำงานนอกบ้าน วัยเด็กออกไปศึกษาเล่าเรียน ทำให้ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังจึงต้องจัดหาผู้ดูแล บางครอบครัวที่ไม่สามารถจัดหาผู้ดูแลที่บ้านผู้สูงอายุอาจจะต้องเข้าไปพักอาศัยในสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคเอกชน ดังนั้นสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความต้องการมากขึ้นเรื่อย ๆ

สถานบริการ ให้บริการด้านการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งบริการที่ให้ครอบคลุมเรื่อง การดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ หรือการประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาด้านสุขภาพโดยจัดกิจกรรมในวัน ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จัดสถานที่เพื่อพำนักรักษา สำหรับดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในสถานบริการ ยังต้องสร้างความชัดเจนในด้านมาตรฐานการดูแล รูปแบบการบริหารจัดการการดำเนินงานธุรกิจที่ความชัดเจนใน ความพร้อมของบุคลากรที่มีความรู้และทักษะการจัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ การให้บริการจึงต้องมีมาตรฐานถูกต้องตามหลักวิชา ดังนั้นสถานบริการจำเป็นต้องมีแนวทางการกำกับดูแลและมีข้อกำหนดด้านมาตรฐานโดยเฉพาะ³

การพัฒนาสถานบริการให้มีมาตรฐาน เป็นการเพิ่มขีดความสามารถด้านการแข่งขันของประเทศสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เป็นการยกระดับสถานบริการให้มีเกณฑ์มาตรฐานการดูแล

ผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทย และเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุชาวต่างชาติที่จะเข้ามาใช้บริการสถานบริการในประเทศไทย สิ่งหนึ่งที่จะทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการใช้บริการคือ สถานบริการได้รับการรับรองเรื่องมาตรฐานการขอรับรองเรื่องมาตรฐาน สามารถขอกับสถาบันหรือหน่วยงานที่ให้การรับรองเรื่องมาตรฐาน เช่น สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ที่ใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) เป็นกรอบในการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานหรือคุณภาพของหน่วยงาน เป็นต้น

TQA เป็นกรอบการบริหารจัดการจะช่วยให้องค์กรปรับปรุงประสิทธิภาพและขีดความสามารถของตนเอง และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั้งองค์กร ประกอบด้วย 7 หมวดคุณภาพ ได้แก่ หมวด 1 ด้านการบริหารจัดการองค์กร หมวด 2 ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ หมวด 3 ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า หมวด 4 ด้านการวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 ด้านการมุ่งเน้นการปฏิบัติการ และ หมวด 7 ด้านผลลัพธ์ ตลอดจนกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ได้จัดทำคู่มือพัฒนาธุรกิจบริการผู้สูงอายุสู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจ³ เพื่อเป็นแนวทางให้กับธุรกิจสูงอายุได้ยกระดับพัฒนาตนเอง อย่างไรก็ตามในหมวด 7 ด้านผลลัพธ์ ยังไม่มีการจัดทำตัวบ่งชี้แยกตามองค์ประกอบย่อย สถานบริการต้องกำหนดตัวบ่งชี้ขึ้นเอง บางตัวบ่งชี้มีความเหมาะสมและบางตัวบ่งชี้ไม่เหมาะสมกับการรับรองมาตรฐานสากล⁴ หมวด 7 ด้านผลลัพธ์เป็นหมวดที่แสดงสารสนเทศเป็นตัววัดความก้าวหน้าเพื่อประเมิน ปรับปรุง และสร้างนวัตกรรม องค์กรควรให้ความสำคัญกับการตรวจติดตามผลลัพธ์⁵

เนื่องจากยังไม่มีกำหนดตัวบ่งชี้ในหมวด 7 ด้านผลลัพธ์ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติหมวด 7 ด้านผลลัพธ์ เพื่อเป็นแนวทางให้สถานบริบาลได้นำไปเป็นตัวบ่งชี้และพัฒนาตนเองสู่เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ และปรับปรุงตนเองเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน

คำถามการวิจัย

1. ตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ หมวด 7 ด้านผลลัพธ์ มีอะไรบ้าง
2. ตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ หมวด 7 ด้านผลลัพธ์ ที่พัฒนาขึ้น มีความตรงเชิงโครงสร้างหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล เพื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (ปี พ.ศ. 2563-พ.ศ. 2564) มาเป็นกรอบแนวคิด และการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาตัวบ่งชี้เฉพาะหมวด 7 ด้านผลลัพธ์ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุ 2) ผลลัพธ์ด้านลูกค้า 3) ผลลัพธ์ด้านบุคลากร 4) ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร 5) ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาดและกลยุทธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล 2) การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุ ในสถานบริบาล

ระยะที่ 1 พัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล พัฒนาตัวบ่งชี้โดยการศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ผู้บริหารสถานบริบาลเป็นพยาบาล

วิชาชีพ 2 คน ญาติผู้ใช้บริการสถานบริบาล จำนวน 5 คน รวม 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ผลการดำเนินงานระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ร่างตัวบ่งชี้ 5 องค์ประกอบ จำนวน 22 ตัวบ่งชี้ และนำไปสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คนพิจารณาประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 คน พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 คน ผู้บริหารสถานบริบาล 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและประเมินผล 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ 1 คน ผลการพิจารณา ตัวบ่งชี้ที่ไม่ต้องปรับแก้ จำนวน 18 ตัวบ่งชี้ ตัวบ่งชี้ที่ต้องปรับแก้ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ตัวบ่งชี้ที่ถูกตัดออก จำนวน 1 ตัวบ่งชี้ ตัวบ่งชี้ที่เพิ่มขึ้น จำนวน 2 ตัวบ่งชี้ สรุปตัวบ่งชี้หลังการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 23 ตัวบ่งชี้

ระยะที่ 2 การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล

ผู้วิจัยนำตัวบ่งชี้ที่ได้ ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ 23 ตัวบ่งชี้ ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริบาล ช่วงระยะเวลา มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งมีจำนวนสถานบริบาลทั้งสิ้น 689 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริบาล จำนวน 230 คน ได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ ใช้ขนาดตัวอย่าง 10-20 เท่า⁶ ของจำนวนตัวแปรสังเกต ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรสังเกตจำนวน 23 ตัวแปร $\times 10$ ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 230 คน ใช้วิธีสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานบริบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างคืน และไปกลับ สถานบริบาลลงทะเบียนประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เกณฑ์ในการคัดออก คือไม่ยินยอมในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ที่ได้รับการพัฒนาตัวบ่งชี้ในระยะที่ 1 นำมาจัดทำเป็นแบบสอบถาม ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย มีความเหมาะสมมากที่สุด มีความเหมาะสมมาก มีความเหมาะสมปานกลาง มีความเหมาะสมน้อย มีความเหมาะสมน้อยที่สุด มี 23 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.56 – 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในสถานบริบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE641011 ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติตามกลุ่มตัวอย่างตามพระราชบัญญัติการวิจัยในคนทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์เนื้อหา ที่ได้จากการสัมภาษณ์ 2) วิเคราะห์เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) โดยการหาค่า IOC และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 3) วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยโปรแกรม Mplus

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ตามกรอบแนวคิดเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ หมวด 7 ด้านผลลัพธ์ มี 5 องค์ประกอบ 23 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุ มี 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการตามแผนการดูแลรายบุคคล 3) ร้อยละความสำเร็จของการปฏิบัติ ด้านความปลอดภัยตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 4) จำนวนครั้งที่เกิดกรณีการกระทำที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุ และละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ 5) ร้อยละของกระบวนการบริการที่สถานบริบาลปฏิบัติได้ตามเวลาที่กำหนด (Service Level Agreement)

องค์ประกอบที่ 2 ผลลัพธ์ด้านลูกค้า มี 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถานบริบาล 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความผูกพันต่อสถานบริบาล 3) ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมสัมพันธ์ของสถานบริบาลกับญาติหรือผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร มี 7 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) จำนวนบุคลากรแต่ละตำแหน่งเป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข 2) ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการประเมินตามสมรรถนะที่กำหนดของสถานบริบาล 3) ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อสภาพแวดล้อมในสถานบริบาล 4) ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ 5) ร้อยละของบุคลากรที่มีความผูกพันต่อสถานบริบาล 6) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในด้านการดูแลผู้สูงอายุ 7) ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ได้รับการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับ ดูแลองค์กร มี 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำองค์กรของผู้บริหาร 2) ร้อยละความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข 3) ร้อยละความสำเร็จในการปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับและการรับรองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศเกี่ยวกับสถานบริบาล 4) จำนวนเรื่องที่บุคลากรทุกระดับถูกร้องเรียนประพฤติผิดหลักปฏิบัติคุณธรรม จริยธรรม 5) จำนวนชั่วโมงต่อคนในการให้บริการแก่ชุมชนและสังคมของบุคลากร

องค์ประกอบที่ 5 ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์ มี 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ผลกำไรก่อนดอกเบี้ย ภาษี ค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย (Earnings before Interest, Tax, Depreciation and Amortization: EBITDA) 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการเพิ่มขึ้น 3) ร้อยละตัวบ่งชี้ของแผนยุทธศาสตร์ที่บรรลุผล

2. ผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของ

ตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวบ่งชี้ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดั่งหนึ่งตามโมเดลตัวบ่งชี้ องค์ประกอบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ก่อนปรับ พบว่า $\chi^2 = 453.995$ $df = 220$ $\chi^2 / df = 2.064$ CFI = 0.917 TLI = 0.905 RMSEA = 0.068 แสดงว่า โมเดลการวิจัยไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จึงปรับโมเดล หลังปรับโมเดล 11 ครั้ง พบว่า $\chi^2 = 321.178$ $df = 209$ $\chi^2 / df = 1.537$ CFI = 0.960 TLI = 0.952 RMSEA = 0.048 แสดงว่า โมเดลมีความตรงเชิงโครงสร้างสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง เป็นการวิเคราะห์เพื่อยืนยันตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ผลการวิเคราะห์หลังปรับโมเดล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (S.E.) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R^2) จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง หลังปรับโมเดล

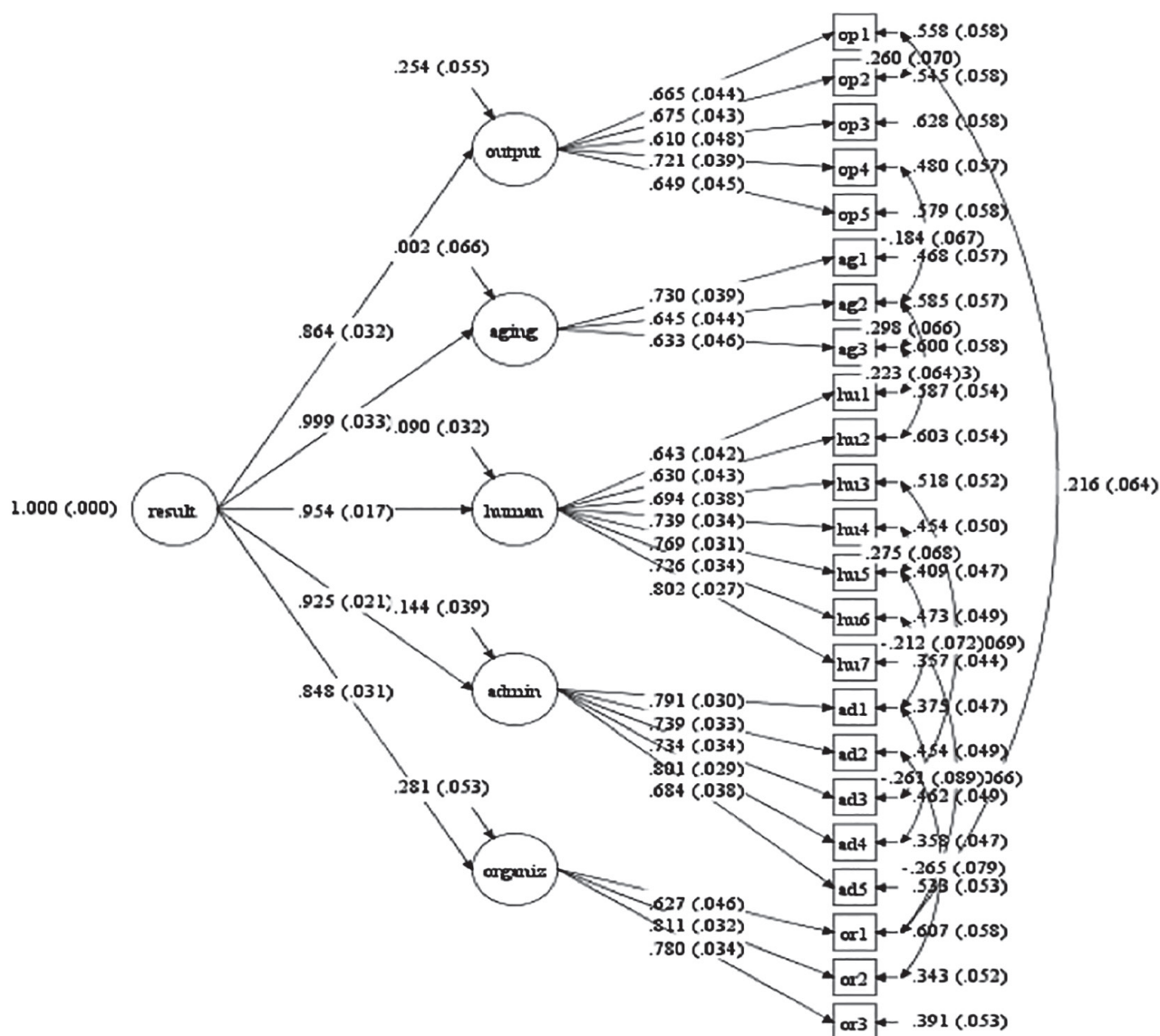
ตัวแปรสังเกตได้		องค์ประกอบเชิงค่าสถิติ			
		beta	S.E.	t	R^2
ผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุ (OUTPUT)					
OP1	1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	0.665	0.044	15.204	0.442
OP2	2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการตามแผนการดูแลรายบุคคล	0.675	0.043	15.574	0.455
OP3	3 ร้อยละความสำเร็จของการปฏิบัติด้านความปลอดภัยตามกฎกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	0.610	0.048	12.797	0.372
OP4	4 จำนวนครั้งที่เกิดกรณีการกระทำที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุและละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ	0.721	0.039	18.299	0.520
OP5	5 ร้อยละของกระบวนการบริการที่สถานบริบาลปฏิบัติได้ตามเวลาที่กำหนด (Service Level Agreement) ผลลัพธ์ด้านลูกค้ำ (AGING)	0.649	0.045	14.411	0.421
AG1	6 ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถานบริบาล	0.730	0.039	18.715	0.532
AG2	7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความผูกพันต่อสถานบริบาล	0.645	0.044	14.629	0.415
AG3	8 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมสัมพันธ์ของสถานบริบาลกับญาติหรือผู้ดูแล	0.633	0.046	13.776	0.400
ผลลัพธ์ด้านบุคลากร (HUMAN)					
HU1	9 จำนวนบุคลากรแต่ละตำแหน่งเป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข	0.643	0.042	15.334	0.413
HU2	10 ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการประเมินตามสมรรถนะที่กำหนดของสถานบริบาล	0.630	0.043	14.604	0.397
HU3	11 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อสภาพแวดล้อม ในสถานบริบาล	0.694	0.038	18.511	0.482
HU4	12 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ	0.739	0.034	22.057	0.546
HU5	13 ร้อยละของบุคลากรที่มีความผูกพันต่อสถานบริบาล	0.769	0.031	25.023	0.591
HU6	14 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในด้านการดูแลผู้สูงอายุ	0.726	0.034	21.332	0.527

ตัวแปรสังเกตได้		องค์ประกอบเชิงค่าสถิติ			
		beta	S.E.	t	R ²
ผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุ (OUTPUT)					
HU7	15 ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ได้รับการอบรม สามารถนำความรู้ที่ได้รับประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับ ดูแลองค์กร (ADMIN)	0.802	0.027	29.468	0.643
AD1	16 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำองค์กรของผู้บริหาร	0.791	0.030	26.433	0.625
AD2	17 ร้อยละความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข	0.739	0.033	22.310	0.546
AD3	18 ร้อยละความสำเร็จในการปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ และการรับรองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศเกี่ยวกับสถานบริบาล	0.734	0.034	21.761	0.538
AD4	19 จำนวนเรื่องที่บุคลากรทุกระดับถูกร้องเรียน ประพฤติผิดหลักปฏิบัติคุณธรรม จริยธรรม	0.801	0.029	27.433	0.642
AD5	20 จำนวนชั่วโมงต่อคนในการให้บริการแก่ชุมชนและสังคมของบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์ (ORGANIZ)	0.684	0.038	17.806	0.467
OR1	21 ผลกำไรก่อนดอกเบี้ย ภาษี ค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA)	0.627	0.046	13.586	0.393
OR2	22 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการเพิ่มขึ้น	0.811	0.032	25.272	0.657
OR3	23 ร้อยละตัวบ่งชี้ของแผนยุทธศาสตร์ที่บรรลุผล ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง หลังปรับโมเดล	0.780	0.034	22.936	0.609
	ผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุ (OUTPUT)	0.864	0.032	27.335	0.746
	ผลลัพธ์ด้านลูกค้า (AGING)	0.999	0.033	30.288	0.998
	ผลลัพธ์ด้านบุคลากร (HUMAN)	0.954	0.017	56.164	0.910
	ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับ ดูแลองค์กร (ADMIN)	0.925	0.021	43.679	0.856
	ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์ (ORGANIZ)	0.848	0.031	26.930	0.719

p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ
เชิงยืนยันอันดับสองของตัวบ่งชี้ หลังปรับ พบว่า ผลการตรวจ
สอบความตรงเชิงโครงสร้างมีค่า $\chi^2 = 327.159$ df= 213
 $\chi^2/df = 1.535$ CFI = 0.960 TLI = 0.952 RMSEA = 0.048
แสดงว่า ตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล มีความตรง
เชิงโครงสร้างมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.848-

0.999 โดยองค์ประกอบที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ
ผลลัพธ์ด้านลูกค้า (AGING) มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
เท่ากับ 99.8 รองลงมาคือ ผลลัพธ์ด้านบุคลากร (HUMAN)
มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 91.0 โมเดลการวิเคราะห์
ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงโมเดล การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของตัวบ่งชี้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล หลังปรับโมเดล

การอภิปรายผลการวิจัย

องค์ประกอบที่ 1 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุ ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ จำนวนครั้งที่เกิดกรณีการกระทำที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุและละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ รองลงมาคือ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการตามแผนการดูแลรายบุคคล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ใช้บริการในสถานบริบาลเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บางคนมีอาการหลงลืม มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ดังนั้นตัวบ่งชี้เรื่องการกระทำที่รุนแรงจึงมีน้ำหนักมากที่สุด อธิบายได้ว่า หากสถานบริบาลใดมีรายงานการกระทำที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ไม่ว่าด้านร่างกายหรือจิตใจ หรือการละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ สถานบริบาลนั้นถือว่ามีความมาตรฐานต่ำ ส่งผลให้สถานบริบาลนั้น ๆ มีผู้ใช้บริการลดลง สอดคล้องกับการศึกษามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างพบว่ามาตรฐานที่สำคัญคือด้านสิทธิของผู้สูงอายุความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁷ ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักรองลงมาคือ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการตามแผนการดูแลรายบุคคล อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน การดูแลจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลที่แตกต่างกัน ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการบ้านพักคนชรา ในยุคปรกติใหม่ พบว่าผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการ บ้านพักคนชราที่มีการรักษาความปลอดภัย มีการตรวจประเมิน สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นระยะๆ มีการรายงานข้อมูลของผู้สูงอายุให้กับครอบครัวเสมอ มีขั้นตอนการติดต่อ สะดวก และรวดเร็วมีความพร้อมและขั้นตอนในการจัดการและติดต่อ สถานพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน⁸ สถานพยาบาลต้องรักษา คุณภาพบริการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้มารับบริการ⁹ การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการจัด บริเวณที่อบอุ่นคล้ายบ้าน⁴

องค์ประกอบที่ 2 ผลลัพธ์ด้านลูกค้า ตัวบ่งชี้ที่มี น้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ ร้อยละความพึงพอใจของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถานบริบาล ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความ ผูกพันต่อสถานบริบาล และ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนิน กิจกรรมสัมพันธ์ของสถานบริบาลกับญาติหรือผู้ดูแล ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถาน บริบาลเป็นตัวบ่งชี้ ที่จะบอกว่า สถานบริบาลนั้นมีคุณภาพมาก น้อยเพียงใด ความพึงพอใจที่มีต่อสถานบริบาลทั้งในด้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศ บุคลากร อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น สอดคล้องกับการงานวิจัยที่ศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการ ต่อการได้รับการในด้านต่าง ๆ จากธุรกิจดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ใช้บริการในธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ มีความต้องการด้านพนักงาน ดูแล ด้านช่องทางการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ¹⁰ และ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย พบว่าสถานบริการ ควรมีระบบรักษาความปลอดภัย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม มีภูมิทัศน์ร่มรื่นสวยงาม จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข ทางกายและใจที่ดีขึ้น¹¹ ผู้รับบริการที่พึงพอใจจะส่งผลต่อ ความประทับใจเชิญชวนผู้รับบริการรายใหม่เข้ามา⁹

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ตัวบ่งชี้ที่มี น้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ ร้อยละความสำเร็จของบุคลากร ที่ได้รับการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้รับประยุกต์ใช้กับ การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า สถานบริบาล ที่จะมีคุณภาพที่ดีนั้น นอกจากจะมีบุคลากรที่มีความรู้แล้ว บุคลากรเหล่านั้นต้องสามารถที่จะนำความรู้ที่มีอยู่ในตัว ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูก ต้องเหมาะสมตามความต้องการการดูแลของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการงานวิจัย ซึ่งศึกษาผู้ใช้บริการในธุรกิจดูแล ผู้สูงอายุ พบว่ามีระดับความต้องการสูงสุดในด้านพนักงาน

ดูแล¹¹ นอกจากนั้นแล้วบุคลากรควรได้รับการพัฒนาในด้าน ต่าง ๆ และควรได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม¹⁰ เพื่อสร้าง ความผูกพันต่อองค์กร

องค์ประกอบที่ 4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและ การกำกับ ดูแลองค์กร ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ จำนวนเรื่องที่ถูกบุคลากรทุกระดับถูกร้องเรียนประพฤติดังหลัก ปฏิบัติคุณธรรม จริยธรรม อธิบายได้ว่า การกระทำที่ผิดหลัก คุณธรรม จริยธรรม หากเกิดขึ้นกับสถานบริบาลใด จะทำให้ ผู้รับบริการขาดความเชื่อถือไว้วางใจที่จะมารับบริการ สถานบริบาลที่มีจริยธรรมย่อมเป็นที่ศรัทธาและสร้าง ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า ซึ่งมีความสำคัญโดยตรงต่อความสำเร็จ ของการประกอบธุรกิจอย่างยั่งยืน¹² และยังส่งผลต่อคุณภาพ ความสัมพันธ์กับลูกค้า¹³

องค์ประกอบที่ 5 ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และ กลยุทธ์ ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มารับบริการเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มา รับบริการเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงกลยุทธ์ของสถานบริบาล ที่มีการ ดำเนินการที่ดี ผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้มารับบริการเกิดความ ประทับใจในบริการต่าง ๆ ที่ทางสถานบริบาลจัดให้ ทำให้ มีการส่งต่อข้อมูล ส่งผลให้มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็น ความสำเร็จของธุรกิจบริการผู้สูงอายุ¹⁴

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สถานบริบาล สามารถนำตัวบ่งชี้ที่ได้จากการ วิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างตัวบ่งชี้ของสถานบริบาล เพื่อยกระดับและเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริบาล ตาม TQA

2. ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบผลลัพธ์ด้าน ลูกค้ามีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด ดังนั้นสถานบริบาล ควรให้ความสำคัญเรื่องความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อสถานบริบาล ความผูกพันของผู้สูงอายุต่อสถานบริบาล และการดำเนินกิจกรรมสัมพันธ์ของสถานบริบาลกับญาติหรือ ผู้ดูแล โดยการจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า กระทรวงพาณิชย์ สามารถนำตัวบ่งชี้เหล่านี้ เป็น แนวทางในการสร้างตัวบ่งชี้เพื่อใช้ในการประเมินสถานบริบาล ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงทดลอง โดยนำตัวบ่งชี้ที่ได้ไปทดลองใช้กับสถานบริบาลเพื่อหาความตรงเชิงสภาพ โดยการศึกษาเปรียบเทียบกับสถานบริบาลที่มีผลการดำเนินการที่แตกต่างกัน
2. ควรทำวิจัยเชิงประเมิณ เพื่อประเมินสถานบริบาล โดยใช้ตัวบ่งชี้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือในการประเมิน
3. นำตัวบ่งชี้ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์การให้บริการในสถานบริบาลในต่างประเทศที่มีการเติบโตของผู้สูงอายุและมีวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และคณะพยาบาลศาสตร์ ที่สนับสนุนทุนและเวลาในการดำเนินการวิจัย ขอพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ธีรวิทย์ เอกะกุล รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ ซึ่งให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ขอพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly 2020. Nakhon Pathom: Population and Social Research Institute Mahidol University; 2021. (in Thai)
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Annual Report 2020, Bureau of Elderly Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
3. Department of Business Development. Elderly Care Business Handbook to the quality standard of health service business management. Nonthaburi: Department of Business Development Ministry of Commerce; 2018. (in Thai)
4. Wisersith W, Soonthornchaiya R, Sasat S and Sakunphanit T. Care Service Model for Dependent Older Persons in Long-Term Care Institution in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20 (3): 422-431. (in Thai)
5. Thailand Productivity Institute and Office of Thailand Quality Award. TQA Criteria for Performance Excellence Framework 2563 – 2564. Bangkok: Eastern Printing Press Public Company Limited; 2019. (in Thai)
6. Silcharu T. Research and statistical analysis with SPSS and AMOS. Bangkok :Samun Business R&D; 2012. (in Thai)
7. Piriapap P, Klinwichit W, Incha P, Subgranon R and Kangchai W. Developing Standard Aging Health Care in Nursing Home. Burapha Journal of Medicine. 2015; 2 (1): 34-50. (in Thai)
8. Chuenchujit P. Factors Affecting the Selection of Services Provided by Elderly Nursing Home in The New Normal. (thesis). Bangkok: Mahidol University; 2021. (in Thai)
9. Ngernthaisong C, Oumtanee A. Professional Nurses as An Entrepreneur of Elderly Care Service. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019.; 20(3): 196-205. (in Thai)
10. Phimthong-ngam P. Elderly care Business Management Strategies in Chiang Mai. (thesis). Chiang Mai: Maejo University; 2015. (in Thai)
11. Sasat S, Phakdiprom T. Nursing Home system for the elderly. Journal of Demography. 2009; 25(1): 45-62. (in Thai)
12. Pengman H. Business Ethics for Sustainable Retail Business. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2016; 9(1): 815-828. (in Thai)
13. Chaikalaya R., Laksitamas P. Ethical Sales Representatives That Affect the Quality of Customer Relationship, Medical Equipment. Journal of Thonburi University. 2015; 9(18): 49-59. (in Thai)
14. Kaewkorath N., Thabhiranrak T. Successful Model of The Elderly Service Business Organizations in Thailand. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2021; 6(10): 114-131. (in Thai)

ผลของการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลสต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยาก

Effect of Biocellulose Wound Dressing on Healing of Hard-to-Heal Wounds

จรัสพรพร วงศ์วิเศษกาญจน์¹ ณัฐมา ทองธีรธรรม^{*2} นราทร โสภณประภากรณ¹ อนัญญารักษ์ เทียงธรรม¹ สุธี พานิชกุล¹

Jaraspas Wongviseskarn¹ Natma Thongteratham^{*2} Narathorn Soponprapakorn¹

Ananyaran Teingtham¹ Suthee Panichkul¹

¹โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10300

¹Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand 10300

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

²Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

นวัตกรรมการเพื่อส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรังหายยากด้วยการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส เป็นภารกิจท้าทายสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลยุคใหม่ วัตถุประสงค์การวิจัยนี้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบขนาดพื้นที่แผลเรื้อรังหายยากหลังการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส กลุ่มตัวอย่างคือ แผลเรื้อรังหายยาก 20 แผล ณ คลินิกดูแลแผลเรื้อรังหายยากด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (Advance Wound Care Clinic) โรงพยาบาลทหารระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลแผลเรื้อรังหายยากโดยการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกวิธีการทำแผลเรื้อรังหายยากโดยการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส 4) โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประมวลผลขนาดพื้นที่แผลเรื้อรังหายยากภาพผ่านบนจอมือถือ (Tissue Analytic Platform) ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขนาดพื้นที่แผลเรื้อรังหายยาก ระหว่างสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 2, 3, และ 4 หลังการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส พบขนาดพื้นที่แผลเล็กลงตามลำดับ (mean difference = -0.65, -0.62, และ -2.40) ตลอดจนพบความแตกต่างของขนาดพื้นที่แผลเรื้อรังหายยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 ($t = -2.90, p < .01$) โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนและอาการแพ้ใดๆ ซึ่งการหายของแผลเป็นลักษณะแผลแดงดี มีความชุ่มชื้น เนื้อตายที่ต้องตัดแต่งลดลง และโดยรวมแผลดีขึ้นและขนาดพื้นที่เล็กลง ดังนั้นการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส มีผลส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรังหายยากได้

คำสำคัญ: วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส แผลเรื้อรังหายยาก การหายของแผล นวัตกรรม

Abstract

A biocellulose as updated wound dressings is an innovation that has challenged the mission of modern nursing practice to enhance the healing of a chronic hard-to-heal wound. This research aimed to compare the area of chronic hard-to-heal wounds after applying biocellulose wound dressing. The 20 hard-to-heal wounds had cared for at an advanced wound care clinic, one tertiary military hospital, Bangkok, Thailand. Research instruments consisted of 1) a protocol of wound care with biocellulose wound dressing 2) a personal case record form 3) a case record form of hard-to-heal wound characteristics and wound dressing techniques 4) a computer program for image analysis of intractable chronic hard-to-heal wound through mobile

Corresponding Author: *Email: natma.the@mahidol.ac.th

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน)

วันที่รับ (received) 22 เม.ย. 2565 วันที่แก้ไขสำเนา (revised) 29 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 31 ก.ค. 2565

phone screen to assess wound size (Tissue Analytic Platform). The results revealed that compared average size of the chronic hard-to-heal wound between 1st week and 2nd, 3rd, and 4th week after applying biocellulose wound dressing, wound size was smaller (mean difference = -0.65, -0.62, and -2.40), respectively. In addition, average wound size was statistically significant differences ($t = -2.90$, $p < .05$) without any complications and allergic reactions. The better wound healing show reddish wound, more moisture, little necrotic tissue and in overall the wounds size were shallower and smaller. In sum, biocellulose wound dressings ought to be an effective wound dressing for hard-to-heal wounds.

Keywords: biocellulose wound dressing, hard-to-heal wound, wound healing, innovation

บทนำ

แผลเรื้อรังหายยากโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ พบว่ามีระยะเวลาหายของแผลยาวนาน บางรายนานเป็นปี หรือ 3-4 ปี¹⁻⁴ ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยาก ได้แก่ โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด ปัจจัยทางจิตวิทยา ขนาดและความลึกแผล ตำแหน่งแผล สภาวะพื้นแผลที่อาจเกิด Biofilm หรือสภาพเนื้อตาย ตลอดจนภาวะติดเชื้อ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เป็นต้น¹⁻⁴ ในปัจจุบันการรักษาแผลเรื้อรังหายยากได้นำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาส่งเสริมปรับสภาวะแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรังหายยาก¹⁻⁷ ซึ่งเทคโนโลยีใหม่ที่ที่น่าสนใจคือ การใช้วัสดุปิดแผลส่งเสริมการหายของแผล¹⁻⁹ ซึ่งมีอยู่หลากหลายชนิดและแตกต่างกันในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามเพื่อมุ่งเป้าประสงค์ต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยาก การจัดการกับปัจจัยรบกวนการหายของแผลนับเป็นความท้าทายสำคัญของทีมผู้ดูแลแผลดังกล่าว เช่น การกำจัดเนื้อตาย หรือ Biofilm ที่ขัดขวางการทำงานของ Antiseptic ต่างๆ หรือเนื้อตายที่ขัดขวางการงอกใหม่ของเนื้อเยื่อ เป็นต้น¹⁻⁴ ภายใต้ข้อจำกัดของการเลือกใช้เวชภัณฑ์หรือวัสดุปิดแผลที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศที่ปัจจุบันพบว่ามีหลากหลายชนิดมาก^{3,5-8} ในเรื่องของราคาแพง^{3,5-8} ไม่สามารถเบิกตามสิทธิการรักษาได้^{3,5} ไม่แพร่หลายมีเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่³ จึงส่งผลให้การเข้าถึงเวชภัณฑ์ต่าง ๆ มีอย่างจำกัด^{3,5-8} ดังนั้นจากผลกระทบดังกล่าว ทีมวิจัยและพัฒนานวัตกรรมของบริษัท ปตท.จำกัด (มหาชน) จึงได้คิดค้นและพัฒนาผลิตภัณฑ์วัสดุปิดแผลชนิดใหม่จากไบโอเซลลูโลส (Biocellulose) อันเป็นนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรังหายยาก เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายในประเทศ ตลอดจนเพิ่มทางเลือกในการเข้าถึงเวชภัณฑ์วัสดุปิดแผลชนิดที่มีประสิทธิภาพต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยาก

สำหรับผู้ป่วยไทยต่อไป⁹

ไบโอเซลลูโลส (Biocellulose) คือ เซลลูโลสบริสุทธิ์ที่ผลิตจากจุลินทรีย์กลุ่มแบคทีเรีย มีโครงสร้างทางเคมีคล้ายเซลลูโลสจากพืช เช่น ฝ้าย หรือนุ่น แต่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของเส้นใยที่เล็กกว่าประมาณ 1,000 เท่าด้วยขนาดเส้นใยที่เล็กมาก ส่งผลให้มีพื้นที่ผิวสัมผัสสูง จึงดูดซับน้ำได้มาก^{1-2,5-17} ดังนั้น ผลิตภัณฑ์จากไบโอเซลลูโลสมักจะอยู่ในรูปแบบแผ่นเจลสามารถแนบติดกับความโค้งของแผลหรือส่วนที่มีการเคลื่อนไหวได้ดีโดยไม่เกิดความปวดแผล⁵⁻¹⁷ สามารถดูดซับน้ำเหลืองและของเหลวที่ซึมออกจากแผลได้เพิ่มขึ้น¹⁴⁻¹⁷ สามารถคงสภาวะความชุ่มชื้นที่เหมาะสมให้แก่แผล¹³⁻¹⁷ ไม่ทำลายเนื้อเยื่อและไม่เกิดความเจ็บปวดขณะลอกแผ่นปิดแผลออก⁵⁻¹⁶ ลดการเกิดแผลเป็น¹⁵⁻¹⁷ ลดความถี่ในการทำแผล⁵⁻¹⁷ ป้องกันการติดเชื้อจากแบคทีเรียภายนอก และไม่เป็นพิษต่อเซลล์ร่างกาย⁵⁻¹⁷ จากผลการศึกษาของ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ไบโอเซลลูโลส เพื่อพัฒนาเป็นวัสดุปิดแผลให้ประสิทธิภาพทางบวกและส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรังหายยาก⁹

งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศสนับสนุนการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส (Biocellulose Wound Dressing: BWD) สำหรับการรักษาแผลเรื้อรังหายยาก เช่น แผลกดทับ แผลไฟไหม้ แผลที่มีเนื้อตาย เป็นต้น⁵⁻¹⁷ อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศไทยในการใช้วัสดุปิดแผล BWD ยังมีการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนจำกัด^{3,5,7-11} โดยเฉพาะยังไม่พบการทดสอบการใช้งานระดับคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิภาพในผู้ป่วยไทยแผลเรื้อรังหายยากต่อการหายของแผล ตลอดจนศึกษาถึงผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน (การหายของแผลลดลงในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4) และอาการแพ้หลังการใช้วัสดุปิดแผล BWD ว่าเกิดหรือไม่และอย่างไร ดังนั้นจึงกำหนดเป็น

วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการใช้วัสดุปิดแผล BWD ต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยาก โดยทีมผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญและเพื่อนำผลการศึกษาไปต่อยอดพัฒนารูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังหายยากที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบขนาดพื้นที่ของแผลเรื้อรังหายยากก่อนและหลังการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส (Biocellulose Wound Dressing: BWD) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และศึกษาภาวะแทรกซ้อนและอาการแพ้หลังการใช้ BWD

คำถามการวิจัย

การใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส (Biocellulose Wound Dressing: BWD) มีผลต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยากหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

พื้นที่ของแผลเรื้อรังหายยากมีขนาดเล็กลงหลังการใช้วัสดุปิดแผลไบโอเซลลูโลส (Biocellulose Wound Dressing: BWD)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ ประยุกต์จากแนวคิดทางพยาธิวิทยาการหายของแผลประกอบด้วยแนวคิดกระบวนการทางเมตาบอลิซึมในการสังเคราะห์เส้นใยเซลลูโลสผลิตโดยแบคทีเรียชนิด “Acetobacter xylinum” ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง⁵⁻¹⁷ อธิบายได้ว่า เมื่อเกิดแผลเปิดหรือการบาดเจ็บสูญเสียเซลล์ผิวหนังด้านนอกออกไป ส่งผลเกิดการรั่วไหลของเหลวโปรตีนจากเซลล์ออกสู่ภายนอกสะสมบริเวณแผลตลอดเวลา (Wound Exudate) ร่วมกับเซลล์เนื้อเยื่อแผลที่ตาย ทั้งสองส่วนกลายเป็นแหล่งอาหารสำคัญของเชื้อจุลินทรีย์ (Microorganism) เมื่อปริมาณเชื้อจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น เกินกว่าระบบภูมิคุ้มกันร่างกายต้านทานจัดการได้ ดำเนินเข้าสู่การเกิด “แผลติดเชื้อ/แผลอักเสบ” ดังนั้นจากกระบวนการหายของแผล (Wound Healing Process) แบ่งเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะห้ามเลือด (Homeostasis Phase) เป็นกลไกการห้ามเลือดบริเวณบาดแผลที่เกิดขึ้นทันที เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดของร่างกาย

2) ระยะการอักเสบ (Inflammatory Phase) ขั้นตอนสำคัญเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการติดเชื้อจุลินทรีย์ โดยการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาวแบบ Phagocytosis ร่วมกับการที่เซลล์เม็ดเลือดขาวสร้าง Enzyme และ Oxygen-Derived Free Radical Species: ROS ปล่อยออกมา และหลั่งสาร Tissue Growth Factor (TGF) ไปกระตุ้นการสร้างเซลล์เนื้อเยื่อใหม่/ซ่อมแซมแผล ตามด้วยการหลั่งสาร Interleukin-1 (IL-1) ที่ควบคุมคอลลาเจนเพื่อการสร้างเซลล์ใหม่ที่เหมาะสม 3) ระยะการแบ่งเซลล์และการสร้างเนื้อเยื่อ (Proliferation Phase) 4) ระยะการสร้างความแข็งแรง (Remodeling Phase) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องเกิดภายใต้สภาวะที่เหมาะสม และส่งเสริมการเจริญเติบโตและการซ่อมแซมเซลล์แผล ขณะเดียวกันควรเป็นสภาวะที่ไม่เหมาะสมและไม่สนับสนุนการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของแผลเรื้อรังหายยากที่ต้องการการดูแลแผลแบบเฉพาะและต่อเนื่อง ดังนั้นการใช้วัสดุปิดแผล BWD ในแผลเรื้อรังหายยาก เพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมที่ส่งเสริมการหายของแผลดังกล่าวมา จึงนับเป็นนวัตกรรมส่งเสริมการหายของแผลที่เป็นประโยชน์^{1-2,5-17} จากโครงสร้างทางกายภาพและองค์ประกอบทางเคมีของเส้นใยเซลลูโลสที่พัฒนามาจากแบคทีเรีย โครงสร้างเส้นใยเชื่อมต่อกันเป็นลักษณะร่างแหสามมิติ มีรูพรุนภายในจำนวนมากส่งผลให้มีพื้นที่ผิวสัมผัสสูง สามารถดูดซับน้ำได้สูงกว่า 200 เท่าของน้ำหนัก มีความยืดหยุ่น ความแข็งแรงสูงในสภาพเปียก และความโปร่งใสสามารถมองเห็นแผลใต้ที่กันแผลได้ดี ตลอดจนสามารถแนบติดกับแผลที่มีลักษณะไม่เรียบ ขรุขระ โค้งเว้า ลึก ซึ่งล้วนเป็นคุณสมบัติที่ดีและโดดเด่นเหนือกว่าเส้นใยอื่นๆ⁵⁻¹⁷

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด One group pre-posttest design

ประชากร คือ แผลเรื้อรังหายยากที่มารับการดูแลรักษา ณ คลินิกดูแลแผลเรื้อรังหายยากด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (Advance Wound Care Clinic) โรงพยาบาลทหารระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึง เดือนกรกฎาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ แผลเรื้อรังหายยากที่มารับการดูแลรักษา จำนวน 20 แผล ณ คลินิกดูแลแผลเรื้อรังหายยากด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (Advance Wound Care Clinic) โรงพยาบาลทหารระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. (ถ้ามี) ประวัติโรคประจำตัวต่างๆ ต้องได้รับการรักษาและควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ผล Tissue Culture น้อยกว่า $\leq 10^5$ cells
4. แผลมี Necrotic Tissue $\leq 20\%$ หรือมี Slough $\leq 50\%$ ของขนาดพื้นที่แผล
5. หากผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ต้องมี INR ≤ 2.5 (กรณีต้องทำหัตถการในการตัดเนื้อตาย INR ≤ 1.5)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. แผลมี Necrotic Tissue ชนิดแข็งปกคลุมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติ
4. ผู้ป่วยที่มีการใช้ Systemic Steroid
5. ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ Cellulose

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม เลขที่ IRBRTA 1167/2563 รหัสโครงการ: N014h/62 ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2563

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุปัจจุบัน (ปี) โรคประจำตัว

2.2) แบบบันทึกแผลและลักษณะการทำแผลเรื้อรังหายยาก ประกอบด้วย ชนิดแผล ตำแหน่งแผล วัตถุประสงค์การใช้วัสดุปิดแผล BWD การใช้ Antimicrobial Drug การใช้ Adjunctive Therapy และภาวะแทรกซ้อน (การหายของแผลลดลงในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4) และอาการแพ้หลังการใช้วัสดุปิดแผล BWD

2.3) โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกและวัดขนาดแผลโดยวิธีการประมวลผลภาพแผลเรื้อรังหายยากผ่านภาพถ่ายบนจอมือถือ (Tissue Analytics Platform: TA) 18 โปรแกรม TA เริ่มปี ค.ศ. 2014 วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการวัดขนาดแผลมากขึ้น เป็นระบบคอมพิวเตอร์ที่มาแทนที่การวัดแผลด้วยมนุษย์ โดยใช้การแปลผลอัตโนมัติผ่านทางภาพถ่ายแผลจากโทรศัพท์มือถือ ร่วมกับเทคโนโลยีการอ่านผลภาพถ่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แสดงผลเป็นขนาดแผลอย่างแม่นยำ เป็นการใช้อัลกอริทึมที่ซับซ้อนและโมเดลการเรียนรู้ของเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบจากฐานข้อมูลบาดแผลขนาดต่างๆ TA ได้พัฒนางานการจัดทำแบบบันทึก เอกสารการติดตาม และการวิเคราะห์แผลอัตโนมัติ แม่นยำ รวดเร็ว สะดวก และมีประสิทธิภาพ ซึ่งเทคโนโลยีการวัดขนาดแผลนี้ ช่วยประหยัดเวลาของบุคลากรทางการแพทย์ และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามมาตรฐานอุตสาหกรรมสากลรับรองของผู้ผลิต¹⁸

ส่วนที่ 2. แนวปฏิบัติการทำแผลเรื้อรังหายยากและการใช้วัสดุปิดแผล BWD

ที่มาของแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้พัฒนาจากแนวปฏิบัติดูแลแผลเรื้อรังหายยากของคลินิกดูแลแผลเรื้อรังหายยากด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (Advance Wound Care Clinic) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแผลเรื้อรังหายยากและการใช้วัสดุปิดแผล BWD⁵⁻¹⁷ ดังแสดงนี้

วิธีการทำแผล

1. ล้างแผลด้วย Povidone Iodine Scrub ทำความสะอาดด้วย Normal Saline Solution (0.9%NSS) (ยกเว้นรายที่มี Granulation เต็มแผล หรือมีประวัติแพ้อาหารทะเล ให้งดการใช้ Povidone Iodine Scrub)

2. สุ่มเลือกวัสดุในการทำแผล

- 2.1 แพ้แผลด้วย Polyhexanide (PHMB) Solution 10 นาที่ + Polyhexanide (PHMB) Gel + BWD
- 2.2 แพ้แผลด้วย Polyhexanide (PHMB) Solution 10 นาที่ + Hypochlorous Acid Gel + BWD
- 2.3 แพ้แผลด้วย Polyhexanide (PHMB) Solution 10 นาที่ + Povidone Iodine Ointment + BWD
- 2.4 แพ้แผลด้วย Polyhexanide (PHMB) Solution 10 นาที่ + Silver Sulfadiazine with Zinc + BWD
- 2.5 แพ้แผลด้วย Polyhexanide (PHMB) Solution 10 นาที่ + Cadexomer with Iodine + BWD

3. สุ่มการใช้ adjunctive therapy

- 3.1 Topical Oxygen Therapy (Hemoglobin Spray)
 - 3.2 Cold Plasma (Bioplasma) 20 นาที่
 - 3.3 Cold Plasma (Bioplasma) 20 นาที่ + Compression Therapy
 - 3.4 Cold Plasma (Bioplasma) 20 นาที่ + Topical Oxygen Therapy (Hemoglobin Spray)
 - 3.5 Cold Plasma (Bioplasma) 20 นาที่ + Infrared 20 นาที่ + Compression Therapy
- (หมายเหตุ: Compression Therapy ใช้เฉพาะแผล Leg Ulcer ที่สามารถพันขาข้างที่มีแผลได้เท่านั้น)

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลแผลเรื้อรังหายยากโดยใช้วัสดุปิดแผล BWD 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกลักษณะและวิธีการทำแผลเรื้อรังหายยาก แบบประเมินทั้งหมดผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลแผล/แผลเรื้อรังหายยาก ประกอบด้วย พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลแผลเรื้อรังหายยากมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลทางศัลยกรรมมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน และแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน แบบประเมินทุกชุดมีค่า CVI เท่ากับ 0.98 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขทั้งหมด ส่วนการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย (Reliability) เนื่องจากเครื่องมือทั้งหมดเป็นแบบบันทึกข้อมูล ไม่มีแบบวัดที่เป็น Psychometric measurement จึงไม่มีการหาค่าความเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว จำนวน 20 แผล ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการ ดังนี้ ทีมผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลแผลเรื้อรังหายยากโดยใช้วัสดุปิดแผล BWD เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเริ่มเข้ารับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลแผลเรื้อรังหายยากโดยใช้วัสดุปิดแผล BWD เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลทุกสัปดาห์ทุกครั้ง ประกอบด้วย ขนาดพื้นที่แผล ภาวะแทรกซ้อน (การหายของแผลลดลงในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4) และอาการแพ้หลังการใช้วัสดุปิดแผล BWD) พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการทดลองและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ผลของการใช้วัสดุปิด BWD ต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยากด้วยการเปรียบเทียบขนาดพื้นที่แผลเรื้อรังหายยากระหว่างสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 2, 3, และ 4 โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ paired t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(Standard Deviation) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยแผลเรื้อรังหายยาก (n = 20)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ (Gender)		
หญิง	7	35.0
ชาย	13	65.0
อายุ (Age) (ปี) Min-Max = 23-92, Mean(SD) = 56.75(20.56)		
20-40	5	29.4
41-60	4	23.6
> 61	11	47.0
โรคประจำตัว (Comorbidity)		
None	10	50.0
Dyslipidemia	1	5.0
Hypertension, Dyslipidemia	3	15.0
Hypertension, Dyslipidemia, Chronic Heart Disease	1	5.0
Hypertension, Dyslipidemia, Diabetes	2	10.0
Hypertension, Dyslipidemia, Chronic Heart Disease, Diabetes	2	10.0
Hypertension, Ischemic Heart Disease, Old Cerebrovascular Accident, Benign Prostatic Hyperplasia	1	5.0

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 56.75 ปี (SD. = 20.56) ช่วงอายุระหว่าง 23-92 ปี ส่วนใหญ่เพศชาย (n = 13, ร้อยละ 65.0) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่หนึ่งโรคขึ้นไป (n = 10, ร้อยละ 50.0) ตามลำดับ (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ลักษณะการทำแผลเรื้อรังหายยากโดยการใช้วัสดุปิดแผล BWD (n = 20)

ลักษณะการทำแผล	จำนวน (แผล)	ร้อยละ
ชนิดแผล (Wound types)		
Burn	1	5.0
Infected Wound	4	20.0
Vascular Ulcer	4	20.0
Pressure Injury	11	55.0
ตำแหน่งแผล (Wound Sites)		
Nose	1	5.0
Right Foot	1	5.0
Right Malleolus	1	5.0
Left Heel	1	5.0
Left Thigh	1	5.0

Right Leg	6	30.0
Sacrum	9	45.0
วัตถุประสงค์การใช้ BWD		
1. Autolytic Debridement		
2. Moisture	1	5.0
1. Moisture		
2. Prevention Hypergranulate	1	5.0
1. Autolytic Debridement		
2. Moisture		
3. Prevention Hypergranulate	2	10.0
1. Moisture		
2. Temperature Control		
3. Prevention Hypergranulate	2	10.0
1. Autolytic Debridement		
2. Moisture		
3. Temperature Control	3	15.0
1. Autolytic Debridement		
2. Moisture		
3. Temperature Control		
4. Prevention Hypergranulate	11	55.0
การใช้ Antimicrobial Products		
1) Povidone Iodine Scrub		
2) Silver Sulfadiazine with Zinc	1	5.0
1) Povidone Iodine Scrub		
2) Polyhexanide (PHMB) Solution		
3) Hypochlorous Acid Gel	1	5.0
1) Povidone Iodine Scrub		
2) Cadexomer with Iodine Powder	2	10.0
1) Polyhexanide (PHMB) Solution		
2) Polyhexanide (PHMB) Gel	5	25.0
1) Povidone Iodine Scrub		
2) Polyhexanide (PHMB) Solution		
3) Polyhexanide (PHMB) Gel	11	55.0
การใช้ Adjunctive therapy		
Topical Oxygen Therapy (Hemoglobin Spray)	8	40.0
Cold Plasma (Bioplasma)	6	30.0
Cold Plasma (Bioplasma) + Compression Therapy	1	5.0
Cold Plasma (Bioplasma) + Topical Oxygen Therapy	3	15.0
Cold Plasma (Bioplasma) + Infrared + Compression Therapy	2	10.0
Complications/Allergy		
Allergy (Skin)	ไม่มี	ไม่มี
Wound Worse Down at 2 nd - 4 th week	ไม่มี	ไม่มี

ชนิดแผลเรื้อรังหายยากประกอบด้วย Pressure Injury (n = 11, ร้อยละ 55.0) Infected Wound (n = 4, ร้อยละ 20.0) และ Vascular Ulcer (n = 4, ร้อยละ 20.0) ตำแหน่งแผลเรื้อรังหายยากพบมากที่สุด บริเวณก้นกบ (n = 9, ร้อยละ 45.0) และขาขวา (n = 6, ร้อยละ 30.0) วัตถุประสงค์การใช้วัสดุปิดแผล BWD ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1. Autolytic Debridement (การกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของแผลเอง) 2. Moisture (ความชื้นที่พอเหมาะต่อการหายของแผล) 3. Temperature Control (การควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมต่อการหายของแผล) และ 4. Prevention Hypergranulate (ป้องกันการเจริญเติบโตเกินขอบแผลของเนื้อเยื่อ) ซึ่งวัตถุประสงค์การใช้มากที่สุดคือ ใช้ทั้ง

4 วัตถุประสงค์ (n = 11, ร้อยละ 55.0) และ Antimicrobial Drug (ยาต้านจุลชีพ) ที่ใช้ร่วมกับการใช้วัสดุปิดแผล BWD มากที่สุดคือ 1) Povidone Iodine scrub 2) Polyhexanide (PHMB) Solution และ 3) Polyhexanide (PHMB) Gel (n = 11, ร้อยละ 55.0) ตลอดจน Adjunctive Therapy ที่ใช้ร่วมกับการใช้วัสดุปิดแผล BWD มากที่สุดคือ Topical Oxygen Therapy (Hemoglobin Spray) อย่างเดียว (n = 8, ร้อยละ 40.0) และรองลงมาคือ Cold Plasma (Bioplasma) อย่างเดียว (n = 6, ร้อยละ 30.0) ตามลำดับ รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อนคือการหายของแผลลดลง ในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 หรืออาการแพ้หลังการใช้วัสดุปิดแผล BWD (ดังแสดงตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ขนาดพื้นที่แผล (Wound Size: cm²) หลังการใช้วัสดุปิดแผล BWD รายสัปดาห์ (n = 20)

แผลที่/สัปดาห์ที่	พื้นที่แผล Wound Size (cm ²)				แปลผล
	1(ref.)	2	3	4	
1	2.9	1.67	0.75	0	แผลหาย
2	6.56	6.56	5.93	4.99	แผลเล็กลง
3	16.67	14.1	12.12	7.53	แผลเล็กลง
4	4.48	4.79	4.23	3.91	แผลเล็กลง
5	2.64	2.28	2.26	1.6	แผลเล็กลง
6	2.75	2.63	2.31	1.05	แผลเล็กลง
7	3.28	3.28	2.68	2.12	แผลเล็กลง
8	2.31	1.63	1.38	1.34	แผลเล็กลง
9	0.19	0.03	0	0	แผลหาย
10	1.89	1.02	0.9	0.25	แผลเล็กลง
11	26.3	20.59	18.95	10.96	แผลเล็กลง
12	4.24	4.67	5.18	4.79	แผลเล็กลง
13	2.03	2.26	5.69	1.46	แผลเล็กลง
14	4.45	4.03	4.58	3.99	แผลเล็กลง
15	1.19	0.87	0.54	0.46	แผลเล็กลง
16	0.25	0	0	0	แผลหาย
17	1.61	1.26	0.91	.25	แผลเล็กลง
18	4.67	6.83	3.16	2.51	แผลเล็กลง
19	5.86	4.44	4.32	0.56	แผลเล็กลง
20	23.01	21.22	28.99	21.32	แผลเล็กลง
Min-Max	0.19-26.30	0-21.22	0-28.99	0-21.32	
Mean (S.D)	5.86(7.32)	5.20(6.23)	5.24(7.18)	3.45(5.08)	
Mean differences		-0.65	-0.62	-2.40	
Paired t-test		-1.92	-1.05	-2.90	
p-value		.07	.30	.009*	

* p < .05

ขนาดพื้นที่แผล (cm²) หลังการใช้ BWD แบบรายสัปดาห์ พบว่าขนาดพื้นที่แผลส่วนใหญ่เล็กลงจนถึงแผลหายภายในระยะเวลาการติดตามประเมินขนาดพื้นที่แผลต่อเนื่องนาน 4 สัปดาห์ โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยขนาดพื้นที่แผลระหว่างสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่สองและระหว่างสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่สาม พบว่าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.92, p = .07$; $t = -1.05, p = .30$) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยขนาดพื้นที่แผลระหว่างสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.90, p = .009$) (ดังแสดงตารางที่ 3)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานวิจัย พบว่าการใช้วัสดุปิดแผล BWD มีผลต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยากจากการติดตามที่ระยะ 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนคือการหายของแผลลดลงในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 หรืออาการแพ้หลังการใช้วัสดุปิดแผล BWD อธิบายได้ว่าแผลเรื้อรังหายยากมีคุณลักษณะพิเศษประกอบด้วย ขนาดแผล ความลึก สารคัดหลั่งจำนวนมาก ความชุ่มชื้นของแผล รวมทั้ง Biofilm ที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหายของแผล^{1-2,5-17} ซึ่งจากวัตถุประสงค์การใช้วัสดุปิดแผล BWD ครั้งนี้คือ 1. Autolytic Debridement 2. Moisture 3. Temperature Control และ 4. Prevention Hypergranulate จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า วัสดุปิดแผล BWD เป็นวัสดุที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการซ่อมแซมเนื้อเยื่อผิวหนัง เนื่องจากสามารถให้สภาพแวดล้อมที่ชื้นคงที่ต่อบาดแผล (นาโนไฟเบอร์ของวัสดุปิดแผล BWD สามารถเก็บน้ำได้ถึง 200 เท่าของน้ำหนักแห้งในน้ำ) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการสมานแผล สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้^{1-2,5-17} รวมทั้งข้อดีของวัสดุปิดแผล BWD สามารถใช้ทดแทนผิวหนังชั่วคราวในบาดแผลต่างๆ ทั้งแผลไหม้และแผลเรื้อรัง วัสดุปิดแผล BWD สามารถบรรเทาอาการปวดบาดแผลได้ทันที^{5,7-10} และลดอัตราการติดเชื้อ^{1-2,5-17} โดยเป็นอุปสรรคต่อการเติบโตของจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ส่งผลให้แผลสมานเร็วขึ้นส่งผลให้ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนวัสดุปิดแผล BWD สามารถค่อยๆ ดูดซับ exudate ช่วยป้องกันการสูญเสียความชุ่มชื้นของแผล (Hydro-Electrolytic) และยังลดความเสี่ยงของการติดเชื้อด้วย (Infection)^{1-2,5-17}

รวมทั้งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่สนับสนุนว่าวัสดุปิดแผล BWD สามารถเร่งกระบวนการฟื้นฟูเยื่อผิวหนังบริเวณแผล (Re-Epithelialization) นอกจากนี้การใช้วัสดุปิดแผลในบาดแผลชนิดเฉียบพลันของคนไทย และพบว่าวัสดุปิดแผล BWD ส่งเสริมการกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของแผลเอง (Autolytic debridement) และการรักษาบาดแผล⁸⁻⁹ โดยประสิทธิภาพของวัสดุปิดแผล BWD ในการส่งเสริมการสมานแผลในบาดแผลที่เกิดจากการลอกแบบเฉียบพลันแตกต่างจากการศึกษาครั้งก่อน ในวันที่ 7 และ 1013 ซึ่งจากผลการศึกษานี้ระยะเวลาในการติดตามการหายของแผลเรื้อรังหายยากพบว่าแผลหายและขนาดแผลลดลงอย่างต่อเนื่อง^{5,8,9,10,13} โดยระยะการใช้วัสดุปิดแผล BWD จากผลการศึกษานี้ พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดพื้นที่แผลเล็กน้อยหรือแผลหาย คือระยะ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนเรื่องความปลอดภัย เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและอาการแพ้ หลังการใช้วัสดุปิดแผล BWD จากการศึกษาไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดนอกจากนี้ยังไม่พบรายงานอาการแพ้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยก่อนหน้านี้^{1-2,5-16} สรุปได้ว่าวัสดุปิดแผล BWD สามารถเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยในการดูแลแผลเรื้อรังหายยากได้⁵⁻¹⁶

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลจากงานวิจัยแสดงผลของการใช้วัสดุปิดแผล BWD ต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยาก รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเฉพาะทาง หรือพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลควรพิจารณาการใช้วัสดุปิดแผล BWD เป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการใช้รักษาแผลเรื้อรังหายยาก ตลอดจนผลการศึกษาที่ได้นำไปสู่การพัฒนาต่อยอดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไปในอนาคต เนื่องจากเวชภัณฑ์ชนิดนี้เป็นนวัตกรรมของนักวิจัยคนไทยและผลิตในประเทศไทย ตลอดจนผ่านการทดสอบการใช้งานระดับคลินิกเพื่อประเมินผลลัพธ์ในคนไทยว่ามีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับเวชภัณฑ์ต่างประเทศอื่นๆ ได้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นไปเชิงบวก แสดงถึงผลการหายของแผลเรื้อรังหายยากที่มีขนาดแผลเล็กลงภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตลอดจนส่งผลสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างสรรคนวัตกรรม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยแผลเรื้อรังหายยากต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น จัดระบบติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19
- 2) การศึกษาแบบกลุ่มมีเปรียบเทียบและมีการสุ่ม (Randomization) เพื่อเพิ่มอำนาจอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร (Maximized Generalization)
- 3) ศึกษาตัวแปรร่วมที่มีอิทธิพลต่อการหายของแผลเรื้อรังหายยาก เช่น ภาวะโภชนาการ ระดับความปวด คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือสุขภาวะทางจิตสังคม เป็นต้น กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) สำหรับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยนี้ ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยแผลเรื้อรังหายยาก สำหรับโอกาสดำเนินงานศึกษาวิจัยจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์

References

1. Alexandrescu V. A. Wound Healing - New Insights into Ancient Challenges. London: Intech Open. 2016.
2. Verdolino DV, Thomason HA, Fotticchia A, & Cartmell S. Wound Dressings: Curbing Inflammation in Chronic Wound Healing. Emerging Topics in Life Sciences. 2021; 5: 523-537.
3. Punpho K. Model of Wound Care for Patients with Pressure Ulcer. TUH Journal. 2021; 6(3): 43-47. (in Thai).
4. Vowden P. Hard-To-Heal Wounds Made Easy. Wounds International. 2011; 2(4): 1-6.
5. Numhom S, Ariyaprayoon P, & Srimuninnimit V. Clinical Evaluation of a New Blue Nano-Silver Biocellulose Ribbon Dressing in Cavity Wounds. Journal of the Medical Association of Thailand. 2017; 100 (Suppl.9): S212-S219.
6. Prapainop K, & Artsanthia J. Wound Care for Patients in Thailand 4.0 with Nanotechnology. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 9-15. (in Thai).
7. Esa F, Tasirin SM, & Abd Rahman N. Overview of Bacterial Cellulose Production and Application. Agriculture and Agricultural Science Procedia 2. 2014; 113 – 119.
8. Dwiyana RF, Yogya Y, Gondokaryono SP, & et al. Clinical Efficacy of Biocellulose, Carboxymethyl Cellulose and Normal Saline Dressing in Epidermolysis Bullosa. Journal of Wound Care. 2019; 28(Sup10): S4-S9.
9. Sampattavanich N, Patrapaisarnsin P, Aunhachoke K. A Randomized, Double-blind, Controlled Trial Comparing the Efficacy of Bacterial Cellulose Impregnated Gauze (BCG) with Conventional Petrolatum Gauze (PG) and 0.5% Chlorhexidine Paraffin Gauze (CPG) as Wound Dressings in Acute Ablative Wound from Carbon Dioxide (CO2) Laser. Division of Dermatology, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand. Report. 2017; 1-18.
10. Chansanti O, & Mongkornwong A. Treating Hard-To-Heal Ulcers: Biocellulose with Nanosilver Compared with Silver Sulfadiazine. Journal of Wound Care. 2020; 29(Sup12): S33-S37.
11. Napavichayanun S, Amornsudthiwat P, Pienpinijtham P, & Aramwit P. Interaction and Effectiveness of Antimicrobials Along with Healing-Promoting Agents in A Novel Biocellulose Wound Dressing. Materials Science and Engineering: C. 2015; 55: 95-104.
12. Wongchindaphan S, & Rojhirunsakool S. Wound Dressings in Dermatology. Thai Journal of Dermatology. 2017; 33(2): 135-152. (in Thai).
13. Tabri F. The Comparison of Biocellulose Wound Dressing and Normal Saline Dressing in The Process of Wound Healing in Mice Skin. International Journal of Medical Reviews and Case Reports. 2019; 3(5): 198-201.

14. Sood A, Granick MS, & Tomaselli NL. Wound Dressings and Comparative Effectiveness Data. *Advances in Wound Care*. 2014; 3(8): 511-28.
15. Metcalf DG, & Bowler PG. Clinical Impact of An Anti-biofilm Hydrofiber Dressing in Hard-To-Heal Wounds Previously Managed with Traditional Antimicrobial Products and Systemic Antibiotics. *Burns & Trauma*. 2020; 8(4): 1-9.
16. Leak K, & Johnson S. Going Green: Using A Bio-Cellulose Membrane for Patients with Chronic Non-Healing Wounds. *British Journal of Nursing*. 2015; 24(20): 1-6.
17. Savitskaya IS, Shokatayeva DH, KistaubayevaL AS, Ignatova IV, & Digel IE. Antimicrobial and Wound Healing Properties of A Bacterial Cellulose-Based Material Containing B. Subtilis Cells. *Hylion*. 2019; 5: 1-11.
18. Net Health Systems, Inc. Net Health's Tissue Analytics for Wound Care Granted Break-through Device Status by FDA. Pittsburgh: 2022.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหา ระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยประยุกต์ใช้มาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาลเลิดสิน

The Development of Nursing Model for Critically Ill Pediatric Patients
Who Need Ventilatory support Using Applied Nursing Standard in Lerdsin Hospital

เนาวรัตน์ ชาประสิทธิ์* สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง สงบ เผ่าหอม

Naowarat Chaprasith* Saithum Wongsatitwilairoong Sangob Phaohom

หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10500

Pediatric Intensive Care Unit, Pediatric Nurseing Division, Lersin Hospital Bangkok Thailand 10500

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่าดัชนีความตรงของ เนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ให้เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามมาตรฐานการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และ 1.00 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ พรรณนาและสถิติ การทดสอบ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลเลิดสิน ประกอบด้วยกลยุทธ์ 4 ส่วน คือ (1) จัดโครงสร้างให้เหมาะสม (2) จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ (3) พัฒนา ความรู้ในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต และ (4) พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและลดอุบัติการณ์ของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง เป็นประโยชน์ตามมาตรฐานการพยาบาล โดยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พยาบาลผู้ดูแลเด็กวิกฤตมีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่อง ช่วยหายใจและคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวิกฤตเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สรุปได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ รูปแบบ การพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลเลิดสิน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต มาตรฐานการพยาบาล

Abstract

This research and development aims to develop nursing for critically ill pediatrics with endotracheal intubation in Pediatrics Intensive care unit of Lerdsin hospital with sample of 12 Registered nurses and is critically ill patients. Research instruments were the questionnaire study on the knowledge of endotracheal intubation nursing care content validity index CVI= 0.95 Reliability of the test by Kuder-Richardson 20 (KR-20) = 0.93, Nursing standard process and job satisfaction of Registered nurses content validity index (CVI) = 0.96, which calculated in Cronbach's Alpha coefficient = 0.91 and 0.94 respectively Data were analyzed by descriptive statistics and pair t-test The interpretation yielded the nursing model of critically ill pediatrics with ventilator support in Lerdsin Hospital consisted with 4 strategies, 1) organization structure 2) sufficient equipments 3) Improved critically ill pediatrics nursing care knowledge 4) Develop nursing model for critically ill pediatrics to prevent ventilator associated pneumonia and decrease incidence of endotracheal tube displacement Results of the study showed that the studied nursing model is appropriate, accurate and practical in accordance with the nursing assessment standards. Moreover, the results also showed that by using the 4 strategies, the incidence of Ventilator Associated Pneumonia (VAP) decreased which were statistically significant ($p < 0.01$). On the other hand, the incidence of endotracheal tube dislocations also decreased, yet not statistically significant. In conclusion, this study has a positive effect on nursing of critically ill pediatric patients with respiratory problems who were put on ventilator in Lerdsin Hospital.

Keywords: Development of Models. Pediatric Critical Care Nursing. Nursing Standard.

บทนำ

ผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต (Critical patient) เป็นผู้ป่วย มีปัญหาเจ็บป่วยซับซ้อน รุนแรง การดำเนินโรคไม่แน่นอน มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญหลายระบบ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตได้ง่าย ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด มีการพึ่งพาอุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง และทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ทักษะเฉพาะทางภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่เป็นการล้มเหลวของระบบหายใจ (Respiratory failure) หรือระบบไหลเวียนโลหิต (Circulatory failure or shock) หากการรักษาพยาบาลไม่ทันเวลา จะทำให้ทั้งสองระบบล้มเหลวไปด้วยกัน และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ในต่างประเทศ พบภาวะล้มเหลวทั้งระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ (Cardiopulmonary arrest) ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 0.1-2 ต่อ 1,000 ของประชากรเด็ก ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตเพียงร้อยละ 27-50¹ ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต มักมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาใน 24 ชั่วโมงแรก และมีอาการแสดงทางคลินิกทรุดลงใน 1-2 ชั่วโมงก่อนเกิด การหยุดการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ ต้องใช้เครื่อง

ช่วยหายใจซึ่งเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงโดยต้องมี unit เฉพาะในการดูแลได้แก่ Intensive care unit (ICU) ซึ่งในผู้ป่วยเด็กเรียก PICU (Pediatric intensive care unit)

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการครบทุกสาขา รวมถึงระบบบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้ป่วยเด็ก แต่โรงพยาบาลยังไม่มีหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยเด็กทั่วไปและผู้ป่วยเด็กวิกฤต จึงต้องเข้ารับการรักษาร่วมกันในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยในปี 2560-2564 มีผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาตัว ดังนี้ 1,820 1,613 1,358 1,06 (ช่วงโควิดระบาด) และ 634 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 27 ราย ทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตยังไม่ได้มาตรฐานและขาดการดูแลต่อเนื่องใกล้ชิด เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ โดยพบอุบัติการณ์ 14 ครั้ง และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตรา 3.54, 10.63 และ 22.98/1,000 Vent.day (ปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กถึงแก่ชีวิตได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย

เด็กวิกฤตบางรายจำเป็นต้องไปฝากนอนใน ICU ผู้ใหญ่ ซึ่งบุคลากรผู้ดูแลไม่มีทักษะและความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก หาก ICU ผู้ใหญ่เต็มก็ต้อง Refer ไปโรงพยาบาลอื่น ปัจจุบันโรงพยาบาลเลิดสินได้รับบรรจุตำแหน่งนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจที่สามารถดูแลเด็กวิกฤตได้ตามนโยบายขยายบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทางเพิ่มขึ้น จึงได้ขยายบริการ โดยเปิดหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Pediatric intensive care Unit : PICU) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่จากอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เพียงพอในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กทั่วไปของหอผู้ป่วยกุมารอยู่แล้วและยังต้องจัดเวรเพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตด้วยจึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตให้เหมาะสม ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังรวมถึงการใช้เครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องมีการบริหารจัดการที่ดี ไม่ให้เกิดความผิดพลาดต่าง ๆ

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการประยุกต์ใช้มาตรฐานการพยาบาล

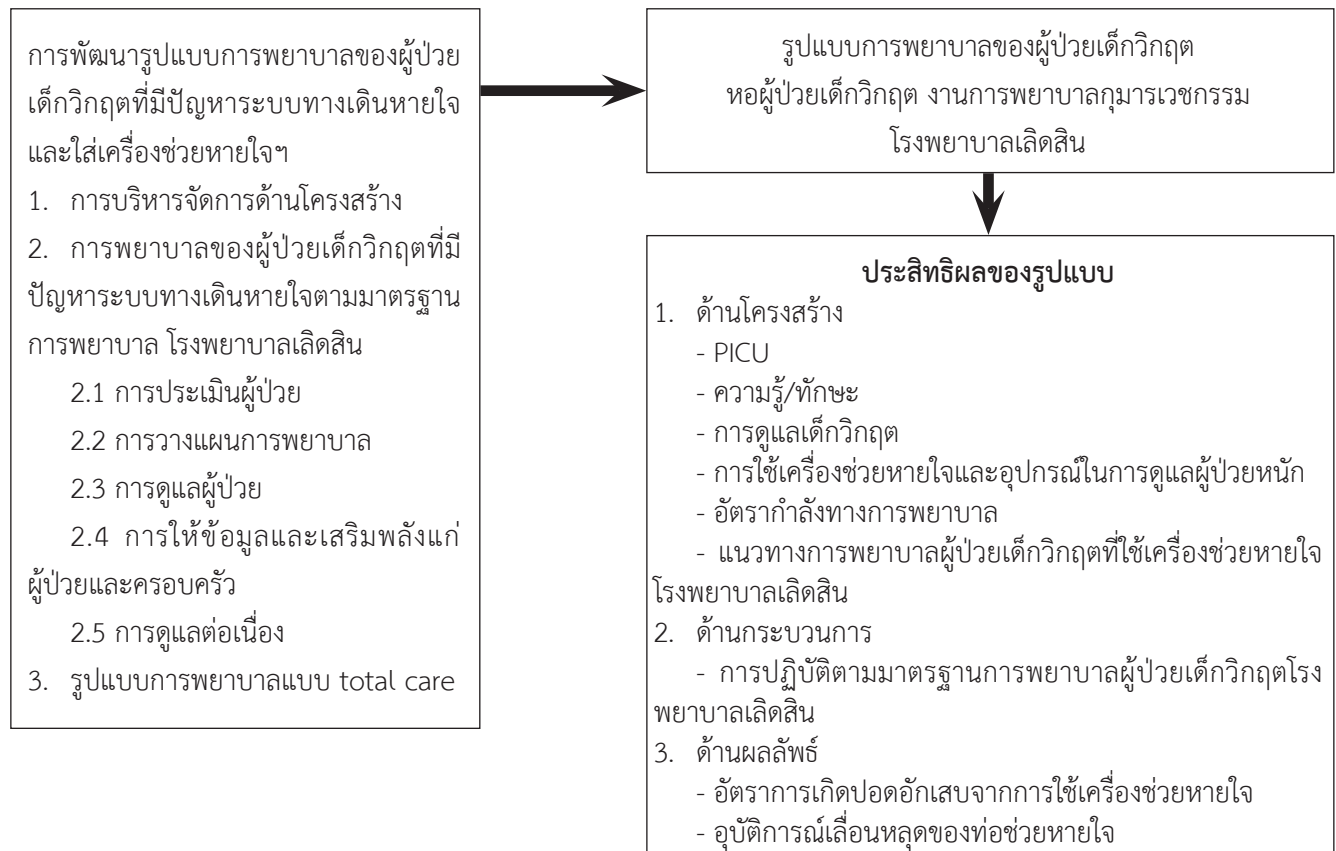
ผู้ป่วยหนัก และแนวคิดเชิงระบบประเมินคุณภาพการดูแลของ Donabedian² ซึ่งเป็นแนวคิดของการวัดคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ แก่ผู้ใช้บริการ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี การวางแผน การดำเนินการ และประเมินคุณภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ใช้บริการและองค์กร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลเลิดสินครั้งนี้ พัฒนารูปแบบตามแนวคิดของ Donabedian และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล ที่ประกอบด้วย ดังภาพที่ 1



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก วิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็ก วิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งออกเป็น แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน 4 ระยะ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก วิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ งานการพยาบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาล เลิดสิน ประกอบด้วย 1 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 4 นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมาร โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมาร โรงพยาบาลเลิดสิน อย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วยการบริหารจัดการด้านโครงสร้าง รูปแบบการพยาบาลแบบ Total care ร่วมกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การประกอบและการใช้

เครื่องช่วยหายใจ 2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลการวิจัยคือ แบบสำรวจเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ แบบสอบถามความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถามการปฏิบัติ การพยาบาลตามมาตรฐาน แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยแบบสอบถามความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ให้เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และ 1.00 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ตามหนังสืออนุมัติรหัส โครงการเลขที่ LH 641033 วันที่ 20 กันยายน 2564 โดยมีเอกสารแนะนำอาสาสมัครสำหรับผู้ป่วยเด็ก (Information sheet) ตามแบบฟอร์ม AF-03-010/01.0

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน 4 ระยะดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต และกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยผู้วิจัยร่วมประชุม ทบทวนกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติของหอผู้ป่วยกุมาร จำนวน 12 คน ใช้การวิเคราะห์รากเหง้า (Root Cause Analysis : RCA)

1.2 กำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนารูปแบบฯ ด้านโครงสร้าง บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และด้านการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ระยะที่ 2 กำหนดทีมพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพที่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 4 คน ร่วมประชุมการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ตามประเด็นที่ได้จากการ วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ด้วยการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดรูปแบบการพยาบาลฯ และแบบสอบถามที่มาในการดำเนินการวิจัยแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity)

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลฯที่กำหนดตามประเด็นสำคัญไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยกุมาร โดยมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 6 คน โดยมีผู้ร่วมวิจัย 1 คน ช่วยกำกับ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาล และนำปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ มาเข้าร่วมประชุมกับทีมพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ เพื่อช่วยกันสรุปผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาปรับปรุงจัดทำเป็นรูปแบบการพยาบาลฯ ก่อนนำไปใช้ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางเดินหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 4 นำรูปแบบการพยาบาลฯที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโดยให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน ปฏิบัติตามรูปแบบและแนวทางการพยาบาลฯ เป็นเวลา 4 เดือน (ต.ค. 64-ก.พ. 65)และติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) และอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 15 คน จากนั้นนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุง รูปแบบการพยาบาลฯ และจัดทำเป็นแนวทางการพยาบาลฯ ไปเผยแพร่เพื่อการปฏิบัติจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลข้อมูล คำนวณและใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ และการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล ด้วยสถิติการทดสอบ Pair t-test

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางเดินหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ในโรงพยาบาลเลิดสิน ที่พัฒนาขึ้นมี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) จัดตั้ง UNIT ผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยประสานความร่วมมือกับผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและทีมแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต (PCT กุมารเวชกรรม) โดยเลือกสถานที่จัดตั้ง UNIT อย่างเหมาะสม โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้ จัดวางเตียงผู้ป่วยผู้ป่วยตามมาตรฐาน ให้มีระยะห่างกัน 2 เมตร จำนวน 2 เตียง อ่างล้างมือ Automatic โดยไม่ต้องใช้มือเปิด-ปิด กันห้องสำหรับผู้ป่วยเด็กวิกฤตแยกโรค จัดตั้ง MONITOR ต่างๆ เคาเตอร์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตอย่างเหมาะสม 2) จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่มีอยู่ให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ เตียงสำหรับผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่เหมาะสม และการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เครื่องช่วยหายใจชนิดต่างๆ พร้อม Set ที่เหมาะสมตามช่วงอายุของเด็ก เตรียมรถ Emergency ใน PICU อุปกรณ์ที่ต้องใช้ต่างๆ 3) พัฒนาความรู้ในการให้บริการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตตามแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 4) พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางเดินหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ

2. การทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางเดินหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลเลิดสิน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจ การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และอุบัติการณ์ของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	ก่อนใช้ระบบ		หลังใช้ระบบ		t	df	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.			
1. ด้านความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วย ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ	8.33	0.89	10.50	1.73	5.12	11	0.000**
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล	1.85	0.11	2.89	0.13	-24.81	11	0.00**
3. ด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ	3.10	0.43	3.19	0.30	6.22		0.20**
4. ด้านการพยาบาล							
4.1 ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia : VAP)	1.33	0.65	0.33	0.49	8.12		0.000**
4.2 อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	0.33	0.49	0.08	0.29	1.91		0.082

หมายเหตุ : * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 1 พบว่า จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจของพยาบาล พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพที่ใช้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจมีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ โดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ โดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล พบว่าภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ลดลง

ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลเลิดสิน ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 พัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต มี 3 ระยะ 0 คือ ระยะที่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยใช้แผนภูมิแก๊งปลา (Fishbone diagram) วิเคราะห์สาเหตุปัญหาต่างๆ ระยะที่ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยปรับระบบบริการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้ได้แก่ กำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังและปรับการมอบหมายงาน ปรับโครงสร้างอุปกรณ์ที่สำคัญให้พร้อมใช้ตลอดเวลา พัฒนาคู่มือการโดยจัดอบรมให้ความรู้ แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดระบบพยาบาลที่เลี้ยงระยะที่ 3) ดำเนินการนำรูปแบบการพยาบาลที่ปรับแก้ไขไปใช้ และประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อนำรูปแบบการพยาบาลฯ ไปประเมินความเป็นไปได้จากความคิด

เห็นของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมาร จำนวน 12 คน พบว่าความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก (mean 2.82 SD 0.38) แสดงว่า รูปแบบการพยาบาลฯ มีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian เกี่ยวกับโครงสร้างของหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จัดสภาพแวดล้อมการดูแลได้อย่างเหมาะสมจะลดอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยง³ สอดคล้องกับการศึกษาในการบริหารจัดการสภาพแวดล้อม การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมช่วยลดภาระงานและอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนต่างๆ ประกอบกับการปรับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีการวิเคราะห์หาสาเหตุ (Fishbone diagram) ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานจริงทำให้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา⁴ ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นจากความต้องการของผู้ใช้งานมีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง อีกทั้งยังทำให้เกิดความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จอย่างเป็นเลิศ และยั่งยืน รวมถึงการมอบหมายงานที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ตามที่การศึกษา^{5,6} กล่าวว่าการมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องสอดคล้องกับการศึกษา/อบรม หากการมอบหมายงานไม่ชัดเจนทำให้เกิดความสับสนในกระบวนการดูแลผู้ป่วย⁷ และ ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ มี 1 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 4) นำรูปแบบการพยาบาลฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 15 คน ติดตามผลลัพธ์พบว่า สามารถทำให้ความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ เพิ่มขึ้นจากการจัดให้มีพี่เลี้ยงจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ทำให้ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้รับความรู้และเทคนิคการปฏิบัติที่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁸ ที่เสนอว่าการปรับบทบาท โดยจัดให้พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลใหม่และมอบหมายให้เหมาะสม ทำให้ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์น้อยกว่า มีความมั่นใจ และมีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ครบถ้วน และยังสามารถลดอัตราการเกิด VAP และการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะ ด้วยการจัดอบรมความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา¹ ที่ว่าการพัฒนาโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนให้อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานบุคลากรทางการพยาบาล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการควบคุมและการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้อุบัติการณ์การเกิดการ ติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าการให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และด้านการบริหารจัดการที่ทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการอบรมความรู้ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรต้องมีการศึกษาวิจัยการเกิดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. พัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตตามสถานะการเจ็บป่วยครอบคลุมทุกระบบ

References

1. Kasorn Sunkris. The Development of Critical Nursing Care System, Sakon Nakhon Province. Journal of Nursing and health care. 2015; 33(2):110-121. (in Thai)
2. Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. New York, NY : Oxford University. Press.
3. Jarunee Thitipongpas. The development of a primary nursing model based on Swanson 's caring theory at an emergency department in a private hospital Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2020. ;31 (1) :198-211. (in Thai)

4. Pongphol Khongsaman. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for the Patients under Investigation and/or Infected with Coronavirus 2019 (COVID -19) in Emergency Department. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 159-168.(in Thai)
5. Marram GD, Berrett MW, Bevis EO. Primary nursing: a model for individualized care. St. Louis: Mosby; 1979.
6. Janma Y. Development of a primary nursing model in pediatric intensive care unit, Nakhonping hospital, Chiang Mai province. [Thesis of Master of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012. (in Thai)
7. Korhonen A, Kangasniemi M. It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents. Eur J Oncol Nurs. 2013 ;17(6): 732-8.
8. Suranatchayanan P. Kenthongdee W. & Kamonrat, S. (2018X). Nursing care system development for sepsis patients at Loei Hospital. Journal of Nursing and Health Care, 36(1), 207-215. (in Thai)

รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะ ทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้

Clinical Competency Assessment Model for Nursing Students Based on Miller's Pyramid Framework Using Entrustable Professional Activities

กุสุมา กังหลี¹ ณัฐภรณ์ หลาวทอง*¹ พิศมัย อรทัย²

Kusuma Kanglee¹ Nuttaporn Lawthong*¹ Pisamai Orathai²

¹คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

¹Faculty of Education, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, 10400

¹โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,

Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ ผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 37 คน กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้นคือ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ และแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 25 ด้าน 82 กิจกรรม โดยแบ่งกิจกรรมตามระดับการดูแลเป็นระดับที่ 1 ถึง ระดับที่ 5 เป็น 4, 25, 12, 20 และ 21 กิจกรรม ตามลำดับ 2) องค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย สมรรถนะหลักทางวิชาชีพ การพยาบาล 5 องค์ประกอบ และตัวบ่งชี้ระดับความสามารถทั้งหมด 22 ตัวบ่งชี้ 3) แบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนนที่พัฒนาขึ้นพบว่า สมรรถนะหลักด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาคือ สมรรถนะหลักด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมาย และรูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียม ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกมีคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับที่น่าพอใจ จึงมีข้อเสนอแนะให้สถาบันทางการพยาบาลนำไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพเมื่อสำเร็จการศึกษา

คำสำคัญ: รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก กรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ เกณฑ์การให้คะแนน

*Corresponding Author: *Email: Nuttaporn.L@chula.ac.th

Abstract

The purpose of this research was to develop the quality of a clinical competency assessment model for nursing students based on Miller's Learning Framework using entrustable professional activities. The research informants developed a clinical competency assessment model consisted of 37 nursing experts. The samples for the trial of clinical competency assessment model and examining the quality of the developed model were 2 nursing instructors, and 10 fourth-year nursing students. The research instruments consisted of the Entrustable Professional Activity Scale and Clinical Competency Assessment Scale, and the scoring rubrics. The results were summarized as follows:

The development of the clinical competency assessment model consisted of 1) 82 essential entrustable professional activities of nursing students, classified into 25 domains. The activities were divided into 5 levels of supervision from levels 1 to 5 consisting of 4, 25, 12, 20 and 21 activities, respectively, 2) Clinical competency assessment components consisting of 5 core nursing professional competencies with 22 indicators, and 3) The developed clinical competency assessment model and the scoring rubrics; nursing practice was the most important core competency component, followed by core competency in the ethics, code of conduct and law. The clinical competency assessment model consisted of three stages: preparatory, operational, and concluding. The results of this study show that the developed clinical competency assessment model is appropriate, and the clinical competency assessment scale is of satisfactory quality in terms of validity and reliability. Therefore, it is recommended that nursing institutions use it as a tool to assess the clinical competency of nursing students who are graduating to build confidence in the quality of nursing practice upon graduation.

Keyword: Clinical Competency Assessment Model, Miller's Pyramid Framework, Entrustable Professional Activities, Scoring rubrics

บทนำ

การประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเตรียมนักศึกษาพยาบาลเข้าสู่วิชาชีพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่านักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษจะสามารถให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล และผู้ป่วยมีความปลอดภัย สภาการพยาบาลกำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกคนสอบประเมินความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kemery & Morrell¹ พบว่า องค์การการศึกษาพยาบาลหรือองค์กรรับรองคุณภาพการพยาบาลยังไม่มีกำหนดแนวทางการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยตรง ทั้งนี้การประเมินผล

การเรียนรู้ในคลินิกควรครอบคลุมการประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติ อีกทั้งควรประเมินในสถานที่ปฏิบัติงานหรือในสถานการณ์จริง เพื่อให้สามารถประเมินทักษะได้ตรงตามสภาพจริงของผู้รับการประเมิน และให้สารสนเทศสำหรับการตัดสินใจผลการเรียนรู้ได้อย่างครอบคลุม

กรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ (Miller's pyramid framework)² เป็นกรอบแนวคิดการประเมินทักษะ (skills) ความสามารถ (competence) หรือการปฏิบัติทางคลินิก (performance) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 รู้ (Knows) ระดับ 2 รู้ว่าทำอย่างไร (Knows How) ระดับ 3 แสดงให้เห็นว่าทำอย่างไร (Shows How) และระดับ 4 การกระทำหรือการปฏิบัติ (Does) ต่อมาครูซและคณะ³ ได้เสนอปรับกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยเพิ่มระดับสูงสุดระดับ 5 อัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Identity) เป็นการผสมผสานเจตคติและพฤติกรรมทางวิชาชีพโดยแสดงออกคุณลักษณะทางวิชาชีพในการปฏิบัติ

งานการพยาบาล (professional behavior) ทั้งนี้การประเมินสมรรถนะทางคลินิกตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ในระดับการปฏิบัติและระดับอัตลักษณ์ทางวิชาชีพเป็นการประเมินการปฏิบัติงานในสถานที่ปฏิบัติงานหรือในสถานการณ์จริง (workplace-based assessment; WBA) เช่น การประเมินจากการสังเกตโดยตรงขณะปฏิบัติงาน (direct observation of procedural skills; DOPS) หรือการประเมินทางคลินิกในสภาพการณ์และการปฏิบัติงานจริง (Mini-clinical evaluation exercise; Mini-CEX) แนวคิดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrustable professional activities; EPAs) ของ Ten Cate และคณะ⁴ เป็นกิจกรรมการปฏิบัติงานทางวิชาชีพที่กำหนดเป็นงานและความรับผิดชอบที่ผู้ฝึกปฏิบัติจะได้รับควมไว้วางใจให้ปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องมีผู้กำกับดูแลเมื่อผู้ฝึกปฏิบัติมีความสามารถหรือสมรรถนะ (competency) ที่เพียงพอ โดยกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) สามารถดำเนินการได้อย่างอิสระ สามารถสังเกตได้ และสามารถประเมินทักษะการปฏิบัติที่เน้นทั้งกระบวนการขณะปฏิบัติงานและผลจากการปฏิบัติงาน การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) เป็นกรอบการประเมินสมรรถนะรูปแบบหนึ่งที่สามารถประเมินสมรรถนะทางคลินิกตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ในระดับสูงสุดคือการปฏิบัติและคุณลักษณะทางวิชาชีพได้ สามารถแปลสมรรถนะมาเป็นกิจกรรมหรืองานที่สามารถประเมินผลการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลได้ชัดเจน สำหรับการศึกษาพยาบาลนั้นเริ่มมีการศึกษา กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) แต่ยังไม่พบการนำกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) มาใช้เป็นกรอบในการประเมินสมรรถนะทางคลินิก

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) การดำเนินการวิจัยประกอบด้วยพัฒนากรอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก การพัฒนาแบบประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน และการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการเรียนรู้ด้านสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา โดยแปลงสมรรถนะหลักทางวิชาชีพที่กำหนดจากหลักสูตรการศึกษาของสภาการพยาบาลเป็นกิจกรรมหรืองานที่สามารถประเมินและสังเกตได้อย่างชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์² ในระดับการปฏิบัติ (Does) และระดับอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Identity)^{2,3} เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานจากสถานที่ปฏิบัติงานหรือในสถานการณ์จริง (WBA) จากการสังเกตโดยตรงขณะปฏิบัติงาน (DOPS) โดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPAs ตามแนวคิดของเทนเคท⁴ เพื่อแปลงสมรรถนะหลักทางวิชาชีพการพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนดไปสู่การปฏิบัติงานทางคลินิกที่สามารถประเมินได้จากการสังเกต โดยการกำหนดที่กิจกรรม EPAs กับองค์ประกอบสมรรถนะหลักทางวิชาชีพการพยาบาล (Competency domains) และตัวบ่งชี้ระดับความสามารถ (Milestones) ที่ระบุประสบการณ์เรียนรู้ด้านความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และเจตคติ (Attitude) และพฤติกรรมทางวิชาชีพ (Behaviors) รวมทั้งมีการกำหนดระดับการกำกับดูแล⁴ 5 ระดับ (levels of supervision) คือ ระดับ 1 อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม EPAs ภายใต้การกำกับดูแลโดยตรง ระดับ 2 อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม EPAs ภายใต้การกำกับดูแลทางอ้อม ระดับ 3 อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม EPAs โดยกำกับดูแลห่าง ๆ ระดับ 4 อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม EPAs โดยไม่ต้องกำกับดูแล และระดับ 5 อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม EPAs และกำกับดูแลผู้อื่นได้ และรูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียม ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุปผล โดยการตัดสินผลระดับสมรรถนะทางคลินิกกำหนดเกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ตามสภาการพยาบาลกำหนด และเกณฑ์ผ่านระดับการกำกับดูแลของการปฏิบัติกิจกรรม EPAs พิจารณาตามผู้ทรงคุณวุฒิกำหนด

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPAs

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนย่อย

ขั้นตอนย่อยที่ 1 การศึกษากิจกรรม EPAs ที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา กิจกรรม EPAs ที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล และสร้างเป็นฉบับร่างของกิจกรรม EPAs ที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 27 ด้าน 81 กิจกรรม

ขั้นตอนย่อยที่ 2 การระบุและกำหนดกิจกรรม EPAs ผู้วิจัยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลมากกว่า 10 ปี จำนวน 22 คน โดยเลือกผู้ทรงคุณวุฒิแบบเฉพาะเจาะจง และวิธีบอกต่อ จากนั้นรวบรวมความคิดเห็น โดยใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง เป็นการใช้แบบสอบถามปลายปิดเก็บข้อมูลในรอบแรก สรุปฉันทามติและยุติกระบวนการเดลฟาย โดยตรวจสอบระดับความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ของรอบที่ผ่านมา

ขั้นตอนย่อยที่ 3 การพัฒนาองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดทำแผนที่ (mapping) กิจกรรม EPAs กับองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้านความสอดคล้องและตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน เมื่อได้องค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของกิจกรรม EPAs โดยรวมแล้ว จึงสุ่มเลือกกิจกรรม EPAs แบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 ด้าน 2 กิจกรรม จากกิจกรรม EPAs ที่ผู้ทรงคุณวุฒิในกระบวนการเดลฟายที่มีฉันทามติด้านความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 100 และจัดทำแผนที่ระหว่างกิจกรรม EPAs ที่สุ่มเลือกแบบเจาะจงกับองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้านความสอดคล้องและด้านความชัดเจนและตรวจสอบความเที่ยงระหว่างระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางคลินิกมากกว่า 10 ปี จำนวน 5 ท่าน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนน และแบบประเมิน

ระดับของการกำกับดูแล 9 ระดับย่อย⁵ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลและการวัดและประเมินผล จำนวน 5 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลและการวัดและประเมินผล จำนวน 5 ท่าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก โดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPAs จำนวน 2 กิจกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อาจารย์พยาบาลผู้ประเมิน จำนวน 2 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สรุปตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามกิจกรรม EPAs 2) แบบสอบถามระดับการกำกับดูแลที่คาดหวัง 5 ระดับ 3) แบบสอบถามสมรรถนะหลักทางวิชาชีพการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง 4) แบบสอบถามองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก

2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนน คือ แบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนน

3. การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย แบบสอบถามรูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก และแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก เลขที่ Q034h/64 เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2565 วันหมดอายุรับรอง วันที่ 18 มกราคม 2566 การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ได้รับการลงนามยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใดๆ และจะไม่มีผลต่อการเรียนหรือการปฏิบัติงานใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้มีการเก็บ

รักษาเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล หรือข้อมูลใดๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลและการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนากรอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย 1) การกำหนดกิจกรรม EPAs โดยการวิเคราะห์ฉันทามติของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย คำร้อยละ โดยพิจารณาการระดับ 4 ขึ้นไป มีค่าร้อยละ $\geq$ ร้อยละ 80, ค่ามัธยฐาน $\geq$ 3.50, ค่าพิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์ มีค่า $\leq$ 1.50 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจายมีค่ามากกว่าศูนย์ แต่ไม่เกิน 0.5 และ 2) การพัฒนาองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก โดยวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาจาก ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของคำถามรายข้อ (I-CVIs) โดยพิจารณาระดับ 3 ขึ้นไป ค่า I-CVIs $>$ 0.80 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ (S-CVI) โดยใช้ค่าเฉลี่ยสัดส่วน (S-CVI/Ave) ค่า S-CVI/Ave $\geq$ 0.90 และวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติแคปปาที่ปรับปรุง (modified kappa statistic; K) $[K = (I-CVI - Pc) / (1 - Pc)]$ และ $Pc = [N!/A!(N-A)!] * 0.5^N$ (N=จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด; A = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความเห็นว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้อง) เกณฑ์ระดับคุณภาพ คือ ดีเยี่ยม $K > .74$; ดี $K = .60-.74$ และพอใช้ $K = .40-.59$ และวิเคราะห์ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation: ICC) (ICC (3,5)) การแปลผล ICC ดังนี้ ICC $>$ 0.90 ดีมาก; ICC=0.75 - 0.90 ดี; ICC=0.50 - 0.74 พอใช้ และ ICC $<$ 0.50 ต่ำ

2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนน โดยวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาจากค่า I-CVIs, ค่า S-CVI/Ave และวิเคราะห์ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติแคปปาที่ปรับปรุง (K)

3. การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก โดยวิเคราะห์ความตรงด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์ระดับคุณภาพ คือ $M \geq 4.51$ มากที่สุด; $M = 3.51-4.50$ มาก; $M = 2.51-3.50$ ปานกลาง; $M = 1.51-2.50$ น้อย และ $M = 1.0-1.50$ น้อยที่สุด และการวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ภายใน

ชั้น (ICC) ด้วยโปรแกรม SPSS โมเดล two-way mixed-effects model รูปแบบนิยามความสอดคล้อง (consistency) (ICC (3,2))

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ สรุปตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก

1.1 ผลการพัฒนากิจกรรม EPAs ที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล กำหนดจากฉันทามติของผู้ทรงคุณวุฒิ ในกระบวนการเดลฟาย จำนวน 2 รอบ พบว่า มีกิจกรรม EPAs ที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 25 ด้าน 82 กิจกรรม และกำหนดระดับการกำกับดูแล 5 ระดับ คือ ระดับ 1 กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ของนักศึกษาพยาบาลที่อนุญาตให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับดูแลโดยตรง จำนวน 4 กิจกรรม ระดับ 2 กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ของนักศึกษาพยาบาลที่อนุญาตให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับดูแลทางอ้อม จำนวน 25 กิจกรรม ระดับ 3 กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ของนักศึกษาพยาบาลที่อนุญาตให้ปฏิบัติโดยกำกับดูแลห่าง ๆ จำนวน 12 กิจกรรม ระดับ 4 กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ของนักศึกษาพยาบาลที่อนุญาตให้ปฏิบัติโดยไม่ต้องกำกับดูแล จำนวน 20 กิจกรรม และระดับ 5 กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ของนักศึกษาพยาบาลที่อนุญาตให้ปฏิบัติโดยกำกับดูแลผู้อื่นได้ จำนวน 21 กิจกรรม แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ค่าร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) และระดับการกำกับดูแล

กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs)	ความสำคัญ			ความเฉพาะเจาะจง			Level (Mode)
	Mdn (IQR)	Score ≥ 4	CV	Mdn (IQR)	Score ≥ 4	CV	
EPA domain 1 การรับ การย้าย และการจำหน่ายผู้ป่วย							
EPA 1.1 การรับผู้ป่วย	5 (0)	100%	0.07	5 (0)	100%	0.09	4
EPA 1.2 การย้ายผู้ป่วย	5 (0)	90.91%	0.17	5 (1)	100%	0.11	4
EPA 1.3 การจำหน่ายผู้ป่วย	5 (0)	95.45%	0.12	5 (1)	100%	0.11	4
EPA domain 2 การบันทึกทางการแพทย์							
EPA 2.1 การบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.00	4
EPA domain 3 การประเมินภาวะสุขภาพ							
EPA 3.1 การซักประวัติ	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.00	5
EPA 3.2 การประเมินสัญญาณชีพ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	5
EPA 3.3 การตรวจร่างกาย	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.06	4
EPA 3.4 การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	5 (0.75)	100%	0.14	5 (1)	86.36%	0.23	4
EPA domain 4 การสอนสุขศึกษาผู้ป่วย							
EPA 4.1 การสอนสุขศึกษาผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	5 (0)	90.91%	0.12	5 (0)	95.45%	0.12	5
EPA domain 5 การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ							
EPA 5.1 การทำความสะอาดมือ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.18	5
EPA 5.2 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	95.45%	0.14	5
EPA 5.3 การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	95.45%	0.14	4
EPA 5.4 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.04	4
EPA domain 6 การดูแลการเคลื่อนไหวและการจำกัดการเคลื่อนไหว/ไม่เคลื่อนไหว							
EPA 6.1 การดูแลผู้ป่วยเคลื่อนไหว	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.06	5
EPA 6.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.07	5
EPA domain 7 การป้องกันอุบัติเหตุ							
EPA 7.1 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม	5 (0)	95.45%	0.09	5 (0)	100%	0.06	5
EPA 7.2 การผูกยึดร่างกายผู้ป่วย	5 (0)	95.45%	0.12	5 (0)	95.45%	0.10	5
EPA domain 8 สุขวิทยาส่วนบุคคล							
EPA 8.1 การอาบน้ำผู้ป่วย	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.07	5
EPA 8.2 การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	5 (0)	90.91%	0.14	5 (1)	100%	0.10	5
EPA 8.3 การทำเตียง	5 (0.75)	86.36%	0.16	5 (0.75)	90.91%	0.21	5
EPA domain 9 การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด							
EPA 9.1 การประเมินความปวด	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	4
EPA 9.2 การจัดการความปวด	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.00	4
EPA domain 10 การดูแลด้านอาหารและน้ำ							
EPA 10.1 การใส่สายยางทางจมูกถึงกระเพาะอาหารและการนำสายยางทางจมูกออก	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.06	2
EPA 10.2 การให้อาหารทางสายยางสู่กระเพาะอาหาร	5 (0)	95.45%	0.19	5 (0)	95.45%	0.11	5
EPA 10.3 การให้อาหารทางหน้าท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารหรือการให้อาหารทางหน้าท้องเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนกลาง	5 (0)	95.45%	0.19	5 (0.75)	95.45%	0.12	4
EPA 10.4 การสวนล้างสายยาง	5 (0)	95.45%	0.19	4.5 (1)	95.45%	0.21	2

EPA domain 11 ความไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย

EPA 11.1 การประเมินความไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.06	5

EPA domain 12 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้เลือด

EPA 12.1 การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย	5 (0)	95.45%	0.19	5 (0)	95.45%	0.18	2
EPA 12.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	5 (0)	95.45%	0.18	5 (0)	100%	0.06	2
EPA 12.3 การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	5 (0)	100%	0.06	5 (0.75)	95.45%	0.12	2

EPA domain 13 การบริหารยา

EPA 13.1 การให้ยาทางปาก	5 (0)	100%	0.06	5 (0)	100%	0.06	3
EPA 13.2 การให้ยาทางสายให้อาหาร	5 (0)	100%	0.06	5 (0)	100%	0.06	3
EPA 13.3 การให้ยาเฉพาะที่	5 (0)	100%	0.07	5 (0)	100%	0.07	4
EPA 13.4 การเตรียมยาฉีด	5 (0)	95.45%	0.09	5 (0)	100%	0.04	2
EPA 13.5 การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง	5 (0)	95.45%	0.09	5 (0)	100%	0.04	2
EPA 13.6 การฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง	5 (0)	95.45%	0.09	5 (0)	100%	0.04	2
EPA 13.7 การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.00	2
EPA 13.8 การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.10	2

(การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางชุดให้สารน้ำ ทางเข็มที่คาไว้ และโดยวิธีการหยด)

EPA domain 14 การดูแลทางเดินหายใจ และการหายใจ

EPA 14.1 การบริหารการหายใจ	5 (0)	90.91%	0.13	5 (0)	100%	0.07	5
EPA 14.2 การดูดเสมหะ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	2
EPA 14.3 การให้ออกซิเจน	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.06	3
EPA 14.4 การดูแลท่อระบายทรวงอก	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	95.45%	0.11	2

EPA domain 15 การดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระ

EPA 15.1 การสวนล้างอุจจาระ	5 (0)	86.36%	0.21	5 (0)	86.36%	0.23	5
EPA 15.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง	5 (0)	90.91%	0.19	5 (0)	90.91%	0.16	3

EPA domain 16 การดูแลด้านการขับถ่ายปัสสาวะ

EPA 16.1 การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	2
EPA 16.2 การสวนปัสสาวะแบบคาสายสวน	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	2
EPA 16.3 การดูแลผู้ป่วยทำการล้างไต	5 (0)	100%	0.06	5 (0)	95.45%	0.10	2

ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

EPA domain 17 การป้องกันและดูแลรักษาแผล

EPA 17.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.07	4
EPA 17.2 การทำแผล	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.00	3
EPA 17.3 การทำแผลที่มีท่อระบาย	5 (0)	95.45%	0.11	5 (0)	95.45%	0.12	3

EPA domain 18 การใช้ความร้อนและความเย็นเพื่อบำบัด

EPA 18.1 การใช้ความร้อนเพื่อบำบัด	5 (0)	90.91%	0.13	5 (0)	95.45%	0.10	5
EPA 18.2 การใช้ความเย็นเพื่อบำบัด	5 (0)	90.91%	0.14	5 (0)	95.45%	0.10	5
EPA 18.3 การลูบตัวเพื่อลดความร้อนของร่างกาย	5 (0)	95.45%	0.09	5 (0)	100%	0.06	5

EPA domain 19 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

EPA 19.1 การเจาะเลือดตรวจปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.10	4
EPA 19.2 การเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล	5 (0)	95.45%	0.14	5 (0)	100%	0.07	5
ด้วยเครื่องทดสอบกลูโคส							
EPA 19.3 การเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.10	2
EPA 19.4 การเจาะเลือดเพื่อเพาะหาเชื้อ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.07	2
EPA 19.5 การเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจวิเคราะห์	5 (0)	90.91%	0.19	5 (0)	100%	0.07	4

EPA 19.6 การเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจเพาะเชื้อ	5 (0)	95.45%	0.14	5 (0)	100%	0.07	4
EPA 19.7 การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง	5 (0)	95.45%	0.14	5 (0)	100%	0.07	4
EPA 19.8 การเก็บอุจจาระส่งตรวจ	5 (0)	90.91%	0.19	5 (0)	100%	0.07	5
EPA 19.9 การเก็บเสมหะส่งตรวจ	5 (0)	95.45%	0.15	5 (0)	100%	0.08	4
EPA 19.10 การเก็บสิ่งคัดหลั่งจากแผลส่งตรวจ	4.5 (1)	90.91%	0.18	5 (1)	100%	0.11	4
EPA domain 20 การดูแลผู้ป่วยตรวจวินิจฉัย							
EPA 20.1 การดูแลผู้ป่วยเจาะหลัง	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	3
EPA 20.2 การดูแลผู้ป่วยเจาะท้อง	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	3
EPA 20.3 การดูแลผู้ป่วยเจาะปอด	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.06	3
EPA 20.4 การดูแลผู้ป่วยเจาะไขกระดูก	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	3
EPA 20.5 การดูแลผู้ป่วยตัดชิ้นเนื้อจากไต	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.04	3
EPA 20.6 การดูแลผู้ป่วยตัดชิ้นเนื้อจากตับ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	100%	0.06	3
EPA domain 21 การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด							
EPA 21.1 การดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.14	2
EPA 21.2 การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.14	2
EPA domain 22 การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน							
EPA 22.1 การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	5 (0)	86.36%	0.18	5 (0)	81.82%	0.17	4
EPA 22.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำ	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	100%	0.08	2
ส่วนกลาง							
EPA 22.3 การให้สารน้ำ และสารอาหารทางหลอดเลือดดำ	5 (0)	95.45%	0.15	5 (0)	90.91%	0.13	2
ส่วนกลาง							
EPA domain 23 การช่วยฟื้นคืนชีพ							
EPA 23.1 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.00	2
EPA 23.2 การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ	5 (0)	86.36%	0.22	5 (0)	86.36%	0.22	1
EPA domain 24 การรักษาโรคเบื้องต้น							
EPA 24.1 การฉีดยาเฉพาะที่	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	86.36%	0.15	1
EPA 24.2 การเย็บแผล	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	86.36%	0.15	1
EPA 24.3 การตัดไหม	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	95.45%	0.10	2
EPA 24.4 การถอดเล็บ	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	86.36%	0.16	1
EPA domain 25 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย							
EPA 25.1 การดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.10	2
EPA 25.2 การดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม	5 (0)	95.45%	0.10	5 (0)	95.45%	0.10	2

1.2 ผลการพัฒนารูปแบบประกอบการประเมิน
สมรรถนะทางคลินิก

1.2.1 องค์ประกอบสมรรถนะหลักทางวิชาชีพ
การพยาบาล กำหนดจากฉันทามติของผู้ทรงคุณวุฒิในกระบวนการ
การเคลฟาย จำนวน 2 รอบ ประกอบด้วย สมรรถนะหลักทาง
วิชาชีพการพยาบาล 5 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะหลักด้าน
การปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะหลักด้านจริยธรรมจรรยา

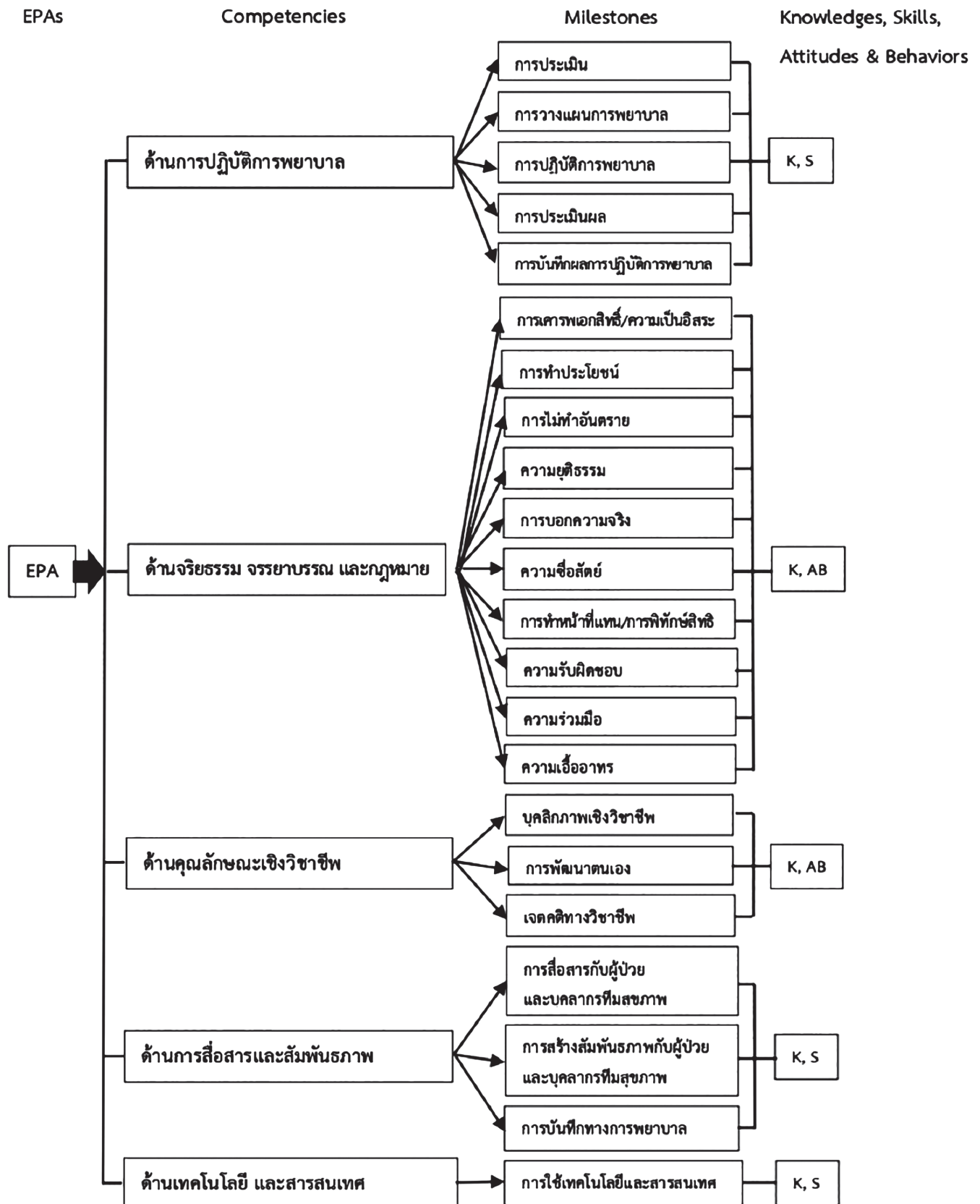
บรรณและกฎหมาย สมรรถนะหลักด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ
สมรรถนะหลักด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ และสมรรถนะ
หลักด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ แสดงดังตารางที่ 2 และ
ตัวบ่งชี้ระดับความสามารถ 22 ตัวบ่งชี้ และเกณฑ์ประเมิน
ด้านความรู้ ทักษะ เจตคติและพฤติกรรมทางวิชาชีพ
แสดงดังภาพที่ 1

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ค่าร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของสมรรถนะหลักทางวิชาชีพ

สมรรถนะหลักทางวิชาชีพ	ความสำคัญ			ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ			การจัดลำดับ (Mode)	การตัดสินใจ
	Mdn (IQR)	Score ≥ 4	CV	Mdn (IQR)	Score ≥ 4	CV		
1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.07	1	เก็บไว้
2. ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย	5 (0)	100%	0.00	5 (0)	100%	0.09	2	เก็บไว้
3. ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ	5 (0)	100%	0.04	5 (0)	95.45%	0.11	3	เก็บไว้
4. ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ	4.5 (1)	90.91%	0.15	4.5 (1)	77.27%	0.19	7	คัดออก
5. ด้านวิชาการและการวิจัย	5 (1)	90.91%	0.15	5 (1)	77.27%	0.19	6	คัดออก
6. ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ	5 (0)	100%	0.09	5 (0)	100%	0.09	4	เก็บไว้
7. ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ	5 (0)	90.91%	0.14	5 (1)	90.91%	0.15	5	เก็บไว้
8. ด้านสังคม	5 (1)	90.91%	0.15	4 (1.75)	72.73%	0.23	8	คัดออก

1.2.2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
กรอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกด้านความสอดคล้องของ
การทำแผนที่กิจกรรม EPAs โดยรวม กับองค์ประกอบการ
ประเมินสมรรถนะทางคลินิก พบว่า มีค่า I-CVIs อยู่ระหว่าง
0.80-1.0 และค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.95 แสดงว่ากรอบการ
ประเมินสมรรถนะทางคลินิกมีความตรงตามเนื้อหาทั้งรายข้อ
และรายฉบับ และตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้
สถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%
พบว่า มีค่า ICC(3,5) เท่ากับ 0.811 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p = .000$) มีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดี

1.2.3 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
กรอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกด้านความสอดคล้องและ
ด้านความชัดเจนของการทำแผนที่กิจกรรม EPAs รายการกิจกรรม
กับองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก พบว่า
กิจกรรม EPA: การฉีดยาทางหลอดเลือดดำ มีค่า I-CVI อยู่
ระหว่าง .80-1.0 และค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 1.0 และ .98 ตาม
ลำดับ และกิจกรรม EPA: การดูดเสมหะ มีค่า I-CVI อยู่ระหว่าง
.80-1.0 และมีค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 1.0 และ .99 ตามลำดับ
และตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติแคปปา
ที่ปรับปรุง (K) จากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อที่
ปรับปรุง (modified CVI) พบว่า มีค่า K อยู่ระหว่าง .76-1.0
แสดงว่ามีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมาก



ภาพที่ 1 องค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก โดยใช้กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้

2. ผลการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนน

2.1 การกำหนดระดับความสำคัญขององค์ประกอบประเมินสมรรถนะทางคลินิก โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคำฐานนิยมของสมรรถนะหลักทางวิชาชีพการพยาบาล 5 องค์ประกอบ พบว่า สมรรถนะหลักด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีความสำคัญมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือสมรรถนะหลักด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมาย คิดเป็นร้อยละ 15 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 10 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ คิดเป็นร้อยละ 10 และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ คิดเป็นร้อยละ 5

2.2 แบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนนรูปแบบแยกองค์ประกอบ 5 ระดับ เป็นแบบประเมินจากการสังเกตโดยตรงขณะปฏิบัติงาน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้านความสอดคล้อง ด้านความชัดเจน ด้านความกำกวม และด้านความครอบคลุม พบว่า มีความตรงตามเนื้อหาทั้งรายข้อและรายฉบับ (I-CVI = .80-1.0, S-CVI/Ave = .92-1.0) และการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติแคปปาที่ปรับปรุง พบว่า มีค่าความสอดคล้อง (K) อยู่ระหว่าง 0.76-1.0 แสดงว่ามีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมาก

3. ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

3.1 รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียม ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป และการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.82$, $SD = 0.37$) รายละเอียดของรูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกดังนี้

3.1.1 ขั้นเตรียม: เตรียมบุคลากร การฝึกอบรมอาจารย์พยาบาลผู้ประเมิน การชี้แจงนักศึกษาพยาบาล การชี้แจงอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติ และการชี้แจงผู้ป่วยจริง, เตรียมสถานที่ สถานที่ปฏิบัติงานจริง (WPBA) บนหอผู้ป่วย และเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้

3.1.2 ขั้นดำเนินการ (1) ผู้ประเมิน: อาจารย์พยาบาลผู้ประเมิน จำนวน 2 คน (2) ผู้เข้ารับการประเมิน: นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เข้ารับการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ระยะเวลาการประเมิน 15-20 นาที/กิจกรรม (3) การประเมิน: (3.1) อาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติ

ตรวจสอบเกณฑ์ระดับการกำกับดูแลการปฏิบัติกิจกรรม EPA (3.2) นักศึกษาพยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม EPA และ (3.3) อาจารย์พยาบาลผู้ประเมินทำการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPAs จากการสังเกตโดยตรงจากการปฏิบัติกิจกรรม EPAs ในสถานที่ปฏิบัติงานจริง โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนน

3.1.3 ขั้นสรุปผล (1) อาจารย์พยาบาลผู้ประเมินสรุปคะแนน และรายงานผลการประเมิน ระยะเวลา 5 นาที และ (2) อาจารย์พยาบาลผู้ประเมินตัดสินคะแนนสมรรถนะทางคลินิกเกณฑ์ผ่านคะแนน ≥ 60 คะแนน และระดับการกำกับดูแลเกณฑ์ผ่าน $\geq$ ระดับการกำกับดูแลที่กำหนด

3.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงของรูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก

3.2.1 คะแนนสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPA: การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และกิจกรรม EPA: การดูดเสมหะ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนสมรรถนะทางคลินิกผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 และผ่านเกณฑ์ระดับการกำกับดูแลที่กำหนด และผลการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น ค่า ICC (3,2) เท่ากับ .985 และ .914 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) แสดงว่าการประเมินสมรรถนะทางคลินิกมีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมาก

3.2.2 ระดับการกำกับดูแลของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPA: การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และกิจกรรม EPA: การดูดเสมหะ พบว่าผ่านเกณฑ์ระดับการกำกับดูแลที่กำหนด และผลการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น ค่า ICC (3, 2) เท่ากับ 1.0 และ .762 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$, $p = .022$) แสดงว่าผู้ประเมินมีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมากและระดับดี

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ สรุปตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประเด็นที่ 1 การพัฒนารอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก

1.1 การกำหนดกิจกรรม EPAs ที่จำเป็นสำหรับการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา ใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง จำนวน 2 รอบ พบว่า มีกิจกรรม EPAs จำนวน 25 ด้าน 82 กิจกรรม โดยแบ่งกิจกรรมตามระดับการกำกับดูแลระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5 กิจกรรม EPAs ที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา เช่น การให้ออกซิเจน การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และการสวนปัสสาวะแบบคาสายสวน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kemery and Morrell¹ ศึกษาเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และการศึกษาของ Kiernan and Olsen⁶ ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางคลินิกด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา เช่น การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือการให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยวิธีการหยด การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก การสวนปัสสาวะ เป็นต้น ทั้งนี้การกำหนดระดับการกำกับดูแล 5 ระดับ มีดังนี้ ระดับ 1 อนุญาตให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับดูแลโดยตรง จำนวน 4 กิจกรรม เช่น การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ และการเย็บแผล เป็นต้น เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความเฉพาะต้องได้รับการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมเฉพาะด้านเพื่อฝึกฝนทักษะและการใช้อุปกรณ์มีความชำนาญและสามารถปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย^{7,8} ระดับ 2 อนุญาตให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับดูแลทางอ้อม จำนวน 25 กิจกรรม เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ เป็นต้น เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญ เป็นกิจกรรมที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่อวัยวะสำคัญของร่างกาย จึงเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ง่าย^{7,8} ระดับ 3 อนุญาตให้ปฏิบัติโดยกำกับดูแลห่าง ๆ จำนวน 12 กิจกรรม เช่น การให้ยาทางสายให้อาหาร และการให้ออกซิเจน เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมและต้องใช้ประสบการณ์ ระดับ 4 อนุญาตให้ปฏิบัติโดยไม่ต้องกำกับดูแล จำนวน 20 กิจกรรม เช่น การให้ยาเฉพาะที่ และการเจาะเลือดตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น เป็นต้น ระดับ 5 อนุญาตให้ปฏิบัติ โดยกำกับดูแลผู้อื่นได้ จำนวน 21 กิจกรรม เช่น การประเมินสัญญาณชีพ และการอาบน้ำผู้ป่วย เป็นต้น เนื่องจากเป็นทักษะการพยาบาลพื้นฐานที่ไม่เป็น

อันตรายต่อผู้ป่วย เป็นทักษะที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย เป็นทักษะการปฏิบัติที่ไม่ซับซ้อน และเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติให้กับผู้ป่วยทุกวัน อาจารย์ภาคปฏิบัติสามารถมอบหมายกิจกรรมให้ปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องกำกับดูแล^{7,8}

1.2 การกำหนดองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า สมรรถนะหลักทางวิชาชีพการพยาบาลที่มีความสำคัญและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรม EPAs ของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะหลักด้านการปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะหลักด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย สมรรถนะหลักด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ สมรรถนะหลักด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ และสมรรถนะหลักด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ สำหรับสมรรถนะหลักด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ สมรรถนะหลักด้านวิชาการและการวิจัย และสมรรถนะหลักด้านสังคม มีความสำคัญแต่มีความเป็นไปได้น้อยในการประเมินจาก การปฏิบัติกิจกรรม EPAs ของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของศุจิภา ภูมิโคกรักษ์ และคณะ⁹ พบว่า บัณฑิตปริญญาตรีมีสมรรถนะด้านวิชาการ และการวิจัย และด้านสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ถูกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ¹⁰ พบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานและการแสดงความเป็นผู้นำของผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับที่น้อยกว่าสมรรถนะด้านอื่นๆ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องมีอาจารย์ดูแลกำกับอย่างใกล้ชิดทำให้มีโอกาสดแสดงศักยภาพในการบริหารงาน โอกาสการตัดสินใจ และการแสดงความเป็นผู้นำได้น้อย สำหรับตัวบ่งชี้ระดับความสามารถ มีจำนวน 22 ตัวบ่งชี้ เช่น องค์ประกอบสมรรถนะหลักด้านการปฏิบัติการพยาบาล ตัวบ่งชี้ระดับความสามารถ ประกอบด้วย การประเมินการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการบันทึกและรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีเกณฑ์การประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้ (K) และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม EPAs โดยใช้กระบวนการพยาบาล (S) สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลของสภาการพยาบาลที่กำหนดใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วย นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ผู้วิจัยนำองค์ประกอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกมาพัฒนาเป็นองค์ประกอบการ

ประเมินสมรรถนะทางคลินิกรายกิจกรรม EPA: การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และกิจกรรม EPA: การดูดเสมหะ

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนน

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนนแบบแยกองค์ประกอบ 5 ระดับเป็นเครื่องมือใช้ในการประเมินจากการสังเกตโดยตรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ปฏิบัติงานหรือสถานการณ์จริง โดยอาจารย์พยาบาลผู้ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมโดยตรงและประเมินให้คะแนนตามแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนนแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับ Shrivastava & Shrivastava¹¹ กล่าวถึงประโยชน์ของการประเมินทักษะทางคลินิกจากการสังเกตโดยตรง ให้แนวทางในการประเมินทักษะการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งทักษะการสื่อสารที่เพียงพอ และมีความถูกต้องสูง เนื่องจากการสังเกตมุ่งเน้นการประเมินจากทักษะการปฏิบัติที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้แบบนำตนเอง (self-directed learning) และการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม EPAs โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบบูรณาการช่วยให้ผู้เรียนวางแผนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และพัฒนาตนเองจนเกิดความชำนาญโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล นอกจากนี้การประเมินโดยการสังเกตโดยตรงส่งผลดีต่อการเรียนของนักเรียน (educational impact) โดยช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติทางคลินิกของผู้เรียน ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินระดับของการกำกับดูแล EPA: การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และ EPA: การดูดเสมหะ โดยกำหนดระดับของการกำกับดูแลเป็น 5 ระดับของ Ten Cate et al⁴ และ 9 ระดับย่อยของ Chen et al⁵

ประเด็นที่ 3 การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก

3.1 ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียม เป็นการเตรียมบุคลากร ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้ประเมิน อาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาล และผู้ป่วยจริง โดยการฝึกอบรมอาจารย์พยาบาลผู้ประเมิน การชี้แจงนักศึกษาพยาบาลผู้รับการประเมินและอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติ การมอบหมายผู้ป่วยจริงที่ต้องการการปฏิบัติกิจกรรม EPAs ที่กำหนดและการชี้แจงผู้ป่วย สำหรับการเตรียมสถานที่เป็นการเตรียมสถานที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องผู้ป่วยที่นักศึกษาพยาบาล

ฝึกปฏิบัติงานจริง ในส่วนการเตรียมวัสดุอุปกรณ์เป็นการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้การปฏิบัติกิจกรรม EPAs และแบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินประเมินระดับการกำกับดูแล รวมทั้งใบบันทึกทางการพยาบาล ทั้งนี้จุดอ่อนของการประเมินจากการสังเกตโดยตรง คือ ความลำเอียงระหว่างผู้ประเมิน ดังนั้นในการประเมินควรมีการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถ และมีการฝึกอบรมวิธีการประเมินการใช้แบบประเมินจากการสังเกตโดยตรง และการเตรียมนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษามีความเข้าใจในขั้นตอนการประเมิน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล^{12,13} 2) ขั้นตอนการ ประกอบด้วยผู้ประเมิน เป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ผู้เข้ารับการประเมิน เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 คน เข้ารับการประเมินสมรรถนะทางคลินิกในการปฏิบัติกิจกรรม EPA: การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และกิจกรรม EPA: การดูดเสมหะ ระยะเวลาการประเมิน 15-20 นาทีต่อกิจกรรม ซึ่งโดยทั่วไปการประเมินการปฏิบัติจะใช้เวลาในการสังเกต 15 นาที และ 5 นาทีสำหรับการสรุป การดำเนินการประเมินโดยชี้แจงอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติเกี่ยวกับระดับการกำกับดูแลการปฏิบัติกิจกรรม EPAs สำหรับการวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับการกำกับดูแลเป็นระดับ 2 อนุญาตให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับดูแลทางอ้อม และอาจารย์พยาบาลผู้ประเมินประเมินนักศึกษาพยาบาลจากการสังเกตโดยตรงขณะปฏิบัติกิจกรรม EPAs ในสถานที่ปฏิบัติงาน โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทางคลินิกและเกณฑ์การให้คะแนนแบบบูรณาการ และแบบประเมินระดับการกำกับดูแล และ 3) ขั้นสรุปผล ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ประเมินสรุปคะแนน และรายงานผลการประเมินใช้ระยะเวลา 5 นาที การตัดสินระดับสมรรถนะทางคลินิกแบบอิงเกณฑ์ โดยกำหนดเกณฑ์ผ่านคะแนน $\geq$ ร้อยละ 60 ตามสภาการพยาบาลกำหนด ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้สารสนเทศในการตัดสินความรู้ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาว่ามีสมรรถนะทางคลินิกหรือไม่ โดยการประเมินแบบอิงเกณฑ์เพื่อคัดกรองนักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถเพียงพออย่างน้อยที่สุดที่จะออกไปทำงานได้ และการประเมินระดับการกำกับดูแลกำหนดเกณฑ์ผ่านระดับการกำกับดูแลตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิกำหนด เพื่อให้มั่นใจว่านักศึกษาพยาบาลจะสามารถปฏิบัติกิจกรรม EPAs ได้ โดยไม่ต้องมีผู้กำกับดูแล เมื่อสำเร็จการศึกษา

3.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงของรูป

แบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPA: การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และ EPA: การดูดเสมหะ ผลการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน มีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมากและระดับดี ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรม EPAs มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ เมื่อสำเร็จการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) ควรมีการกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ให้มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการประเมินนักศึกษาพยาบาลในแต่ละสถาบันการศึกษา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการประเมินสูงสุด และเป็นกิจกรรมที่สามารถอ้างอิงสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้

2. อาจารย์พยาบาลผู้ประเมินควรศึกษากรอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิก แบบประเมินสมรรถนะทางคลินิก และเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกก่อนการทำการประเมิน เพื่อให้การประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ถูกต้อง และครบถ้วน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ขยายผลการศึกษารูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) กับพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาใหม่ เพื่อติดตามการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

References

1. Kemery S, Morrell BL. Differences in psychomotor skills teaching and evaluation practices in undergraduate nursing programs. *Nursing education perspectives*. 2020; 41(2): 83-7.
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 1990;65(9): S63-7.
3. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Academic Medicine*. 2016; 91(2):180-5.
4. Ten Cate O, Carraccio C, Damodaran A, Gofton W, Hamstra SJ, Hart DE, et al. Entrustment decision making: extending Miller's pyramid. *Academic Medicine*. 2021; 96(2): 199-204.
5. Chen HC, van den Broek WE S, ten Cate O. The Case for Use of Entrustable Professional Activities in Undergraduate Medical Education. *Academic Medicine*. 2015; 90(4): 431-6.
6. Kiernan LC, Olsen DM. Improving clinical competency using simulation technology. *Nursing*. 2020; 50(7): 14-9.
7. Streerut Thadakant, Sumolchat Duangbubpha. Psychomotor Entrustable Professional Activities of Newly Graduated Nurse-Midwives: A Delphi Study. *Rama Nurs J*. 2020; 26(2), 246-62. (in Thai)
8. Soiy Anusornteerakul, Saranya Tienprasert, Busara Kanchanabatr. Entrustable Professional Activities on Psychomotor Skill among Newly Graduated Nurses. 2020; 38(1): 69-77. (in Thai)
9. Sujika Phumkokrux, Achara Sukonthasarn, Anyarat Wongwiriapapun, Thunyabhorn Liewtrakul, Watcharee Nakhapa. Desired Characteristics of Graduates from Faculty of Nursing, Chiang Mai University as Perceived by their Supervisors/Employers. *Nursing Journal*. 2016; 43 Suppl: 151-61. (in Thai)

10. Juntima Rerkluenrit, Tassaneeya Wongsachantanon, Nuntiya Rucksorn and Sukunya Dayvelok. An Assessment on Competencies of Nurse Graduates from the Bachelors of Nursing Science Program, Srinakharinwirot University, Academic Year of 2010. Thai Pharm Health Sci J. 2012; 7(4): 167-74. (in Thai)
11. Shrivastava SR, Shrivastava PS. Utility of direct observation of procedural skills method in producing a competent medical graduate. Journal of Current Research in Scientific Medicine. 2019; 5(2): 130-1.
12. Puttiraporn Hungsawanus, Shotiga Pasiphol, Shotiga Pasiphol. Development of Nursing Practice Competency Assessment Model for Nursing Students Practicing in Labor Room by Using an Application of Assessment Center. Journal of Research and Curriculum Development. 2020; 9(2): 138-58. (in Thai)
13. Rungrudee Klaharn. The development of a competency assessment system for nursing students' practicum. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(2): 48-58. (in Thai)

การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

A Comparative Study of Caring Behavior for Elderly Patients of Police Nursing Students

รจนาถ หอมดี*

Rojjanart Homdee*

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกอย่างจำเพาะเจาะจง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2563 ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลของภรณ์ เลื่องอรุณ และคณะ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .89 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย One-way ANOVA และ Post Hoc test

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.62$, $S.D. = .39$) โดยชั้นปีที่ 2 มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3 และ 4 ตามลำดับ ($M = 4.69$, 4.67 และ 4.48 $S.D. = .31$, $.41$ และ $.43$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ชั้นปี พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพิจารณารายด้าน พบว่า มี 3 องค์ประกอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านการสนับสนุนประคับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ ชั้นปีที่แตกต่างกันได้แก่ ชั้นปีที่ 2 กับ ชั้นปีที่ 4 ($M = 4.71$ และ 4.46 $S.D. = .35$ และ $.47$) และชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4 ($M = 4.73$ และ 4.46 $S.D. = .44$ และ $.47$) ส่วนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการเคารพในบุคคล ชั้นปีที่แตกต่างกันได้แก่ ชั้นปีที่ 2 กับ ชั้นปีที่ 4 ($M = 4.76$ และ 4.51 $S.D. = .32$ และ $.45$, $M = 4.77$ และ 4.59 $S.D. = .26$ และ $.41$) ดังนั้นการศึกษาลักษณะพฤติกรรมพยาบาลศาสตร์ควรออกแบบการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีโอกาสดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดรวมถึงทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยให้มากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร, ผู้ป่วยสูงอายุ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research aimed to study and compare the caring behavior towards the elderly patients of nursing students at Police Nursing College. The purposive sampling was 180 police nursing students, academic year 2020, second, third and fourth year. The research instrument was the caring behavior questionnaire, developed by Porranee Luengarun et al. The content validity index was reported at .89 The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was .95 Data were analyzed by descriptive statistics in mean and standard deviation. Mean difference analysis with One - way ANOVA and Post Hoc test.

The results were found that the caring behavior for elderly patients of Police Nursing Students were at very good level ($M = 4.62$, $S.D. = .39$). The highest average score was the second year, followed by third and fourth year respectively ($M = 4.69$, 4.67 and 4.48 $S.D. = .31$, $.41$ and $.43$ respectively). The caring behavior towards elderly patients of nursing students in all 3 years had a statistically significantly difference in means at $P < .05$. When considering each aspect, it was found that there were 3 statistically significantly different components, these were mental and spiritual support between second and fourth year ($M = 4.71$, 4.46 $S.D. = .35$, $.47$) and between third and fourth year ($M = 4.73$, 4.46 $S.D. = .44$, $.47$). The effective communication and respect were difference between second and fourth year ($M = 4.76$, 4.51 $S.D. = .32$, $.45$; $M = 4.77$, 4.59 $S.D. = .26$, $.41$) Therefore, nursing education programs should provide instruction that encourage students to have the opportunity to take care closely and communicate more with patients in practicum nursing.

Keywords: Caring Behavior, Older Patients, Nursing Students

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันพบว่ามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุประมาณ 12.11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และมีการคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568¹ ผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มเปราะบางเพราะสภาพร่างกายมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สภาพจิตใจที่อ่อนไหว ยากต่อการปรับตัว รวมถึงโรคที่มาพร้อมกับความสูงอายุ เช่น โรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อม โรคกระดูกและข้อและโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยพบอุบัติการณ์ป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกละเลยทอดทิ้ง² อาการเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามระดับความรุนแรงและการดำเนินของโรค² การดูแลผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น และปัญหาการรังเกียจอันเนื่องมาจากอายุ (Ageism) ก่อให้เกิดมายาคติ (Myth) ความเชื่อที่ผิดๆ ต่อผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อ การดูแล บำบัดรักษาและการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยเลือกที่จะดูแลผู้ป่วยในวัยอื่นๆ มากกว่าผู้ป่วยวัย

สูงอายุ และยังพบว่าพยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ³

หัวใจของวิชาชีพพยาบาลที่ฝังแน่นอยู่ในมิติของการปฏิบัติและเป็นพันธะต่อสังคมที่วิชาชีพพยาบาลต้องมีความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เข้าใจจิตใจซึ่งกันและกัน (Transpersonal Caring) เป็นทักษะที่พยาบาลทุกคนต้องฝึกฝน เอาใจใส่เป็นพื้นฐานและปรากฏการณ์ที่เป็นสากล หากแต่การปฏิบัติยังพบจุดอ่อนหลายประการ ได้แก่ การปฏิบัติงานตามงานประจำ ที่เน้นการปฏิบัติด้านการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานด้านเทคนิคที่เน้นดูแลเครื่องมือมากกว่าความเอาใจใส่ต่อความต้องการของผู้รับบริการ การใช้เวลาส่วนใหญ่กับงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลอย่างแท้จริง รวมทั้งไม่เห็นคุณค่าของงานที่สามารถใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลได้อย่างอิสระ (Care) แต่เห็นความสำคัญของการรักษา (Cure) มากกว่าสิ่งเหล่านี้แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ขาดความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพ⁵ ซึ่งสอดคล้องกับผล

การศึกษาของ เยาวรัตน์ มัชฌิม และ บวรลักษณ์ ทองทวี พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง⁶

แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน⁷ กล่าวถึงการเอาใจใส่ดูแล ปกป้อง ค้ำครองสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ และ 5) การสนับสนุนให้เกิดความสามารถ⁷ (Caring) ในมุมมองของโรซ⁸ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรมี 5 ประการ คือ 1) ความเมตตากรุณา (Compassion) เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย 2) ความสามารถ (Competence) เป็นการแสดงออกถึงการใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น 3) ความเชื่อมั่นไว้วางใจ (Confidence) เป็นการแสดงออกถึงสัมพันธภาพที่มีความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อกัน 4) การมีจิตสำนึกทางจริยธรรม (Conscience) เป็นการแสดงออกถึงการตระหนักในความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยาในการปฏิบัติงาน และ 5) ความเชื่อมั่นผูกพัน (Commitment) เป็นการแสดงออกถึงความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน เต็มใจให้การดูแล และการศึกษา⁹ พบว่าองค์ประกอบของพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทร มี 5 ด้าน 1) คือการสนับสนุนประคับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ 2) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 3) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ 4) การเอาใจใส่ดูแล ประดุจญาติ และ 5) การเคารพในบุคคล กล่าวโดยสรุป การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล หรือระหว่างบุคคลโดยมีความรัก ความเมตตากรุณา ความสนใจ เอาใจใส่ เป็นพื้นฐาน¹⁰ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดเวลา โดยเฉพาะกับผู้ป่วยและญาติ คำนึงถึงความเป็นบุคคล ต้องมีทักษะในการสื่อสาร การบริการนั้นจึงจะเกิดผลดีและมีคุณค่าต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ดังนั้น ในการพัฒนาการศึกษาด้านการพยาบาล การส่งเสริมให้มีคุณสมบัติของผู้ให้บริการด้วยความเอื้ออาทรจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสังคมคาดหวังให้วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างเท่าเทียม ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน เป็นยุคที่เกิดในปี พ.ศ. 1995-2000 ซึ่งเรียกว่า Generation Z ที่เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีและใช้เวลาอยู่กับเทคโนโลยี จนสูญเสียความสามารถในการมีมนุษยสัมพันธ์ การสื่อสารกับคนอื่น และการทำงานเป็นทีม จึงเป็นสิ่งท้าทายสำหรับสถาบัน

การศึกษาด้านการพยาบาล ในการปลูกฝังนักศึกษาพยาบาลในยุค Generation Z ให้มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร¹¹

การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลสาขาพยาบาลศาสตรให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอัตลักษณ์และเอกลักษณ์ที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (TQF) บัณฑิตจะต้องมีทักษะความรู้ความสามารถในศาสตร์ของวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความรับผิดชอบและความเอื้ออาทร ในกระบวนการผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด คือกระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยเฉพาะวิชาภาคปฏิบัติ ซึ่งนักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งในปีการศึกษา 2563 นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560)¹² และชั้นปีที่ 3 และ 2 เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561¹³ ในสองหลักสูตรนี้มีความแตกต่างจากหลักสูตรที่ผ่านมา คือ จำนวนชั่วโมง การฝึกปฏิบัติ 1 หน่วยกิต ใช้เวลาอย่างน้อย 45 ชั่วโมงต่อภาคการศึกษา ซึ่งลดจากเดิมที่ต้องฝึกอย่างน้อย 60 ชั่วโมงต่อภาคการศึกษา

ดังนั้นจากจำนวนชั่วโมงการฝึกภาคปฏิบัติที่ลดลง และด้วยความเป็นผู้เรียนที่อยู่ในยุค Generation Z จากการ ศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรน้อยกว่าชั้นปีอื่น ๆ¹⁴ แต่ในบางการศึกษาพบว่า ชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร มากกว่าชั้นปีอื่น ๆ¹⁵ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ว่ามีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นอย่างไร มีความเหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาอย่างไร เพื่อที่จะนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดการเรียน การสอน การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรให้ติดตัวนักศึกษาไปตลอดจนจบทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม

การดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล
ตำรวจ ชั้นปีที่ 2-4

กรอบแนวคิด

จากแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแนวนสัน⁷
และโรช⁸ และการศึกษาของ ภรณ์ เลื่องอรุณและคณะ⁹
และการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา^{14,15} จึงสรุปกรอบแนวคิด
ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร
ต่อผู้ป่วยสูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 2, 3
และ 4 ในองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนประคับ
ประคองจิตใจและจิตวิญญาณ 2) การสื่อสารอย่างมี
ประสิทธิภาพ 3) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ 4) การเอาใจใส่ดูแล
ประดุจญาติ และ 5) การเคารพในบุคคล

สมมุติฐาน

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ
ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจระหว่างชั้นปีที่ 2-4 มีความแตก
ต่างกัน

วิธีการนำเน้นการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิง
เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ
ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 3 ชั้นปี

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ วิทยาลัย
พยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นเจาะจง
(Purposive sampling) ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ
ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 2 จำนวน
78 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 60 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 69 คน
รวม 207 คน แต่เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
ตอบกลับ พบว่า สมบูรณ์ 180 คน คิดเป็น ร้อยละ 86.96
และเมื่อนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม
G* Power โดยกำหนดค่า Effect size 0.3, Power 0.95
ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 177 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา
180 คน ถือว่าเพียงพอ

เครื่องมือวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแล
อย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ของภรณ์ เลื่องอรุณ
และคณะ⁹ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าดัชนีความตรง

เชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค
เท่ากับ .95 วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์
ปัจจัย พบว่ามี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนประคับ
ประคองจิตใจและจิตวิญญาณ 15 ข้อ 2) การสื่อสารอย่างมี
ประสิทธิภาพ 11 ข้อ 3) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ 7 ข้อ 4) การ
เอาใจใส่ดูแลประดุจญาติ 6 ข้อ และ 5) การเคารพในบุคคล
10 ข้อ สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแล
อย่างเอื้ออาทรได้ร้อยละ 41.5 ในองค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4
และ 5 สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแล
อย่างเอื้ออาทร ร้อยละ 26.5, 4.7, 4.1, 3.2 และ 2.9 ตามลำดับ
ความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .94 และค่าความเที่ยง
ขององค์ประกอบที่ 1,2,3,4 และ 5 เท่ากับ .89, .82, .81, .75
และ .73 ตามลำดับ

การตอบใช้มาตราวัดวิธีไลเคิร์ต (Likert scale)
ให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 โดย 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรม
นั้น ขณะที่ฝึกปฏิบัติเลย และ 5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
ทุกครั้งที่ได้ฝึกปฏิบัติ

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย 4.50-5.00
หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง
มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรม
อยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรม
อยู่ในระดับน้อย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ใน
ระดับน้อยมาก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
ในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2564 ภายหลังจากได้รับอนุมัติ
จากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล
ตำรวจ โดยทำหนังสือถึงผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยและการขอความยินยอมในการให้
ข้อมูลพร้อมแบบสอบถามผ่าน Google form Application
ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะ
อนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล
ตำรวจเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2564 เลขที่หนังสือรับรอง
จว. 53/2564 ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับโดยนำเสนอ

ผลหรือตีพิมพ์ในวารสารโดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น การตัดสินใจเข้าร่วมเป็นสิทธิของผู้เข้าร่วมและไม่มีผลกระทบต่อ การเรียนแต่อย่างใด โดยผลการวิจัยจะใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ ใช้การ คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย One-way ANOVA และ Post Hoc test

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลตำรวจ จำนวน 180 ราย แบ่งเป็นชั้นปีที่ 2 จำนวน 73 ราย (ร้อยละ 40.56) ชั้นปีที่ 3 จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 31.11) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 28.33)

2. นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีพฤติกรรมการดูแล อย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.60, S.D. = 0.43) โดยชั้นปีที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแล

อย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุมากที่สุด (M = 4.69, S.D. = 0.31) รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3 (M = 4.67 S.D. = 0.41) และชั้นปีที่ 4 (M = 4.48 S.D. = 0.43) ในรายด้านพบว่า ด้านที่ 1 ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.73 S.D. = 0.44) รองลงมาชั้นปีที่ 2 และ 4 (M = 4.71, 4.46 S.D. = 0.35, 0.47) ด้านที่ 2 ชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.76 S.D. = 0.32) รองลงมา ชั้นปีที่ 3 และ 4 (M = 4.66, 4.50 S.D. = 0.42, 0.45) ด้านที่ 3 ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.59 S.D. = 0.48) รองลงมาชั้นปีที่ 2 และ 4 (M = 4.51, 4.38 S.D. = 0.50, 0.50) ด้านที่ 4 ชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.59 S.D. = 0.43) รองลงมาชั้นปีที่ 3 และ 4 (M = 4.53, 4.39 S.D. = 0.49, 0.54) ด้านที่ 5 ชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.77 S.D. = 0.27) รองลงมาชั้นปีที่ 3 และ 4 (M = 4.67, 4.59 S.D. = 0.36, 0.41)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมมารดูแล อย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ทั้ง 3 ชั้นปี พบว่ามีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ $P < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของ นักศึกษาพยาบาล จำแนกตามชั้นปี (n = 180 คน)

พฤติกรรมมารดูแล อย่างเอื้ออาทร ต่อผู้ป่วยสูงอายุ	ชั้นปีที่ 2 (n = 73)			ชั้นปีที่ 3 (n = 56)			ชั้นปีที่ 4 (n = 51)			F	p
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ด้านที่ 1 การสนับสนุน ระดับประกอบจิตใจ และจิตวิญญาณ	4.71	0.35	มากที่สุด	4.73	0.44	มากที่สุด	4.46	0.47	มาก	7.121	.001
ด้านที่ 2 การสื่อสารอย่าง มีประสิทธิภาพ	4.76	0.32	มากที่สุด	4.66	0.42	มากที่สุด	4.50	0.45	มากที่สุด	5.946	.003
ด้านที่ 3 สมรรถนะเชิงวิชาชีพ	4.51	0.50	มากที่สุด	4.59	0.48	มากที่สุด	4.38	0.50	มาก	2.575	.079
ด้านที่ 4 การเอาใจใส่ดูแลประจักษ์	4.59	0.43	มาก	4.53	0.49	มากที่สุด	4.39	0.54	มาก	2.720	.069
ด้านที่ 5 การเคารพในบุคคล	4.77	0.27	มากที่สุด	4.69	0.36	มากที่สุด	4.59	0.41	มากที่สุด	4.279	.015
โดยรวม	4.69	0.31	มากที่สุด	4.67	0.41	มากที่สุด	4.48	0.34	มากที่สุด	5.220	0.006

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมมารดูแลอย่างเอื้ออาทร ต่อผู้ป่วยสูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 3 ชั้นปีเป็น รายคู่ และรายด้าน พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ $P < 0.05$ มี 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ระหว่างชั้นปีที่ 2 กับ 4 (M = 4.71 และ 4.46 S.D. = 0.35 และ 0.47) และชั้นปีที่

3 กับ 4 (M = 4.73 และ 4.46 S.D. = 0.44 และ 0.47) ด้านที่ 2 และ ด้านที่ 5 ระหว่างชั้นปีที่ 2 กับ 4 ทั้งสองด้าน (M = 4.76 และ 4.51 S.D. = 0.32 และ 0.45, M = 4.77 และ 4.59 S.D. = 0.26 และ 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลเป็นรายคู่ชั้นปี (n = 180)

ชั้นปี	ด้านที่ 1 การสนับสนุนระดับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ						
	M	S.D.	ชั้นปี 2	ชั้นปี 3	ชั้นปี 4	F	P-value
2	4.71	0.35		-.02037	.24880*		
3	4.73	0.43			.26916*	7.121	.001
4	4.46	0.46					
ชั้นปี	ด้านที่ 2 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ						
	M	S.D.	ชั้นปี 2	ชั้นปี 3	ชั้นปี 4	F	P-value
2	4.76	0.32		.09033	.24789*		
3	4.67	0.42			.15756	5.946	.003
4	4.51	0.45					
ชั้นปี	ด้านที่ 3 สมรรถนะเชิงวิชาชีพ						
	M	S.D.	ชั้นปี 2	ชั้นปี 3	ชั้นปี 4	F	P-value
2	4.51	0.50		-.08618	.12981		
3	4.59	0.47			.21599	2.575	.079
4	4.38	0.49					
ชั้นปี	ด้านที่ 4 การเอาใจใส่ดูแลประดุจญาติ						
	M	S.D.	ชั้นปี 2	ชั้นปี 3	ชั้นปี 4	F	P-value
2	4.59	0.43		.05720	.20373		
3	4.53	0.49			.14653	2.720	.069
4	4.39	0.53					
ชั้นปี	ด้านที่ 5 การเคารพในบุคคล						
	M	S.D.	ชั้นปี 2	ชั้นปี 3	ชั้นปี 4	F	P-value
2	4.77	0.26		.07439	.18241*		
3	4.69	0.35			.10802	4.279	.015
4	4.59	0.41					

**p<.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ได้ปลูกฝังและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในหลักสูตรและนอกหลักสูตร โดยมีปรัชญาและวัตถุประสงค์หลักสูตรเน้นการพยาบาลอย่างเป็นองค์

รวมทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีความรู้และทักษะทางการพยาบาล มีความเอื้ออาทรและปฏิบัติได้จริงเป็นรูปธรรม การปลูกฝังมาตั้งแต่เริ่มเรียนรู้เข้าสู่หมวดวิชาชีพการพยาบาลพื้นฐาน การบูรณาการในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ กฎหมายและจรรยาบรรณพยาบาล และสอดแทรกในทุกรายวิชารวมถึงกิจกรรมนอกหลักสูตรที่สถาบันจัดขึ้น เพื่อช่วยเหลือหลอมพฤติกรรมดังกล่าว เช่น กิจกรรมไหว้ครู บายศรีสู่ขวัญ ทำบุญตักบาตรพระสงฆ์ในวันสำคัญทางศาสนา และกิจกรรมจิตอาสาต่างๆ จึงทำให้นักศึกษา

พยาบาลตำรวจมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเคารพในบุคคล มีระดับคะแนนสูงสุด รองลงมาด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนระดับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ การเอาใจใส่ดูแลประดุจญาติ และสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ตามลำดับ ทั้งนี้ในรายวิชาภาคปฏิบัติใช้รูปแบบการมอบหมายกรณีศึกษาแบบเจ้าของไข้ ทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสและเวลาดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมได้เต็มที่ จึงมีโอกาสดูแลแสดงพฤติกรรมของความเคารพในบุคคล และมีเวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้น ส่วนในด้านสมรรถนะเชิงวิชาชีพได้คะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากด้วยระยะเวลาที่ฝึกปฏิบัติมีจำนวนชั่วโมงลดลง ประกอบกับช่วงเวลาดังกล่าว เป็นช่วงแรก ๆ ของการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง เกิดความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์ วงษ์หิบทอง และคณะ¹⁵ พิงพิศ การงาม และคณะ¹⁶ โกษุทศ และแทนเยอร์¹⁴ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา⁶ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วย ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 และพยาบาลจบใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 2-4 แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

2.1 นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากกว่าชั้นปีที่ 3 และ 4 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่างานวิจัยนี้เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนภาคการศึกษาปลาย ชั้นปีที่ 2 ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และการพยาบาลเด็กมาแล้ว ซึ่งการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีเวลาดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานเน้นดูแลด้านความสุขสบายของผู้ป่วย จึงมีโอกาสดูแลแสดงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรมากกว่าการฝึกปฏิบัติในชั้นปีสูงขึ้นที่ต้องฝึกสมรรถนะหลายด้าน ทั้งงานเอกสารวิชาการ งานบริหาร ทำให้มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยลง รวมทั้งชั้นปีที่ 4 ต้องออกฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนข้างนอกโรงพยาบาล อาจทำให้ความรู้สึกห่างหายจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรน้อยกว่า

ขณะการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาของโกษุทศ และแทนเยอร์¹⁴ ที่พบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีระดับพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่ำกว่าชั้นปีอื่นๆ ชั้นปีที่ 1 และ 2 มีผลไม่แตกต่างกัน แต่มีระดับสูงกว่าชั้นปีที่ 3 ซึ่งการศึกษานี้ทำการศึกษาเมื่อจบการศึกษาภาคปลายหลังจากที่นักศึกษาได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเป็นการฝึกประสบการณ์คลินิกเป็นครั้งแรกของชั้นปีที่ 1 ความรู้สึกตื่นตันทันกับการฝึกที่เน้นดูแลด้านความสุขสบายของผู้ป่วย อาจทำให้นักศึกษามีความตื่นตันทันทีหรือรู้สึกสนใจใกล้ชิดผู้ป่วย มีโอกาสดูแลแสดงพฤติกรรมเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยมากกว่าชั้นปีที่สูงขึ้น ส่วนในชั้นปีที่ 4 การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน อาจส่งผลให้ความรู้สึกห่างหายจากการได้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สูงกว่า ชั้นปีที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายไว้ว่าเป็นเพราะชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์และมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรมากกว่า และมีอายุมากกว่า ทำให้มีความตระหนักรู้ด้วยตนเอง มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากกว่า จึงทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าชั้นปีที่ 3

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุสูงกว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 เกือบครบทุกด้าน ยกเว้น ด้านสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ระดับคะแนนต่ำกว่าชั้นปี 3 อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ยังมีความรู้และประสบการณ์น้อยกว่า ชั้นปีที่ 3 และ 4 อาจทำให้ไม่มั่นใจในสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง ประกอบกับจำนวนชั่วโมงการฝึกปฏิบัติที่ลดลง ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล ซึ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 พบบระดับคะแนนด้านสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ต่ำกว่าทุกด้านเช่นกัน และการที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ ต่ำกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 2 ในทุกด้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา^{15,17} ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สูงกว่าชั้นปีที่ 3 ในทุกด้าน ทั้งนี้อาจมาจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563 เป็นรุ่นแรกที่ใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560)¹² ซึ่งมีการปรับเปลี่ยน

โครงสร้างรายวิชา ปรับลดหน่วยกิต วิธีการคำนวณชั่วโมง การฝึกวิชาภาคปฏิบัติแบบใหม่ ตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล ส่งผลให้ชั่วโมงการฝึกภาคปฏิบัติลดลง จากไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง เป็น 45 ชั่วโมงใน 1 หน่วยกิต ต่อภาคการศึกษา อาจารย์ผู้สอนต้องมีการพัฒนาปรับเปลี่ยน วิธีการ รูปแบบ การจัดการเรียนการสอนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ของหลักสูตร ท่ามกลางสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในยุคการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ต้องใช้รูปแบบ Simulation เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนการสอน รวมถึงชั้นปีที่ 4 เป็นช่วงที่ฝึกปฏิบัติบริหารการพยาบาล เป็น incharge และฝึกการ พยาบาลอนามัยชุมชน อาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีโอกาสฝึกฝนประสบการณ์ด้านพฤติกรรมกรอย่างเอื้ออาทร ต่อผู้ป่วยน้อยลง

2.2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ พบว่า พฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 3 ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านการสนับสนุนประคับประคองจิตใจ และจิตวิญญาณ ชั้นปีที่แตกต่างกันได้แก่ ชั้นปีที่ 2 กับ ชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4 ส่วนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการเคารพในบุคคล ชั้นปีที่แตกต่างกันได้แก่ ชั้นปีที่ 2 กับ ชั้นปีที่ 4 อธิบายได้ว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ผ่านการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเน้นการดูแล ความสุขสบายของผู้ป่วย และยังเป็นวิชาแรกที่ได้ฝึก ประสบการณ์จริงบนหอผู้ป่วย ด้วยความเป็นประสบการณ์ ครั้งแรก ความตื่นเต้น ความกระตือรือร้น แล้วด้วยลักษณะ ของรายวิชาที่มอบหมายการดูแลเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้นักศึกษาได้มีเวลาดูแล พุดคุยสอบถามอาการ ใกล้ชิด ให้การ พยาบาลส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย มีโอกาสแสดง พฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยมากกว่า โดยเฉพาะ ผู้ป่วยสูงอายุ ที่ต้องการการดูแลใส่ใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ต้องฝึกสมรรถนะ ทักษะใน หลาย ๆ ด้านเพิ่มขึ้น งานบริหาร งานเอกสาร การดูแลที่ซับซ้อน ต้องค้นคว้าหาความรู้ ทำให้มีระยะเวลาในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย หรือโอกาสที่จะได้แสดงพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อ ผู้ป่วยสูงอายุในด้านการสนับสนุนประคับประคองจิตใจและ จิตวิญญาณ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการเคารพ

ในบุคคล น้อยกว่าชั้นปีที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตาม การซึมซับ พฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรจะเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา การเรียนรู้ผ่านชั้นปีที่สูงขึ้นตามพัฒนาการด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมผ่านการเรียนรู้ไปในแต่ละชั้นปี เมื่อนักศึกษาได้ ใช้เวลาฝึกประสบการณ์ในคลินิกกับผู้ป่วยมากขึ้นเท่าไร โอกาส ที่จะดูแลใส่ใจ เข้าอกเข้าใจผู้ป่วย ได้แสดงพฤติกรรมกรดูแล อย่างเอื้ออาทรย่อมเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น และจะกลายเป็น พฤติกรรมที่ติดตัวตลอดไปจนจบการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรตามความคาดหวังของสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาล ทหารวิชา ควรเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้ใช้เวลา ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกให้มากที่สุด
2. ควรมีการประเมินพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลซ้ำ เมื่อนักศึกษาสำเร็จการ ศึกษาในแต่ละชั้นปี เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการพัฒนา พฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทร และสามารถพัฒนานักศึกษา ได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงประเมินผ่านผู้ใช้บัณฑิต เมื่อนักศึกษา จบไปทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ
3. การพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรทุกรูปแบบ 5 ปี ควรนำผลการประเมินพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทร มาพิจารณา และให้ความสำคัญกับการวางแผนการจัดการเรียน การสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นวิชาที่นักศึกษา พยาบาลได้ฝึกฝนประสบการณ์ และมีโอกาสได้แสดงพฤติกรรม กรดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย

References

1. Rojanadhamkul N. Nursing care for Elderly: Physiology and Mental Health Aspect. Bangkok: SKS Interprint. 2020.
2. Ratanasuan W. Caring Ethics in Elderly People with Dependence: Different Perspectives; Nursing Public Health and Education Journal; 2018,19(3), 29-41. (In Thai)
3. Trakarnjan N. Attitudes towards the Elderly of Nursing Students of the Faculty of Nursing, Ratchathani University. The 3rd Nation Conference (RTUNC); 2018 May 25. Ratchathani University. (In Thai)

4. Leininger MM. Caring an Essential Human Need: Proceedings of the Tree Nation Caring Conference. Detroit: Wayne State University; 1988.
5. William SA. The Relationship of Patient' Perception of Holistic Nursing Care to Satisfaction with Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*; 2014,11(5), 15-29.
6. Matchim Y. and Thongthawee B. Nursing Students and Novice Nurses Caring Behaviors Toward Care for End-of-life Patients and Related Factors. *Songklanagarind Journal of Nursing*; 2019, 39(2),73-86. (In Thai)
7. Swanson K. M. Nursing as informed caring for the well-being of others. *The Journal of nursing Scholarship*. 1993), 25(42),352-357.
8. Roach M.S. Caring, the Human Model of Being: A Blueprint for the Health Professions (2nd rev.ed.). Ottawa: Canadian Health care Association Press. 2002
9. Luengarun P., Wannasontad S., & Chitvitboon A. The Development of Nursing Student' Caring Behavior Scales. *Journal of Nursing and Education*; 2012, 5(2), 90-103. (In Thai)
10. Kosolchuenvijit J. Caring: Central Focus of Humanistic Care. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*; 2013,29(2): 134-141. (In Thai)
11. Choolert P., Sukhawadee B., & Kulaphanich M. The Humanize health care development inGeneration Z Nursing Students. *Journal of Nursing and Health Research*; 2017,18(2), 28-35. (In Thai)
12. Police Nursing Colleague. Program Specification Bachelor of Nursing Science Program B.E. 2017. 2017. (in Thai)
13. Police Nursing Colleague. Program Specification Bachelor of Nursing Science ProgramB.E.2018 2018 (in Thai)
14. Gözütok Konuk T, Tanyer D. Investigation of Nursing Students' Perception of Caring Behaviors. *J Caring Sci*. 2019; 8(4):191-197. doi: 10.15171/jcs.2019.027. PMID: 31915620; PMCID: PMC6942651.
15. Wonghiphthong K., Khom-u K., Danjittisiri K., Thiangtrong K., Thiangian N., Thongdonngow W., et al. Caring behaviors of nursing students at Naresuan University. *Thai Journal of Nursing*; 2020, 69(4): 11-20. (In Thai)
16. Kanngarm P., Boonthod R., & Homkaew S. Behavior of Third-year Nursing Students Who HadPassed the Field Experience in Generously Looking after the Patients, Chalermkarnchana University, Sisaket. *Chalermkanchana Academic Journal*; 2017, 4(2),77-91. (In Thai)
17. Siriwong S. and Madee, M., et al. The Comparative Study of the Perception of 3rd and 4th Year Nursing Students on their Caring Behaviors, Royal Thai Navy College of Nursing. *Royal Thai Navy Journal*; 2017,44(3): 35-49. (In Thai)

การเปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

Comparing Police Nursing Students' Numeric Skills

นวพรรษ สีมารักษ์

Nawapat Seemarak

อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Police Nursing College, Pathum Wan, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจทั้ง 4 ชั้นปี และเปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 4 ชั้นปี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลตำรวจ จำนวน 273 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข มีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 1.00 และผ่านการทดลองใช้จากนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน มีความเที่ยงทั้งฉบับจากการคำนวณด้วยสูตร KR-20 เท่ากับ .70 มีความยากเท่ากับ .643 และอำนาจจำแนกเท่ากับ .335 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

การวิเคราะห์แปรปรวนแบบทางเดียวและการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีคะแนนทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขอยู่ในระดับน้อย ($M = 35.52$, $SD = 9.03$) โดยชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขมากที่สุดและอยู่ในระดับน้อย ($M = 40.05$, $SD = 7.40$) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันตามชั้นปี ($F = 31.476, 4.205, 16.986$, และ 24.178 ตามลำดับ, $p < .05$) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขโดยรวมน้อยกว่าชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) และนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย ด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลและการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลน้อยกว่า ชั้นปี 3, 4 และ 2 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข

Abstract

This study aimed to explore the level of numerical skills among police nursing students and compare it between difference 4 years of study. The participants were 273 police nursing students and recruited by using purposive selection technique. Instrument used for data collection was the test of numerical skills. Its content validity was tested by three experts and reported as 1.00. It was tried out this instrument with forty nursing students who had similar characteristics with the study's participants. Its reliability was tested using the KR-20 and found as .70. The mean item difficulty was .643 and mean discrimination index was .335. Data were analyzed using descriptive statistics and one-way ANOVA. Post hoc test was utilized to compare the mean differences among each pair by Scheffe's method.

The results showed that police nursing students had low level scores of numerical skills ($M = 35.52$, $SD = 9.03$). Third year nursing students had the highest average of numeric skills scores ($M = 40.05$, $SD = 7.40$), followed by the fourth year, second year, and first year nursing students respectively. The result about comparing the mean score of the overall numerical skills and three dimensions with police nursing students on the 4-year course, there were differences of ($F = 31.476$, 4.205 , 16.986 and 24.178 , respectively). Second year nursing students had significantly lower mean score of the overall numerical skills than third year nursing students. Each dimension of numerical skills, significantly difference in mean score of mathematical basic skill, it was found mean difference in the third year and fourth year nursing students (Mean Difference = $.690$, $p < .05$). However, First year students had the mean score of simple nursing calculation skill and complex nursing calculation skill significantly lower than third-, fourth- and second-year nursing students, respectively ($p < .05$).

Keywords: nursing students, numerical skills

บทนำ

ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (numeric skills) เป็นหนึ่งในทักษะขั้นพื้นฐานทางปัญญาที่นำไปใช้ในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และตีความ^{1,2} ซึ่งนักศึกษาพยาบาลมีความจำเป็นต้องใช้ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะต้องใช้ในการบริหารยาและสารน้ำ ตลอดจนประเมินภาวะสุขภาพและติดตามความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในชีวิตจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสามารถแบ่งออกเป็นการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ ได้แก่ การบวก ลบ คูณ หาร เศษส่วน ทศนิยม และเปอร์เซ็นต์ และการคำนวณอย่างง่ายและซับซ้อน

ทางการพยาบาล เช่น การคำนวณขนาดและปริมาณยา การกำหนดและควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น^{3,4} ซึ่งการคำนวณเหล่านี้มีความสำคัญและเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยบริการ⁵ รวมถึงทำให้นักศึกษาพยาบาลที่ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

การพยาบาล ไม่เกิดความคลาดเคลื่อน และปัญหาอื่น ๆ ตามมา

การศึกษาเกี่ยวกับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ในนักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ในประเทศไทย และต่างประเทศยังมีอยู่น้อย เช่น ประเทศตุรกี นักศึกษาพยาบาล จำนวน 138 คน มีทักษะทางคณิตศาสตร์และการคำนวณทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง⁴ เป็นต้น และจากการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะการให้ยาในนักศึกษาพยาบาล ที่สำเร็จการศึกษาไปแล้วและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน พบว่าบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ปฏิบัติการพยาบาลแล้วทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทั้งนี้ มักเกิดความคลาดเคลื่อนในการคำนวณขนาดและความเข้มข้นของยา โดยพบอยู่ในระดับสูง⁶ เช่นเดียวกับการศึกษา⁷ ที่พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลจากการให้ยาผิดขนาดและกำหนดอัตราการไหลของสารน้ำไม่ถูกต้อง โดยความคลาดเคลื่อนดังกล่าวสามารถพบได้บ่อยที่สุด ข้อมูลที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลและพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลยังมีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานการพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพและขาดความปลอดภัย ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมและฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลขให้กับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพใหม่ให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ เพราะทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร และเป็นความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตหรือหน่วยงานที่รับพยาบาลวิชาชีพใหม่ไปทำงาน เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยและมาตรฐาน

สภาการพยาบาลและกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (อว.) หรือสำนักงานการอุดมศึกษา (สกอ.) ในอดีต จึงได้กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (มคอ.) ในระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ว่า ผู้เรียนพยาบาลเมื่อสำเร็จการศึกษาต้องผ่านมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcome) ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านที่ 5 ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งผู้เรียนพยาบาลต้องเรียนรู้และพัฒนาตนเองตลอด 4 ปี¹ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลตำรวจได้จัดการศึกษาพยาบาลตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 ที่เน้นให้ผู้เรียนพยาบาลบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านตามที่สภาการพยาบาลและกระทรวง อว. กำหนด เริ่มตั้งแต่การปูพื้นฐานความรู้และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขในหมวดวิชาการศึกษาทั่วไป กลุ่มวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์จำนวน 4 หน่วยกิต ได้แก่ วิชาฟิสิกส์ในชีวิตประจำวันจำนวน 2 หน่วยกิต และวิชาคณิตศาสตร์ในชีวิตประจำวันจำนวน 2 หน่วยกิต ในภาคการศึกษาต้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในหมวดวิชาเฉพาะของกลุ่มวิชาพื้นฐานอาชีพ ได้แก่ วิชาโภชนศาสตร์และโภชนบำบัด เกสซ์วิทยา สถิติและชีวสถิติ และระบาดวิทยา และมีการบูรณาการเรียนรู้ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขในรายวิชากลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ วิชาการศึกษาพยาบาลพื้นฐาน สารสนเทศทางการพยาบาล การพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลฉุกเฉิน การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

การบริหารทางการพยาบาล การพยาบาลอนามัยชุมชนวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล และรายวิชาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล²

ผลการจัดการเรียนรู้วิชาคณิตศาสตร์ในชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2560-2563 ที่ผ่านมา พบว่า มีนักศึกษาพยาบาลตำรวจได้เกรด C+ ถึง D คิดเป็นร้อยละ 58.57, 65.58, 56.96 ตามลำดับ รวมทั้ง ข้อมูลผลการสอบเรื่องการคำนวณยาและอัตราการไหลของสารน้ำในรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 12.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 มีเพียงครึ่งหนึ่ง หรือ ร้อยละ 56.25 จากผู้เรียนทั้งหมดที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาฤดูร้อน ปีการศึกษา 2560³ แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ ตลอดจนการคำนวณที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลค่อนข้างอ่อน ทำให้เมื่อเรียนในชั้นปีที่สูงขึ้นนักศึกษาพยาบาลจะประสบปัญหาเกี่ยวกับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2564 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข และช่วยใน

การออกแบบการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2566 ให้ตอบสนองการพัฒนาผู้เรียนพยาบาลให้เป็นบัณฑิตพยาบาลที่วางใจได้ มีความรอบรู้ รู้ลึก รู้จริง และมีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขที่ดี มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการในอนาคต

คำถามวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1-4 มีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขเป็นอย่างไร
2. ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 4 ชั้นปี มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1-4
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 4 ชั้นปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขและเปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1-4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ประจำปีการศึกษา 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 ของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2564 และได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 273 คน แบ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 69 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 66 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 78 คน และ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสม

2. แบบทดสอบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการบูรณาการเนื้อหาสาระของรายวิชาที่เกี่ยวกับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ เป็นข้อสอบแบบเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน

ส่วนที่ 2 การคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาล เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ครอบคลุมเนื้อหาการพยาบาลพื้นฐานหรือหลักการพยาบาล จำนวน 15 ข้อ ตอบถูก ได้ 2 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-30 คะแนน

ส่วนที่ 3 การคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาล เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ครอบคลุมเนื้อหาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ และการพยาบาล

อนามัยชุมชน อย่างละ 2 ข้อ รวมทั้งหมด 8 ข้อ ตอบถูกได้ 3 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-24 คะแนน

แบบทดสอบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขนี้ใช้การแปลผลโดยใช้คะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้าน แล้วแปลงเป็นร้อยละเพื่อตีความเป็นระดับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ซึ่งการวิจัยนี้ผู้วิจัยแบ่งระดับร้อยละของคะแนนโดยปรับปรุงจากเกณฑ์การประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ระบุไว้ใน มคอ. 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 ของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ	ระดับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข
0-59	น้อยมาก
60-69	น้อย
70-79	ปานกลาง
80-89	ดี
90-100	ดีมาก

เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) หลังการแก้ไขเท่ากับ 1.00 และได้รับการตรวจสอบความยากง่าย อำนาจจำแนก และความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำไปใช้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าความยากเท่ากับ .643 อำนาจจำแนกเท่ากับ .335 และค่าความเที่ยงทั้งฉบับตามสูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) เท่ากับ .70 แสดงให้เห็นว่าแบบทดสอบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขนี้มีความตรง ความยากง่าย อำนาจจำแนก และความเที่ยงโดยรวมอยู่ในระดับดีเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ จว40/2564 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2564 ภายหลังการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ละชั้นปีเพื่อชี้แจงรายละเอียด อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการศึกษา และใช้การลบล้างแทนการระบุตัวบุคคล นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางวิชาการและการปรับปรุงคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลตำรวจด้วยตัวเอง ที่ละชั้นปี ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564-มีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งอยู่ในปีการศึกษา 2564 โดยใช้เวลานัดหมายในการทำแบบทดสอบนอกเวลาราชการ และให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มให้ข้อมูลจากการทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แล้วจึงทำแบบทดสอบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ซึ่งแต่ละส่วนใช้เวลา ดังนี้ ส่วนที่ 1 การคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ให้เวลาทำข้อสอบข้อละ 1 นาที รวม 5 ข้อ 5 นาที ส่วนที่ 2 การคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาล ให้เวลาในการทำข้อสอบข้อละ 2 นาที รวม 15 ข้อ 30 นาที และส่วนที่ 3 การคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาล ให้เวลาในการทำข้อสอบ 8 ข้อ ข้อละ 3 นาที รวม 24 นาที ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน จะใช้เวลาในการทำแบบทดสอบคนละประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 4 ชั้นปี โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Post Hoc test) ด้วยวิธีของ Scheffe

ผลการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลตำรวจ 4 ชั้นปี มีจำนวน 273 คน แบ่งเป็นชั้นปีที่ 1 จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 25.27 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 24.18 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 21.98 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.60

และเพศชาย ร้อยละ 4.40 อายุระหว่าง 18-25 ปี ($M = 20.81$, $SD = 1.37$) เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) อยู่ระหว่าง 2.22-4.00 ($M = 3.23$, $SD = .33$)

ผลการวิเคราะห์ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 35.52$, $SD = 9.03$) ชั้นปีที่มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสูงสุด คือ ชั้นปีที่ 3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 40.05$, $SD = 7.40$) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ($M = 37.77$, $SD = 7.57$) และน้อยที่สุด คือ ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยมาก ($M = 28.06$, $SD = 8.29$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขด้านการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.92$, $SD = 1.19$) และชั้นปีที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์มากที่สุด คือ ชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 4.26$, $SD = 1.02$) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.94$, $SD = 1.14$) และน้อยที่สุด คือ ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.57$, $SD = 1.27$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 21.36$, $SD = 6.32$) ชั้นปีที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลมากที่สุด คือ ชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.87$, $SD = 5.10$) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.30$, $SD = 5.58$) และน้อยที่สุด คือ ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยมาก ($M = 17.25$, $SD = 6.87$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยมาก ($M = 10.24$, $SD = 4.50$) ชั้นปีที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลมากที่สุด คือ ชั้นปีที่ 3

มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยมาก ($M = 11.92$, $SD = 3.84$) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียง ๆ กัน และอยู่ในระดับน้อยมาก ($M = 11.90$, $SD = 4.02$) และน้อยที่สุด คือ ชั้นปีที่ 1 อยู่ในระดับน้อยมากเช่นกัน ($M = 6.87$, $SD = 4.21$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ (N = 273)

ด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	ชั้นปีที่	Min	Max	M	SD	คิดเป็นร้อยละ	ระดับ
การคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์	0-5	1	1	5	3.94	1.14	78.80	ปานกลาง
		2	1	5	3.80	1.27	76.00	ปานกลาง
		3	1	5	4.26	1.02	85.20	ดี
		4	1	5	3.57	1.27	71.40	ปานกลาง
		รวม	1	5	3.92	1.19	78.40	ปานกลาง
การคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาล	0 - 30	1	0	30	17.25	6.87	57.50	น้อยมาก
		2	8	30	21.85	5.65	72.83	ปานกลาง
		3	8	30	23.87	5.10	79.57	ปานกลาง
		4	4	30	22.30	5.58	74.33	ปานกลาง
		รวม	0	30	21.36	6.32	71.20	ปานกลาง
การคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาล	0 - 24	1	0	18	6.87	4.21	28.63	น้อยมาก
		2	0	18	10.27	4.01	42.79	น้อยมาก
		3	3	21	11.92	3.84	49.67	น้อยมาก
		4	3	21	11.90	4.02	49.58	น้อยมาก
		รวม	0	21	10.24	4.50	42.67	น้อยมาก
ภาพรวม	0 - 59	1	3	51	28.06	8.29	47.56	น้อยมาก
		2	16	52	35.92	7.97	60.88	น้อย
		3	18	52	40.05	7.40	67.88	น้อย
		4	18	51	37.77	7.57	64.02	น้อย
		รวม	3	52	35.52	9.03	60.20	น้อย

นอกจากนี้ ผลการทดสอบการแจกแจงของคะแนน ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจทั้งในภาพรวมและรายด้าน พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ โดยมีค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ไม่เกิน ± 3 ($Sk = -.72 - .24$; $SESk = .15$; $Ku = -1.31 - .20$; $SEKu = .29$) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข

ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจทั้ง 4 ชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขแตกต่างกันตามระดับชั้นปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 31.476$, $p < .05$) โดยความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขนั้น ยังมีความแตกต่างกันในรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.205, 16.986, 24.178$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจด้วย One-way ANOVA และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe (N = 273)

ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข		ชั้นปี (Mean Difference)				F
Basic	M	1	2	3	4	
ชั้นปี 1	3.94	-	.139	-.314	.375	4.205**
ชั้นปี 2	3.80		-	-.453	.236	
ชั้นปี 3	4.26			-	.690**	
ชั้นปี 4	3.57				-	
Simple	M					16.986**
ชั้นปี 1	17.25	-	-4.062**	-6.625**	-5.054**	
ชั้นปี 2	21.85		-	-2.023	-.452	
ชั้นปี 3	23.87			-	1.572	
ชั้นปี 4	22.30				-	
Complex	M					24.178**
ชั้นปี 1	6.87	-	-3.403**	-5.054**	-5.030**	
ชั้นปี 2	10.27		-	-1.650	-1.627	
ชั้นปี 3	11.92			-	.023	
ชั้นปี 4	11.90				-	
ภาพรวม	35.52					31.476**
ชั้นปี 1	28.06	-	-7.867**	-11.993**	-9.709**	
ชั้นปี 2	35.92		-	-4.127**	-1.842	
ชั้นปี 3	40.05			-	2.285	
ชั้นปี 4	37.77				-	

หมายเหตุ : Basic คือ การคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์, Simple คือ การคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาล, Complex คือ การคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจเป็นรายคู่ชั้นปีในภาพรวม พบว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด 4 คู่ คือ คู่ที่ 1 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 11.993, $p < .05$) คู่ที่ 2 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 9.709, $p < .05$) คู่ที่ 3 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะ

การวิเคราะห์เชิงตัวเลขสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 7.867, $p < .05$) และคู่ที่ 4 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 4.127, $p < .05$) อย่างไรก็ตาม พบว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 แม้จะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 แต่ยังไม่มากพอที่จะมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจเป็นรายคู่ชั้นปีในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเพียง 1 คู่ คือ ชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4 โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์สูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = .690, $p < .05$) ซึ่งด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด 3 คู่ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 6.625, $p < .05$) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 5.054, $p < .05$) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 4.062, $p < .05$) และด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด 3 คู่ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 5.054, $p < .05$) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 5.030, $p < .05$) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference = 3.403, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2564 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.60 อายุระหว่าง 18-25 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) อยู่ในช่วง 2.22-4.00 คือ มีตั้งแต่ผลการเรียนอ่อนจนถึงเก่งมากหรือดีเยี่ยม ลักษณะทั้งหมดนี้ใกล้เคียง

กับธรรมชาติของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลแห่งอื่นในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ อังคณา หมอนทอง, ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, และกรณิการ์ กิจนพเกียรติ¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีคุณค่าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ในปีการศึกษา 2562 ส่วนใหญ่มีอายุ 16-20 ปี เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.51-3.00 และการศึกษาของ อภิญา อินทรรัตน์ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาการเสริมสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พบว่า นักเรียนพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุ 21-25 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 2.50-2.99 แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันจะอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงผู้ใหญ่ตอนต้น และผลการเรียนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 มีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขมากที่สุดในนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย รองลงมา คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และน้อยที่สุดคือ ชั้นปีที่ 1 ซึ่งอยู่ในระดับน้อยมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 มีการจัดการเรียนรู้ให้ชั้นปีที่ 1 เรียนพื้นฐานทางด้านคณิตศาสตร์และการคำนวณทั่วไปทางฟิสิกส์ ซึ่งยังไม่มีเรียนเนื้อหาที่บูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลกับการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ทำให้นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 แม้จะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขด้านการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 2 และ 4 แต่เมื่อเข้าสู่ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขด้านการคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุดในขณะที่นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง และในด้านการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ดังนั้น การวิจัยนี้จึงทำให้พบว่า ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสำหรับนักศึกษาพยาบาลหากเป็นเรื่องการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์นั้น มีความแตกต่างกันน้อย เพราะทุกชั้นปีที่ได้รับการส่งเสริมมาเหมือนกัน ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา และในชั้นปีที่ 1 แต่เมื่อเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล นักศึกษาพยาบาลถ้าไม่มีการเตรียมความ

พร้อมและปูพื้นฐานการบูรณาการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์กับการคำนวณทางการพยาบาล จะทำให้ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขด้านการคำนวณอย่างง่ายและซับซ้อนทางการพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาล จึงควรส่งเสริมการบูรณาการคิดคำนวณและฝึกทำโจทย์การคำนวณทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพราะในประเทศตุรกี จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า นักศึกษาพยาบาลในประเทศตุรกี จำนวน 138 คน มีทักษะทางคณิตศาสตร์ และการคำนวณทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจ และจากการศึกษา¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ยาที่คลาดเคลื่อนของนักศึกษาพยาบาลในประเทศตุรกี พบว่า นักศึกษาพยาบาลร้อยละ 1.5 มีการบริหารยาผิดจากการผสมยาเข้าไปในสารน้ำ และสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มาจากความพร่องด้านสมรรถนะและความรู้ร้อยละ 43.4 และ 41 ตามลำดับ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการคำนวณยาคลาดเคลื่อนของนักศึกษาพยาบาลของ Stolic¹³ พบว่า ทักษะการคำนวณยาของนักศึกษาพยาบาลเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมเพื่อป้องกันการบริหารยาที่ผิดพลาดหรือไม่เหมาะสมของนักศึกษาพยาบาลที่จะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะการศึกษาที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการบริหารยาผิดพลาด ของนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 7.5-27 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง จึงต้องอาศัยกลยุทธ์ในการจัดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาและส่งเสริมทักษะการคำนวณเกี่ยวกับยาในนักศึกษาพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอันเกิดจากการขาดทักษะการคำนวณในการบริหารยา ดังนั้น หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 ของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจที่จะถึงนี้ ควรมีการปรับปรุงการออกแบบรายวิชาที่จะส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขที่ครอบคลุมการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ การคำนวณอย่างง่าย และซับซ้อนทางการพยาบาล รวมทั้งมีการเน้นย้ำ หรือทบทวนการคำนวณอย่างต่อเนื่องในทุกสาขาวิชาที่ต้องใช้ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ มีความมั่นใจ สามารถคำนวณอย่างง่ายและซับซ้อนทางการพยาบาลได้มากยิ่งขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล

นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า นักศึกษา

พยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 แม้จะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขมากกว่าชั้นปีอื่น ๆ แต่เมื่อตรวจสอบในภาพรวมจะพบว่า คะแนนเฉลี่ยดังกล่าวนี้ไม่ได้แตกต่างกับนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นแสดงให้เห็นว่า ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 และ 4 มีเท่า ๆ กัน เพียงแค่ด้านการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 มีมากกว่าชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 4 ในขณะที่ศึกษาต้องเตรียมตัวออกฝึกปฏิบัติรายวิชาจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต และฝึกปฏิบัติการอนามัยโรงเรียน ซึ่งเป็นความรู้ใหม่ จึงไม่ได้มีความพร้อมในการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคำนวณต่าง ๆ ต่างจาก นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 ที่กำลังเรียนในรายวิชาที่มีการบูรณาการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาลตามที่หลักสูตรกำหนดมากกว่า เช่น ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 จึงมีโอกาสทำคะแนนเฉลี่ยทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขสูงกว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 4 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา¹⁴ ที่ศึกษาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 517 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี มีทักษะด้านคณิตศาสตร์อยู่ในระดับดี โดยนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ด้านคณิตศาสตร์มากกว่า ชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ในภาพรวม ชั้นปีที่ 4 สูงกว่าและแตกต่างจากชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษา¹⁵ ที่ศึกษาความพึงพอใจในงานและทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช จำนวน 139 คน พบว่า บัณฑิตพยาบาลมีทักษะทางคณิตศาสตร์อยู่ในระดับมาก และทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความแตกต่างกัน เพราะการวิจัยที่ศึกษาทักษะทางคณิตศาสตร์ในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นการวัดด้านคณิตศาสตร์ผ่านแบบสอบถามตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ในขณะที่การวิจัยนี้วัด ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขผ่านข้อสอบทั้งแบบเติมค่าและแบบ 4 ตัวเลือก ที่ครอบคลุมการคำนวณพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ การคำนวณอย่างง่าย

ทางการพยาบาล และการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาล โดยเนื้อหาในส่วนของ การคำนวณอย่างง่ายทางการพยาบาล มีการบูรณาการความรู้ทางคณิตศาสตร์กับการพยาบาลพื้นฐาน ส่วนการคำนวณที่ซับซ้อนทางการพยาบาลมีการบูรณาการความรู้ทางคณิตศาสตร์กับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และความรู้ทางด้านเภสัชวิทยาและการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผล ทำให้ต้องใช้การคิดวิเคราะห์ขั้นสูงในการตอบ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขในการศึกษานี้อยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะในนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 1 ที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยนั้น มาจากการได้คะแนนในส่วนการคำนวณอย่างง่าย และซับซ้อนทางการพยาบาล ทำให้ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จึงแตกต่างจากการวิจัยที่ผ่านมา

นอกจากนี้ สิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 ทำคะแนนในแต่ละด้านได้น้อยกว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ทั้งที่เรียนมาก่อนและกำลังอยู่ในช่วงเตรียมตัวสำหรับสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ซึ่งอาจจะมียปัจจัยทั้งภายในและภายนอกมาส่งผลต่อการวัดทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขครั้งนี้ ดังการศึกษา¹⁶ ที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 27 ราย พบว่า สิ่งที่เป็นอุปสรรคที่มีผลต่อการเตรียมตัวสอบของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คือ การไม่สามารถจัดสรรเวลาในการอ่านหนังสือทบทวน และความยากลำบากในการตัดสินใจเลือกคำตอบในข้อสอบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความสามารถและทักษะของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4

อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรมีการส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข เพราะผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาของทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลขที่เป็นหนึ่งในผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรตามที่สภาการพยาบาลและสำนักงานการอุดมศึกษา หรือกระทรวง อว. กำหนดไว้ และเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีต่าง ๆ มีพัฒนาการของทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขที่ดี และมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการจัดเนื้อหา รายวิชาและมีการบูรณาการความรู้ทางด้านคณิตศาสตร์และการพยาบาลสาขาต่าง ๆ เข้าด้วยกัน รวมทั้ง ควรมีการกระตุ้น

หรือมีสื่อการเรียนรู้ให้นักศึกษาได้ทบทวน หรือจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานจะช่วยให้เพิ่มผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้เหล่านี้ได้¹⁷ และควรมีการทดสอบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขในทุก ๆ ชั้นปี ก่อนที่จะขึ้นชั้นปีถัดไป เพื่อทบทวนและเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขที่ดีและคงอยู่ได้นานขึ้น อันส่งผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในอนาคต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลตำรวจโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย จึงควรพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนและการจัดหลักสูตรที่บูรณาการความรู้ทางคณิตศาสตร์กับการพยาบาลเข้าด้วยกัน และจัดให้มีการทดสอบทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขก่อนที่จะขึ้นชั้นปีถัดไป เพื่อกระตุ้น ทบทวน และส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ของทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขในนักศึกษาพยาบาลตำรวจทั้ง 4 ชั้นปี และมีการป้อนกลับผลการทดสอบเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาหรือการคำนวณต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขของนักศึกษาพยาบาล โดยอาจเริ่มจากชั้นปีที่ 4 เพื่อเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง แล้วขยายผลต่อไปในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ เพื่อเพิ่มทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขให้นักศึกษาพยาบาลให้เพียงพอกับการเรียนและการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลต่อไปในอนาคต

References

1. Government Gazette. Announcement of the Ministry of Education Standard Qualifications Framework for Undergraduate Program in Nursing Science year 2017.2018. p 7-11. (in Thai)

2. Trilling B, Fadel C. 21st Century Skills learning for life in our times. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
3. Boyer MJ. Math for nurse: A pocket guide to dosage calculation and drug preparation 8^{ed}. London: Lippincott-Raven Publishers; 2013.
4. Guneş UY, Baran L, Yilmaz DK. Mathematical and Drug Calculation Skills of Nursing Students in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2016; 9(1): 220-227.
5. Brown DL. Does 1 + 1 still equal 2: A study of the mathematic competencies of associate degree nursing students. *Journal of Nurse Educator* 2002;27(3):132-145.
6. Laowarn L, Phunmanee A, Anutchachaval S, Nakornratanachai P, Chaichangreet U. Medication Errors in Internal Medicine Wards at Srinagarind Hospital. *Khon Kaen University Journal of Medicine* 2015;1(3): 39-49. (in Thai)
7. Cheragi MA, Manoocheri H, Mohammadnejad E, Ehsani SR. Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Reseach* 2013;18(3): 228-31.
8. Police Nursing College. Program Specification Bachelor of Nursing Science Program B.E. 2018. (in Thai)
9. Police Nursing College. Report on the results of Bachelor of Nursing Science Program, academic year 2018-2020. (in Thai)
10. Montong A, Jamjang S, Kitnopkiat K. Factors Related to Self-Esteem of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University* 2021;11(2): 146-156. (in Thai)
11. Indhraratana A, Prajankett O, Julawong O, Arayathanitkul B, Chaloeykitti S, Wongsaita N. The development of a training program for enhancing the competency of learning and teaching by using English as a medium of instruction. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2016;17(2): 184-193. (in Thai)
12. Cebeci F, Karazeybek E, Sucu G, Kahveci R. Nursing students' medication errors and their opinions on the reasons of errors: A cross-sectional survey. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2015;65(5): 457-462.
13. Stolic S. Educational strategies aimed at improving student nurse's medication calculation skills: A review of the research literature. *Journal of Nurse Education in Practice* 2014;14: 491-503.
14. Turner K, eungratanamart L, Niranrat S, Jarnarerux J, Wattanakul B, Reunreang T. Twenty First Century Skills of Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015;25(2): 178-193 (in Thai)
15. Polgaya O, Wongnoi A. Job Satisfaction and 21st Century Skills of the Graduates, Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj. *Journal of Education and Human Development Sciences* 2018;2(2): 69-77. (in Thai)
16. Thasaneesuan S, Narkthong N, Chuaytaen T, Mukpradab S, Puttakun N. Preparation for Nurse Licensure Examination in Adult Nursing Among Fourth-Year Nursing Students, Faculty of Nursing, a University in Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2019;39(1): 105-115. (in Thai)
17. Bangthamai P, Srisomphan K, Somnukprasert W, Weerawatthanodom W. Effects of Blended Learning and Childbirth Delivery Simulation Based Learning on Academic Achievement, Satisfaction and The Students' Opinions Towards Teaching by Reflective Thinking of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(3): 350-359. (in Thai)

ผลของบทเรียนออนไลน์ต่อการความสามารถในการคำนวณยา และสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล

The Effect of An Online Lesson on the Calculation Competence of Medication and Intravenous Fluids in Nursing Students

นวลลออ ทวีศรี*

Nuanla-or Thawitsri*

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Police Nursing College Bangkok Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของบทเรียนออนไลน์ต่อความสามารถในการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปี 1 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน ปีการศึกษา 2563 จำนวน 78 คน สุ่มอย่างเป็นระบบ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเรียนโดยใช้บทเรียนออนไลน์ และกลุ่มควบคุมเรียนด้วยการสอนรูปแบบเดิม ทดลอง 4 สัปดาห์และเก็บข้อมูลโดยใช้ 1) สื่อบทเรียนออนไลน์ 2) แบบทดสอบความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำหลังเรียนของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ หลังเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test และ 3) ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้บทเรียนออนไลน์ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .05$)

คำสำคัญ: ความสามารถในการคำนวณยาและสารน้ำ, นักศึกษาพยาบาล, บทเรียนออนไลน์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of an online Lesson on the calculation competence of medication and intravenous fluids in Nursing Students, a two-group pretest-posttest. The sample was a number of 78 first-year police nursing students enrolled in the Fundamental nursing course in the academic year 2020. The systematic randomizing was divided into an experimental group using the online lesson and a control group using conventional learning. The experiments were conducted over four weeks, and data were collected using: 1) Online Lesson, 2) The knowledge and skill test on the calculation of drugs and intravenous fluids, and 3) The online lesson satisfaction assessment. The data were analyzed by

1) Comparing the average scores of knowledge and skills in the calculation of drugs and intravenous fluids of the students in the experimental group by using a statistical method, paired t-test, 2) Comparing the average scores of knowledge and skills in the calculation of drugs and intravenous fluids between the experimental group with the control group by using a statistical method, independent t-test, and 3) Analyze students' learning satisfaction toward using the online lesson by using the statistical mean and standard deviation.

The results showed that the average scores after learning of the experimental group and the control group were higher than before learning those, and comparison between the experimental group and the control group, the results showed that the average scores of the experimental group were higher than the control group, significant at the .01 level ($p < .05$)

Keyword: Calculation Competence of Medication and Intravenous Fluids, Nursing Students, Online Lesson

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) คือ เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ อาจเป็นสาเหตุของ เหตุการณ์หรืออาการไม่พึงประสงค์ นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย¹ ซึ่งความคลาดเคลื่อน ทางยา แบ่งเป็น 4 ประเภทใหญ่ ได้แก่ 1) ความคลาดเคลื่อน ในการสั่งจ่ายยา (Prescription error) 2) ความคลาดเคลื่อนใน การคัดลอกคำสั่งจ่ายยา (Transcribing error) 3) ความคลาด เคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing Error) และ 4) ความคลาด เคลื่อนในการบริหารยา (Administration Error) เหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์จากการใช้ยาเหล่านั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลลัพธ์ทาง ยา กระบวนการและระบบ การปฏิบัติทางวิชาชีพ ซึ่งรวม ถึงการสั่งจ่าย การสื่อสารคำสั่งจ่าย การติดตามยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล และการติดตามการใช้ยา² ดังนั้น ความคลาดเคลื่อนทางยาอาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของ กระบวนการใช้ยา พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทใน ขั้นตอนการบริหารยาในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นกระบวนการที่มี รายละเอียด พยาบาลนอกจากต้องมีความรู้และทักษะ รวมทั้ง ประสบการณ์แล้ว จำเป็นต้องตระหนักถึงความปลอดภัยผู้ป่วย และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารยาอย่างเคร่งครัด^{3,4} โดยการบริหารยาทุกครั้งพยาบาลต้องยึดหลักความถูกต้องใน การให้ยา 6 ประการ (6R) ได้แก่ ให้ยาถูกผู้ป่วย (Right patient) ให้ยาถูกชนิด (Right drug) ให้ยาถูกขนาด (Right dose) ให้ยา ถูกเวลา (Right time) ให้ยาถูกวิธีทาง (Right route) ให้ยาถูก เทคนิค (Right technique) ซึ่งการให้ยาถูกขนาดนั้นผู้ให้ยาต้อง มีความละเอียดรอบคอบ และถูกต้องแม่นยำตั้งแต่การเตรียมยา

โดยเฉพาะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากหากคำนวณผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เป็นไปตาม แผนการรักษา โดยอาจผิดได้ทั้งขนาดมากเกินไป น้อยเกินไป หรือได้รับยาในอัตราเร็วหรือช้าเกินไป โดยเฉพาะยากลุ่มความ เสี่ยงสูงอาจนำไปสู่อันตรายถึงชีวิตจากภาวะไม่พึงประสงค์ ของยาได้^{5,6} จากงานวิจัยเกี่ยวกับทักษะการคำนวณยา พบว่า พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนทักษะเชิงตัวเลข และการคำนวณขนาดยาค่อนข้างต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อความ สามารถและความมั่นใจในการคำนวณยาของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นตามอายุและประสบการณ์การทำงาน ขณะที่นักศึกษา พยาบาลนั้นสามารถคำนวณได้แต่มีความคล่องแคล่วและ ความถูกต้องแม่นยำน้อยกว่าทั้งในการคำนวณยาเม็ดและ ยาน้ำที่ให้ทางปาก รวมถึงยาฉีดและยาที่ต้องผสมก่อนให้ทาง หลอดเลือดดำ ในการป้องกันการลดลงของทักษะการทำงาน และเพื่อลดความวิตกกังวลในการเกิดความผิดพลาดจากการใช้ ยานั้นควรจัดให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการทบทวน การทดสอบ ความรู้และทักษะในการคำนวณยาแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะ นักศึกษาพยาบาลนั้นควรจัดเข้าอยู่ในหลักสูตรและการจัดการ เรียนการสอน เพื่อให้ได้มีการฝึกฝน และประเมินความรู้ และทักษะเชิงตัวเลขและทักษะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ ทางหลอดเลือดดำ^{3,6}

ความสามารถในการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ ทางหลอดเลือดดำ เป็นทักษะเชิงตัวเลขที่ต้องประยุกต์ใช้ ความรู้พื้นฐานทางคณิตศาสตร์ในเรื่องการคำนวณ ความรู้ เกี่ยวกับมาตราชั่ง ตวง วัด หน่วย ตัวย่อและการแปลงหน่วย ผสมผสานกับความรู้วิทยาศาสตร์ เรื่องยาและการบริหารยา สำหรับเป็นพื้นฐานให้สามารถเตรียมยาได้ขนาดถูกต้องตรง

ตามแผนการรักษา⁷ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจจัดการเรียนการสอนเรื่องการบริหารยาในรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานก่อนเรียนวิชานี้ นักศึกษาพยาบาลผ่านการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผลการเรียนในปีการศึกษา 2560-25628 พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ คือได้เกรด C+ ถึงเกรด D คิดเป็นร้อยละ 58.57, 65.58 และ 56.96 ตามลำดับ และจากการสังเกตพฤติกรรมขณะเรียนในรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานและรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านการคำนวณต่ำ ประมวลผลช้า มีความไม่มั่นใจในการคำนวณยาและสารน้ำ โดยการจัดการเรียนการสอนตามแบบปกตินั้นใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้สอนสาธิตและสาธิตกลับให้ผู้เรียนเกิดทักษะปฏิบัติ รวมทั้งให้นักศึกษาได้ทำแบบฝึกการคำนวณยาและสารน้ำเพื่อเพิ่มทักษะเชิงตัวเลขในการเรียนภาคทฤษฎีเพียง 2-3 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการทำให้เกิดทักษะการคำนวณอย่างแม่นยำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับทักษะการคำนวณยา พบว่าพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนทักษะเชิงตัวเลขและทักษะการคำนวณขนาดยาค่อนข้างต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถและความมั่นใจในการคำนวณยาของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุและประสบการณ์การทำงาน ขณะที่นักศึกษาพยาบาลนั้นสามารถคำนวณได้แต่มีความคล่องแคล่วและความถูกต้องแม่นยำน้อยกว่าทั้งในการคำนวณยาเม็ดและยาน้ำที่ให้ทางปาก รวมถึงยาฉีดและยาที่ต้องผสมก่อนให้ทางหลอดเลือดดำ ในการป้องกันการลดลงของทักษะในการทำงานและเพื่อลดความวิตกกังวลในการเกิดความผิดพลาดจากการใช้ยานั้นควรจัดให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการทบทวนการทดสอบความรู้และทักษะในการคำนวณยาแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลนั้นควรจัดเข้าอยู่ในหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ได้มีการฝึกฝน และประเมินความรู้และทักษะเชิงตัวเลขและทักษะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ^{3,6} โดยการฝึกทักษะปฏิบัตินั้นต้องให้ผู้เรียนมีโอกาสดูฝึกซ้ำๆ จึงจะเกิดความคล่องแคล่วชำนาญ ดังนั้นผู้สอนควรหาวิธีการให้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้และฝึกทักษะบ่อยมากที่สุด^{3,7,9}

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งเน้นผลิตบุคลากรวิชาชีพพยาบาลที่มีผลลัพธ์การเรียนรู้ ทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีสมรรถนะที่รองรับโลกในศตวรรษที่ 21 คือ สมรรถนะด้านการรู้หนังสือและความสามารถในการอ่าน การคิดคำนวณ และการแก้ปัญหาภายใต้สภาพแวดล้อม

ที่ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี โดยจัดการเรียนการสอนมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อมุ่งหวังให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งคุณลักษณะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 สามารถปรับตัวกับการใช้เทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็ว^{10,11} ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทในระบบการศึกษามากขึ้น จากตัวอย่างการวิจัยพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียน สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับมากที่สุด คือ สามารถทบทวนเนื้อหาการเรียนได้ตลอดเวลา การนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอน เข้าใจง่าย การดำเนินเรื่องมีความน่าสนใจ¹² และจากผลการศึกษานักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์และกลุ่มควบคุมที่เรียนตามวิธีปกติพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะปฏิบัติการให้ยาในเด็กแตกต่างกัน และพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะปฏิบัติการให้ยาในเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการสอนสัปดาห์ที่ 2 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ จะเห็นว่าปัจจุบันมีเทคโนโลยีหลายรูปแบบและมีคุณสมบัติช่วยเอื้อให้ผู้สอนจัดการเรียนการสอนได้ง่ายและสะดวก สามารถสร้างความสนใจและทำให้ผู้เรียนสนุกสนานเกิดความคงทนในการอยากเรียนรู้ได้นานขึ้น ขณะเดียวกันทำให้เกิดความรู้และทักษะได้มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนได้ทุกที่ทุกเวลาตามความชอบหรือความถนัด ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติและลักษณะนิสัยการเรียนรู้ของผู้เรียนยุคดิจิทัล ดังนั้นเพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทบทวนและฝึกทักษะเชิงตัวเลขและทักษะการคำนวณยา ผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนาบทเรียนออนไลน์และศึกษาผลของบทเรียนออนไลน์ต่อความสามารถในการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเพิ่มกลยุทธ์และช่องทางในการเรียนการสอนทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้เรียนยุคดิจิทัล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของบทเรียนออนไลน์ต่อการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยา และสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองหลังเรียนโดยใช้บทเรียนออนไลน์สูงกว่าก่อนเรียน

คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยา และสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดแบบแผนการเรียนรู้ 9 ขั้น ของกาเย่ (Gagné) และแนวทางการออกแบบบทเรียนออนไลน์ ADDIE Model โดยเริ่มจาก 1) การใช้สื่อที่เร้าความสนใจ ผู้เรียนในการนำเข้าสู่บทเรียน 2) แจ้งให้ผู้เรียนทราบถึง วัตถุประสงค์ ร่วมกับ 3) การทบทวนความรู้เดิมของผู้เรียน ในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทเรียนครั้งนี้ 4) การใช้คุณสมบัติของ สื่อเทคโนโลยีในการนำเสนอ 5) ชี้แนะแนวทางในการเรียน รวมทั้ง 6) กระตุ้นการตอบสนองของผู้เรียน และ 7) มีการให้ ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะด้วยช่องทางสื่อสาร ชักถามและ โต้ตอบระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน ผู้เรียนกับผู้สอน 8) มีการใช้ แบบทดสอบ และ 9) การส่งเสริมการจำและนำไปใช้โดยใช้แบบ ฝึกหัดหรือคำถามท้ายบทเรียน ให้ฝึกทำซ้ำๆ เป็นการให้ผู้เรียน ได้ประเมินความรู้ของตนเองระหว่างเรียน นำไปสู่การพัฒนาการ เรียนรู้และเกิดความจำระยะยาว เมื่อผู้เรียนได้ทบทวนซ้ำและ บ่อยๆ จะเกิดเป็นทักษะที่มีความชำนาญมากยิ่งขึ้นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและ หลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 79 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน ภาค ฤดูร้อน ปีการศึกษา 2563 จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน โดยกลุ่มทดลอง เรียนด้วยสื่อบทเรียนออนไลน์ และกลุ่มควบคุมเรียนด้วยวิธีการ สอนปกติ โดยคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงและคัดเลือก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีระบบ¹⁴ จากนำเกรตริวิชา

คณิตศาสตร์ในชีวิตประจำวัน ภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2563 ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดคนเข้ากลุ่มให้มีจำนวนเกรด ระดับเดียวกันในจำนวนเท่ากันหรือใกล้เคียงกันระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจัดกลุ่มนักศึกษาแยกตามเกรด A, B และ C แล้วจับฉลากภายในแต่ละกลุ่ม คนที่จับฉลากได้อักษร E เป็น กลุ่มทดลอง ส่วนคนที่จับได้อักษร C เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

การพัฒนาสื่อบทเรียนออนไลน์ เรื่อง การคำนวณ ยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการออกแบบบทเรียนออนไลน์ ตามแนวทาง ADDIE Model มีรายละเอียดดังนี้

1) ศึกษาตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีการ พัฒนาสื่อบทเรียนออนไลน์ วิเคราะห์คำอธิบายรายวิชาการ พยาบาลพื้นฐาน หัวข้อการบริหารยา และแนวทางปฏิบัติการ บริหารยา กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ เป็นแนวทาง ในการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในแต่ละหน่วย การเรียนรู้ เลือกเนื้อหา วิธีสอน สื่อการเรียนการสอนและ การประเมินผล สำหรับนำไปออกแบบบทเรียนออนไลน์ การคำนวณยาและสารน้ำ

2) ออกแบบโครงสร้างของสื่อบทเรียนออนไลน์ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยใช้ แนวคิดการเรียนรู้ของกาเย่ 9 ขั้น และหลักการออกแบบบท เรียนออนไลน์ 15 ประกอบด้วย 4 หน่วย คือ หน่วยที่ 1 ความ สำคัญและแนวปฏิบัติการบริหารยา หน่วยที่ 2 ตัวอย่างเกี่ยวกับ ยาและการบริหารยา หน่วยที่ 3 หน่วยและการแปลงหน่วย มาตราชั่งตวงวัด และหน่วยที่ 4 การคำนวณความเข้มข้นของ ยาและอัตราการไหลของสารน้ำ

3) พัฒนาสื่อบทเรียนออนไลน์ ตามโครงสร้างที่ ออกแบบไว้ โดยเลือกใช้โปรแกรม SLIDO และ QUIZZIZ

4) นำสื่อบทเรียนออนไลน์ไปทดลองใช้ เพื่อหา ประสิทธิภาพของสื่อบทเรียนออนไลน์ แล้วปรับปรุงแก้ไข

5) ประเมินผลการใช้บทเรียนออนไลน์ ประเมิน คุณภาพและความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์

การตรวจสอบคุณภาพของสื่อบทเรียนออนไลน์

1) สร้างแบบประเมินคุณภาพของบทเรียนออนไลน์ โดยใช้แนวคิดการออกแบบการเรียนการสอนบนเว็บในระบบ อิเล็กทรอนิกส์¹⁶ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) รายการประเมิน 2 ด้าน

คือ ด้านเนื้อหา และด้านเทคนิคการผลิตสื่อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ การให้คะแนนความคิดเห็น 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เหมาะสมมาก ระดับ 3 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย และ ระดับ 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนคุณภาพของสื่อ คะแนน 4-5 เหมาะสมมากที่สุด คะแนน 3-4 เหมาะสมมาก คะแนน 2-3 เหมาะสมปานกลาง คะแนน 1-2 เหมาะสมน้อย คะแนน 0-1 เหมาะสมน้อยที่สุด

2) นำแบบประเมินคุณภาพของบทเรียนออนไลน์ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน และด้านเทคนิคการผลิตสื่อจำนวน 3 ท่าน รวม 6 ท่าน นำผลการประเมินมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพสื่อด้านเนื้อหา มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = .93) ด้านเทคนิคการผลิตสื่อมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.98$, S.D. = .78) และปรับปรุงก่อนนำไปใช้

2. แบบทดสอบความรู้และทักษะ เรื่อง การคำนวณยาและสารน้ำ

1) สร้างแบบทดสอบความรู้และทักษะ เรื่อง การคำนวณยาและสารน้ำ ตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ใน 4 หน่วยการเรียนรู้ เป็นข้อสอบตัวเลือก และข้อสอบเติมคำสั้น สำหรับแสดงวิธีการคำนวณยาและสารน้ำ

2) ตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบความรู้และทักษะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนทางการพยาบาล ประเมินความตรงตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ จำนวน 3 ท่าน นำผลมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.89 (มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8) และตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบตามสูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน มีค่าเท่ากับ 0.76 (มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7) หาค่าความยากง่าย (p) มีค่าระหว่าง .33-.60 และหาความจำแนก (r) โดยแต่ละข้อมีค่า r ตั้งแต่ .30-.85

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนออนไลน์

1) สร้างแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนออนไลน์ ตามแนวคิดการออกแบบการเรียนการสอนบนเว็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์¹⁶ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิอร์ท ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบบทเรียน ด้านกิจกรรมการเรียนรู้และแบบฝึก ด้านการจัดการบทเรียน ด้านการวัดและ

ประเมินผลการเรียนรู้ รวม 40 ข้อ การให้คะแนนความคิดเห็น 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลคะแนน 4-5 พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 3-4 พึงพอใจมาก คะแนน 2-3 พึงพอใจปานกลาง คะแนน 1-2 พึงพอใจน้อย คะแนน 0-1 พึงพอใจน้อยที่สุด

2) ตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงตามวัตถุประสงค์และโครงสร้าง นำผลการประเมินมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.92

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับอนุมัติจาก ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจแล้ว มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

การทดลองเพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนออนไลน์

นำบทเรียนไปทดลองรายบุคคลกับผู้เรียนแบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยคัดเลือกผู้เรียนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง และมีผลการเรียนในระดับเก่ง ปานกลาง และอ่อน ระดับละ 1 จำนวน 3 คน มาทดสอบหาประสิทธิภาพของบทเรียน แล้วไปปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำบทเรียนไปทดลองใช้ครั้งที่ 2 กับกลุ่มย่อย ประกอบด้วยผู้เรียนแบบกลุ่ม จำนวน 9 คน ซึ่งมีผลการเรียนในระดับเก่ง ปานกลาง และอ่อน ระดับละ 3 คน ทดสอบหาประสิทธิภาพ แล้วไปปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำบทเรียนไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน เพื่อหาประสิทธิภาพสื่อ E1/E217

6.2 การทดลองเพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ มีขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1) จัดห้องเรียนเป็น 2 ห้องสำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับรหัสเข้าถึงโปรแกรมที่เป็นสื่อการเรียนออนไลน์ ในวันปฐมนิเทศการเรียน

2) แจ้งผู้เรียนเพื่อนัดวันและเวลาในการปฐมนิเทศก่อนเรียน ชี้แจงและให้ผู้เรียนอ่านเอกสารอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดวิธีการเรียนและให้ผู้เรียนกลุ่มทดลองได้ทดลองใช้สื่อการเรียนออนไลน์ หลังจากนั้น

ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้และทักษะ ก่อนเรียนด้วยสื่อ
บทเรียนออนไลน์

4) ดำเนินการจัดการเรียนรู้ รายวิชาการพยาบาล
พื้นฐาน โดยกลุ่มทดลองเรียนรู้ด้วยสื่อบทเรียนออนไลน์
และกลุ่มควบคุมเรียนรู้ด้วยการสอนวิธีปกติ ผู้วิจัยกำหนด
แผนการจัดการเรียนรู้ ทั้งในเวลาเรียนหัวข้อการบริหารยาใน
รายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน และกลุ่มทดลองสามารถเข้าเรียน
ในสื่อบทเรียนออนไลน์นอกเวลาเรียนด้วยตนเองได้อีกเมื่อ
ต้องการใช้เวลาหน่วยการเรียนรู้ละ 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการ
เรียนการสอนรวมทั้งทำแบบฝึกหัดท้าย ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อบท
เรียน รวมเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองสามารถทำ
กิจกรรมการเรียนรู้และทำแบบฝึกหัดของแต่ละหน่วยการเรียนรู้
ของผู้เรียนแต่ละบุคคล จนครบทั้ง 4 หน่วย

5) ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้และทักษะ
เมื่อสิ้นสุดตามกำหนดแผนการเรียน ในสัปดาห์ที่ 4

6.3 การศึกษาเพื่อหาความพึงพอใจในการเรียน

ให้นักศึกษาตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อบทเรียน
ออนไลน์ หลังจากทำแบบทดสอบความรู้และทักษะ แล้วนำผล
มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว
วันที่ 30 มิถุนายน 2563 เลขที่หนังสือรับรอง จว.54/2563
จึงชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือ
ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการ
สอนในรายวิชาตามปกติและรายวิชาอื่นใดในระหว่างดำเนินการ
วิจัย ตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้อง
บอกเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความ
ลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการทดลอง ภายหลังการ
ทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาการเรียนได้
ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ในรายวิชา ส่วนตัวอย่างที่เป็นกลุ่ม
ควบคุมนั้น ผู้วิจัยเปิดสิทธิ์ให้ลงทะเบียนเข้าเรียนในบทเรียน
ออนไลน์ และสามารถทำกิจกรรมการเรียนรู้เหมือนตัวอย่างที่
เป็นกลุ่มทดลองทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์หาคุณภาพของสื่อบทเรียนออนไลน์
การคำนวณยาและสารน้ำ และวิเคราะห์หาความพึงพอใจ
ในการเรียนของนักศึกษาที่มีต่อการใช้บทเรียน โดยใช้สถิติ
ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2) วิเคราะห์หาประสิทธิภาพของสื่อ ตามเกณฑ์
ที่ตั้งไว้ 80/80 โดยใช้สูตร $E1/E217$

3) วิเคราะห์หาคุณภาพของแบบทดสอบความรู้
และทักษะ เรื่อง การคำนวณยาและสารน้ำ โดยการตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง
ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (IOC)

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะ
การคำนวณยาและสารน้ำหลังเรียนของนักศึกษาในกลุ่มทดลอง
เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการ
ทดลอง โดยใช้วิธีทางสถิติทดสอบ paired t-test

5) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และ
ทักษะการคำนวณยาและสารน้ำหลังเรียนของนักศึกษา
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีทางสถิติทดสอบค่า
t-test Independent

ผลการวิจัย

1. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อบทเรียน
ออนไลน์การคำนวณยาและสารน้ำ

ตารางที่ 1 ค่าประสิทธิภาพของของสื่อบทเรียนออนไลน์การคำนวณยาและสารน้ำ ด้านกระบวนการ/ด้านผลลัพธ์ (E1/E2)
กับเกณฑ์การประเมินสื่อบทเรียนออนไลน์

รายการประเมิน	ผลการวิเคราะห์	เกณฑ์	ผลการประเมิน
ประสิทธิภาพด้านกระบวนการ (E1)	96.44	80	ผ่าน
ประสิทธิภาพด้านผลลัพธ์ (E2)	91.25	80	ผ่าน

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อบทเรียนออนไลน์การคำนวณยาและสารน้ำ ด้านกระบวนการ/ด้านผลลัพธ์ (E1/E2) เท่ากับ 96.44/91.25

ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ 80/80 แสดงว่า สื่อบทเรียนออนไลน์ที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ

2. ความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 39)

คะแนนความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	39	11.41	2.692	34.171	36	.000*
หลังการทดลอง	39	20.81	2.623			

(Wilcoxon Signed-rank test, Based on negative rank)., *p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่เรียนโดยใช้สื่อบทเรียนออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ ก่อนการทดลองเท่ากับ 11.41 ($\bar{X}$ = 11.41, SD = 2.692) หลังการทดลองเท่ากับ 20.81 ($\bar{X}$ = 20.41, SD = 2.623) และจากการเปรียบเทียบทางสถิติโดยใช้

paired t-test พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 39) และกลุ่มควบคุม (n = 39)

คะแนนความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	39	20.67	2.464	5.269	76	.000*
กลุ่มควบคุม	39	17.03	3.543			

(Mann-Witney U test), *p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำเท่ากับ 20.67 ($\bar{X}$ = 20.67, SD = 2.464) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.03 ($\bar{X}$ = 17.03, SD = 3.543) และจากการเปรียบเทียบทางสถิติโดยใช้ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์

ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.51, S.D. = .89) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมการเรียนรู้และแบบฝึกหัด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.17, S.D. = .68) และระดับน้อยที่สุดคือ ด้านเนื้อหา ($\bar{X}$ = 2.98, S.D. = .76) ส่วนรายข้อพบว่า แบบฝึกหัดกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ด้วยตัวเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.60, S.D. = .95) และบทเรียนได้รับการออกแบบให้ผู้เรียนค้นหาเนื้อหาได้ง่ายและตรงตามความต้องการมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.51, S.D. = .99)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนาบทเรียนออนไลน์การคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คุณภาพของสื่อบทเรียนออนไลน์การคำนวณยาและสารน้ำ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากทั้งด้านเนื้อหาและด้านเทคนิคการผลิตสื่อ และประสิทธิภาพของสื่อมีค่ามากกว่าเกณฑ์ 80/80 เนื่องจากการพัฒนาสื่อบทเรียนออนไลน์ใช้หลักการเรียนรู้แบบเป็นขั้นตอนตามแบบแผนการเรียนรู้ของ Gagné และการออกแบบการเรียนการสอนในระบบการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ ผู้สอนสามารถปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสื่อการสอนได้ง่ายและสะดวก ทำให้บทเรียนมีความยืดหยุ่น ผู้เรียนสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และกับผู้สอนได้อย่างเป็นอิสระมากกว่าในห้องเรียนปกติ และการออกแบบและพัฒนาสื่อมัลติมีเดียทำให้สื่อบทเรียนมีความน่าสนใจ กระตุ้นความสนใจผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะกับการใช้งานในกลุ่มผู้เรียนยุคดิจิทัล^{16,17} สอดคล้องกับการวิจัยพัฒนารูปแบบบทเรียน E-learning สำหรับนักศึกษาผ่านระบบเครือข่าย พบว่า บทเรียน E-learning มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเนื่องจากสามารถสอดแทรกเนื้อหาและการเรียนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจกับเนื้อหาร่วมกับการประเมินจุดที่ต้องพัฒนาของตนเองในระหว่างเรียนได้ และการทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง¹⁸

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคำนวณยาและสารน้ำสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผู้เรียนสามารถเข้าเรียนผ่านสื่อบทเรียนออนไลน์ได้ทุกที่ทุกเวลา และเลือกทบทวนเนื้อหาหรือทำแบบฝึกหัดได้ตามความถนัดและความพร้อมของผู้เรียน เนื่องจากมีการจัดเนื้อหาเป็นลำดับจากง่ายไปยาก สื่อสามารถออกแบบให้ผู้เรียนแสดงวิธีการคำนวณ ซึ่งเป็นการฝึกการคิดและทักษะเชิงตัวเลขได้ดี เป็นคุณลักษณะเด่นของระบบการเรียนการสอนอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้มีโอกาสได้ทบทวนทั้งความรู้และทักษะได้บ่อยมากขึ้น^{4,5} นอกจากนี้ยังมีการให้ผลย้อนกลับ และมีการให้ผลย้อนกลับต่อการเรียนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสประเมินผลการเรียนของตนเองในระหว่างเรียน¹⁹ นำไปสู่การรู้และเข้าใจจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาต่อไป จึงส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนใน

ทางที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของบทเรียน e-learning เรื่องหลักการและเทคนิคการทำแผลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากบทเรียน e-learning เป็นสื่อมัลติมีเดียที่มีทั้งเสียง ข้อความ ภาพเคลื่อนไหวประกอบ ส่งผลให้น่าสนใจและสื่อความหมายได้ดี และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนเฉพาะเนื้อหาที่ต้องการทบทวนโดยไม่ต้องเรียนส่วนที่เข้าใจแล้วเพื่อให้เข้าใจได้ดีขึ้น^{12,20}

จากการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก และผู้เรียนแสดงความเพิ่มเติมว่า สื่อบทเรียนออนไลน์มีความน่าสนใจ การใช้งานบทเรียนง่ายและสะดวก ไม่มีข้อติดขัด เนื้อหาในบทเรียนมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และแบบฝึกมีความสอดคล้องกับเนื้อหาในบทเรียน และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) อย่างเหมาะสม หลังจากได้เรียนด้วยสื่อบทเรียนออนไลน์นี้แล้วช่วยเพิ่มความรู้เรื่องคำศัพท์ ตัวย่อหน่วย มาตราชั่งตวงวัด และมีทักษะการคำนวณยาและสารน้ำมากขึ้น เนื่องจากการช่วยให้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้และเสริมทักษะการคำนวณยาและสารน้ำด้วยตนเองได้สะดวก และสามารถเรียนรู้ซ้ำได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการให้ยาในเด็กต่อทักษะการให้ยาของนักศึกษาพยาบาล¹³ และการศึกษาของจักรพันธ์¹² กล่าวว่า เนื่องด้วยสื่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์มีคุณสมบัติกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้าด้วยเทคนิคการนำเสนอเนื้อหาที่น่าดึงดูดโดยใช้รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว ตัวอักษร ข้อความ และเสียงประกอบ ช่วยกระตุ้นและสร้างความสนใจผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ผู้เรียนมีความผ่อนคลายและเพลินเพลินไปกับการเรียนรู้และทำแบบฝึกหัดทำให้เกิดความพึงพอใจและความคงทนในการเรียน นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในการตอบคำถามและตั้งคำถามกับผู้สอนมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องแสดงตัวตนต่อหน้าเพื่อนและผู้สอน สอดคล้องกับการพัฒนาและศึกษาผลการใช้บทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ที่มีระบบสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารโต้ตอบกันได้ระหว่างผู้เรียน และยังช่วยให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียน^{19,20}

ข้อเสนอแนะ

สื่อบทเรียนออนไลน์ เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่อาศัยเครือข่ายอินเทอร์เน็ตช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ที่ไร้ข้อจำกัดทั้งเรื่องเวลา สถานที่และระยะทาง ช่วยให้ผู้เรียน

สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามความถนัดและความพร้อม
ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรส่งเสริมให้จัดการเรียนการสอน
เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้และฝึกทักษะ
การพยาบาลอื่นซ้ำและบ่อยมากขึ้น และกำหนดนโยบาย
สนับสนุนการพัฒนาผู้สอนให้มีความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยี
ในการออกแบบและสร้างสื่อการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง
และพัฒนาสื่อการเรียนการสอนให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยในการเลือกใช้เทคโนโลยีรูปแบบ
อื่น ๆ ที่มีความเข้ากันได้กับกลยุทธ์การสอนที่เหมาะสมกับ
การสอนทางการพยาบาล เพื่อต่อยอดองค์ความรู้และสามารถ
ตอบสนองความต้องการใช้งานของผู้เรียนยุคดิจิทัล

References

1. Rattanadetsakul C, & Rattanadetsakul P. Medication error and Uses in Drug Management Systems. Continuing Education Documents, Phaemaceutical practitioners, Phaemacouncil. 2017. (inThai)
2. Thewthanom K, & Thananonniwas S. Medication error and Prevention guide for patient's safety. Veridian E-Journal. 2009; 2(1): 155-217. (inThai)
3. McMullan M, Jones R, & Lea S. Patient safety: numerical skills and drug calculation abilities of nursing students and Registered Nurses. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(4), 891-899.
4. Brady A-M, Malone A-M, & Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. Journal of Nursing Management. 2019; 17, 679-697.
5. Sutharaphan S, & Saenpanya T. Developing clinical practice guidelines for preventing discrepancies in drug administration to patients, Phare Hospital. Journal of Nursing Division. 2009; 36(3): 76-95. (inThai)
6. Choudhary R. The impact of targeted mathematics/ numeracy tutorials on maths anxiety, numeracy and basic drug calculation exam marks. Journal of Academic Language & Learning. 2017; 11(1): A1-A22.
7. Guneş UY, Baran L, & Yilmaz D. Mathematical and Drug Calculation Skills of Nursing Students in Turkey. International Journal of Caring Sciences. 2016; 9(1): 220-227.
8. Police Nursing College. Bachelor of Nursing Science Program (Revised curriculum in 2017). Copies of documents; 2017. (inThai)
9. Hodgkinson B, Koch S, & Nay R. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. Int J Evid Based Healthc. 2006; 4: 2-41.
10. Ministry of Education. Announcement of the Ministry of Education: Undergraduate qualifications Bachelor of Nursing Science, 2017. (inThai)
11. Angsuchoti S. The 21th Century Workforce Competencies Development Model. Sukhothai Thammathirat Journal. 2018; 30(2): 124-140. (inThai)
12. Kunoy C. The development of electronic lessons used in the course of teaching, anatomy and physiology for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj. Nursing Public Health and Education Journal. 2019; 20(3): 174-186. (inThai)
13. Panyu J, Saehung S, Kongsaktrakul C, Jongaramrueng J, Srichalerm T, & Wongdaeng A. The Effect of Computer-Assisted Instruction of Pediatric Medication Administration on Medication Administration Skills among Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 25(2): 181-194. (inThai)

14. Thato R. NURSING RESEARCH: CONCEPTS TO APPLICATION. 3thed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (inThai)
15. Songkharm N. Multimedia for Learning: Design & Development. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (inThai)
16. Na-songkhla J. Web-based instructional design in e-learning systems. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (inThai)
17. Brahmawong C. Developmental Testing of Media and Instructional Package. Silpakorn Educational Research Journal. 2013; 5(1): 1-20. (inThai)
18. Vichean U, Aukhapatsakun P, & Srichanchai U. E-Learning Lesson Model for Students Through the Network. Business Review Journal. 2019; 11(1): 231-242. (inThai)
19. Panpeng Y. INSTRUCTION DESIGN BY E-LEARNING SYSTEM. Sripatum Chonburi Journal. 2013; 21-27. (inThai)
20. Meenasantirak A, Wangwun P, Siripitakchai C, Plodpluang U, & Muenthaisong S. Development of Wound Dressing E-Learning Lesson for Nursing Student in Srimahasarakham Nursing College. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018; 145-155. (inThai)

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ ในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019

Development of Nursing System for Patients with Respiratory Deterioration during Emerging Coronavirus 2019 Epidemics

โฉมณภา กิตติศัพท์* รังสิยา ไผ่เจริญ อรสา ไพรรุณ ภัทรชยา สวัสดิ์วงศ์

Chomnapa Kittisup* Rangsiya Phaicharoen Orasa Pairoon Patarachaya Swatdiwong

สถาบันโรคทรวงอก นนทบุรี ประเทศไทย 11000

Central Chest Institute of Thailand Nonthaburi Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ 6/5 ในเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย และผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษา ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ แบบประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ หลังการใช้ระบบการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้ระบบ ($p < 0.05$) การประเมินความเหมาะสมของระบบ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 88.3 ไม่พบการติดเชื้อของบุคลากร

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 การพัฒนาระบบการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ

Abstract

The objectives of this research are to develop and to evaluate the outcomes of the respiratory critical nursing system proposed in the Coronavirus 2019 epidemic. This developmental research was divided into 3 phases. Phase 1: Analyze the situation concerning the present patients with respiratory deterioration nursing system. Phase 2: A respiratory critical nursing system was being developed. Phase 3: Evaluation for the effectiveness of the proposed nursing system. The sample group consisted of (1) 30 professional nurses working in wards for Emerging/Re-emerging Diseases 6/5 between October and December 2021. These samples were chosen through purposeful sampling. (2) 34 critical ill patients who were treated during the same period.

Research tools were an interview form, a guideline for the use of mechanical ventilator in respiratory deterioration patients, Nursing knowledge assessment form for respiratory critical nursing care and patient data record form. Data obtained were analyzed by descriptive statistics and Paired Samples t-test.

The study on the effectiveness of the respiratory critical nursing system for patients with respiratory deterioration found that the knowledge scores on the care of patients with respiratory deterioration after using the respiratory intensive care system was significantly higher than before using the system ($p < 0.05$). Assessing the suitability and feasibility of the respiratory critical nursing system was found to be at high-level (mean 3.67). Patient survival rate was 88.3%. No personnel infection was found.

Keyword: coronavirus disease 2019, development of nursing system, patients with respiratory deterioration

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในช่วงที่ยังมีการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อทั้งผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยวิกฤตประจำห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่รับผู้ป่วย เพื่อให้การจัดระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการบริหารจัดการหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ยังไม่ทราบสถานะของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 สามารถสร้างสมดุลระหว่างความต้องการด้านเวชบำบัดวิกฤตที่มีอยู่ กับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน อันจะทำให้สามารถใช้ประโยชน์ในด้านทรัพยากรทั้งบุคคล อุปกรณ์ป้องกัน อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เหมาะสม และพื้นที่ให้ได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งหลักการบริหารจัดการต่างๆ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรค รวมถึงต้องคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อจัดการให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพได้มากที่สุด ตามบริบทแต่ละโรงพยาบาล แนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยที่มีรุนแรง ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วย จัดเตรียม ตรวจสอบและประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พยาบาลต้องคัดแยกผู้ป่วยและให้การดูแลครอบคลุม ใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามหลัก Standard และ Airborne precaution การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้อุปกรณ์¹ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 จัดทำเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถรองรับต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 มีการเตรียมการทั้งด้าน บุคลากร กระบวนการ และสถานที่ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ในระลอกแรก ในปี 2563 ได้มีการบริหารจัดการตาม

มาตรการของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดตั้งห้องแยกเดี่ยวหรือ modified AIIR หรือ ห้อง AIIR รวมถึง cohort ward เพื่อรองรับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ หรือผู้ป่วยสงสัยเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาต่อเนื่อง จากการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวอก ที่มีระดับความรุนแรงของโรค ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง กันยายน 2563 จำนวน 7 ราย เสียชีวิต จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.28 เดือนตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2564 จำนวน 475 ราย เสียชีวิตจำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 77 ราย ใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (HFNC) จำนวน 223 ราย ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แนวทางการจัดอัตรากำลังของพยาบาลที่จะเข้าดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีแนวทางแบ่งประเภทผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก ใช้พยาบาลผู้ป่วยหนัก หรือพยาบาลอายุรกรรมหรือวิสัญญีพยาบาล 2 : 1² ซึ่งการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยหนักเพียงกลุ่มเดียวไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019 ต้องมีการจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลจากหอผู้ป่วยอื่นมาช่วย เนื่องจากต้องมีความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและเป็นโรคติดเชื้อรุนแรง ทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ ด้านคุณภาพการบริการ และการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การมีนโยบายและการพัฒนาที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ การสนับสนุนทรัพยากรให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 สถาบันโรคทรวงอกเป็นอย่างไร
2. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจเดิมในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 เป็นอย่างไร
3. ผลลัพธ์จากการใช้ระบบการพยาบาลใหม่เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

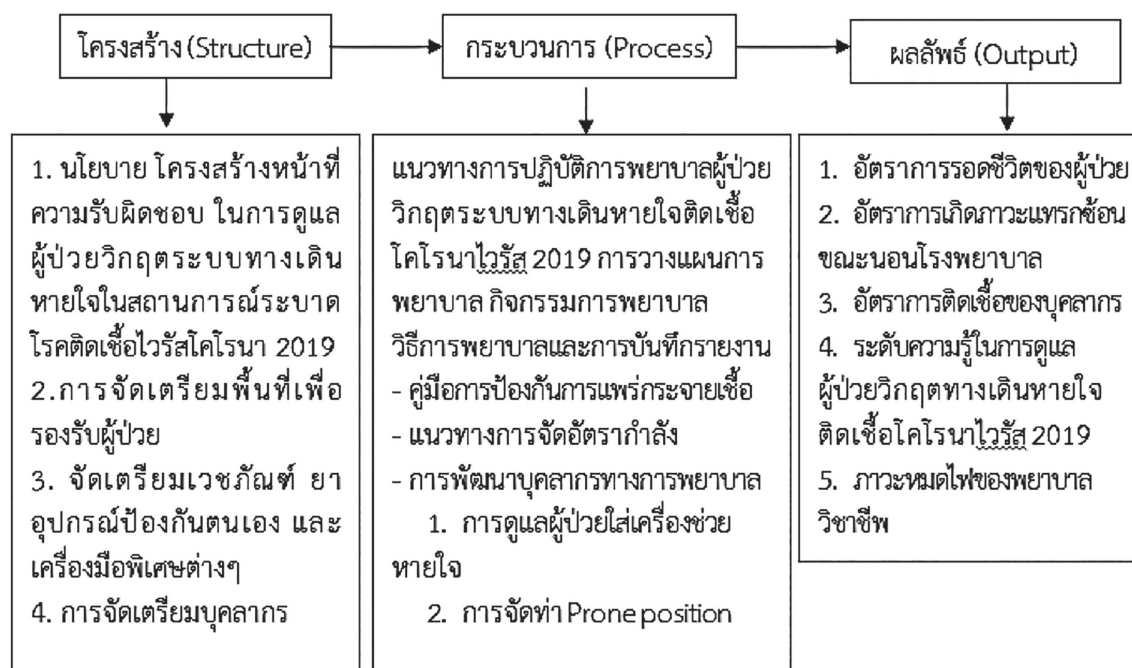
1. ศึกษาสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 สถาบันโรคทรวงอก
2. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019
3. ประเมินผลลัพธ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 สถาบันโรคทรวงอก

สมมติฐาน

ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อของบุคลากรเพิ่มระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และลดภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาปีเดียน³ ซึ่งมีความครอบคลุมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ทั้ง 3 ด้าน คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) ซึ่งการให้บริการที่มีคุณภาพหรือเกิดผลลัพธ์ที่ดีต้องประเมิน 3 องค์ประกอบ คือ



วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 12 ท่าน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากผู้เชี่ยวชาญและสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 ท่าน วิเคราะห์นำเสนอในการสนทนากลุ่ม เริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และดำเนินการสนทนากลุ่ม กำหนดระยะเวลา

ในการสนทนา การเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง และจดข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา โดยใช้ระยะเวลาในการสนทนา 45 นาที ผู้วิจัยได้ถอดเทปและสรุปประเด็นสภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ จัดการกำหนดนโยบาย โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ พัฒนาคู่มือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ 6/5 ตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย โดย 1) การเก็บข้อมูล Pre test การประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) ดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง โดยใช้คู่มือ แนวทางต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นมาในระยะที่ 2 3) การเก็บข้อมูล Post test หลังเข้าปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ 6/5 เป็นเวลา 1 เดือน และเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในห้องแยกเดี่ยว หรือ modified AIIR หรือห้อง AIIR ทั้งหมด ตั้งแต่ เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 จำนวน 34 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ดังตัวอย่างข้อคำถาม เช่น สถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในปัจจุบัน ด้านการแพร่กระจายเชื้อ ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการรักษาพยาบาล มากน้อย อย่างไร และ การพัฒนาด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีภาวะวิกฤตที่สามารถ นำมาใช้ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นต้น

2. แนวทางการจัดอัตรากำลังการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต, คู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจโรคโคโรนาไวรัส 2019, แนวทางการจัดทำ Prone Position และคู่มือการใส่-ถอด ชุด PPE/PAPR ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ที่ยอมรับได้ 0.8-1.0

3. แบบประเมินระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

ระบบทางเดินหายใจ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.84 , แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ประเมินด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) โดยแบบประเมินแต่ละด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.83, 0.90 และ 0.83 ตามลำดับ ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 7 ระดับ, แบบวัดความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ คำนวณค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.65 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.25 และแบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันโรคทรวงอก 086/2564 รับรองวันที่ 24 มิถุนายน 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และกำหนดความต้องการพัฒนาระบบการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยสถิติ Paired Samples t-test ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในสถาบันโรคทรวงอก วิเคราะห์โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ ด้านบุคลากร และด้านผู้ป่วย

ระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์ สรุปประเด็นได้ดังนี้

ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 2019 ด้านการแพร่กระจายเชื้อ ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการรักษาพยาบาลมาก เนื่องจากเชื้อโควิด-19 2019 มีความรุนแรงแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ทำให้ยากต่อการรักษา โดยเฉพาะหากเกิดในผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วม ด้านการบริหาร มีความชัดเจนในการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ และสนับสนุนทรัพยากรทุกด้านของผู้บริหารในภาวะฉุกเฉิน ด้านบุคลากร คือ การจัดอัตรากำลัง พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือ การตรวจพิเศษ การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนตาม guideline ให้สอดคล้องกัน ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ มีความเพียงพอ พร้อมใช้ ด้านสถานที่ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา

ระยะที่ 2 สรุปจาก Focus group มีข้อเสนอดังนี้

ระบบการพยาบาลตามแนวคิดของไดนาบีเตียน ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง มีการกำหนด นโยบาย โครงสร้าง หน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ การจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และการเตรียมบุคลากร เพื่อให้พร้อมในการดูแล ด้านกระบวนการ การอบรมให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์โรคโควิด-19 2019 ด้านผลลัพธ์ กำหนดผลลัพธ์ อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษา บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน และภาวะ Burn out

ระยะที่ 3

ด้านบุคลากร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพยาบาลวิชาชีพ

คะแนนความรู้	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อ โคโรนาไวรัส 2019	12.43	2.459	4.833	2.614	10.127	.000*
หลังการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019	17.27	2.069				

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 2019 ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$)

ตารางที่ 2 ระดับภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

องค์ประกอบ	ระดับภาวะหมดไฟ					
	น้อย		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.0	86.7	0.0	0.0	4.0	13.3
	ค่าเฉลี่ย = 22.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.07					
ด้านการเมินเฉยต่องาน	15.0	50.0	0.0	0.0	15.0	50.0
	ค่าเฉลี่ย = 5.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.07					
ด้านความสามารถในการทำงาน	3.0	10.0	5.0	16.7	22.0	73.3
	ค่าเฉลี่ย = 15.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.01					

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 พบว่ามีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 86.7) ด้านการเมินเฉยต่องาน อยู่ในระดับน้อย และระดับสูง เท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ส่วนด้านความสามารถในการทำงาน ส่วนมากอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.3)

ระดับความคิดเห็นในการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยรวม คะแนนเฉลี่ย 3.67 (เห็นด้วยมาก) และไม่พบการติดเชื้อของบุคลากร

ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ 6/5 ตั้งแต่ เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 34 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศชายและเพศหญิง เท่ากัน ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 66.5 ปี อัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 88.3 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 5.88 (มีการติดเชื้อเพิ่ม 1 ราย และภาวะไตวาย 1 ราย)

การอภิปรายผลผลการวิจัย

จากการเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 หลังการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของ โควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลโนนไทย⁴ พบว่า ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 คะแนนโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับมาก และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยรวม ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อมั่นมากที่สุด และการพัฒนาพยาบาลแบบเร่งรัดเพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหนักในสถานการณ์การระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 ได้⁵ โดยมีการศึกษาการพัฒนาพยาบาลที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต 147 คน ประเมินตนเองด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับต่ำสุด (67.3%) ประเมินตนเองว่าสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยที่วิกฤตได้แต่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (24.3%) มีความต้องการการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมในหอผู้ป่วยวิกฤต การใช้เครื่องช่วยหายใจขั้นพื้นฐานและยาควบคุมความดันโลหิต (83.7%) ซึ่งทำให้สามารถเพิ่มจำนวนพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้มากขึ้น และมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและเกิดความพึงพอใจของผู้ให้การพยาบาล นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจในระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยลง มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นในผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส 2019⁶

ในด้านภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส 2019⁷ พบว่ามีความเครียดในระดับปานกลาง ไม่มีความเสี่ยงด้านภาวะ

หมดไฟในการทำงาน และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติระหว่างระดับความเสี่ยงการปฏิบัติหน้าที่กับความเครียดและความเสี่ยงด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน ($p < .05$) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ อายุ และระยะเวลาทำงานทั้งในด้านพยาบาลและการทำงานในหน่วยงาน รวมทั้งจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวันและบทบาทในการทำงาน⁸ ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีการระบาดอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงในผู้ป่วยบางราย ผู้ที่ปฏิบัติงานในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดและ อารมณ์ซึมเศร้าปานกลางถึงสูง และความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป⁹

ด้านผู้ป่วยในช่วงที่นำระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรค โคโรนาไวรัส 2019 ไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยช่วงเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2564 พบว่าผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 34 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 66.5 ปี เสียชีวิต 4 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 3 ราย และญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่บำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงจนถึงวาระสุดท้าย 1 ราย โดยบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพคือการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ปลอดภัยที่สุดในระหว่างที่อยู่ในความดูแล ดังนั้นในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างหนัก ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น การให้การพยาบาลกับผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวได้ ดังนั้นสัดส่วนระหว่างพยาบาลวิชาชีพ กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญที่จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ในภาวะวิกฤต¹⁰

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านนโยบาย การใช้มาตรฐานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 สามารถเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ได้

2. ด้านการบริหาร

2.1 ด้านบุคลากร อัตรากำลังในการให้บริการผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019 ที่วิกฤตบางกรณีอาจใช้บุคลากรที่มีจำนวนมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ทำหัตถการหรือใช้เครื่องมือพิเศษ การปฏิบัติการ

พยาบาลผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019 ที่วิกฤตรายอื่นๆ ในเวลาเดียวกัน ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรช่วยบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม การเตรียมอัตรากำลังเสริม อาจเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาจากหน่วยงานอื่น แต่ต้องพิจารณากลุ่มที่มีสมรรถนะใกล้เคียง เช่น มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต และให้การอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อความรู้ที่จำเป็นตามที่กำหนด ผู้บริหารควรรับฟังปัญหา เห็นใจในความเหนื่อยล้าของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้างาน การให้กำลังใจ เป็นผู้ที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่างๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลรู้สึกถึงความปลอดภัย รับรู้ในความสนใจ เอาใจใส่ เพื่อลดภาวะเครียด เหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน

2.2 ด้านทรัพยากร การเตรียมความพร้อมในด้านทรัพยากรต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทการรักษาของผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019 ที่วิกฤต เพื่อให้เกิดความเพียงพอ พร้อมใช้และเกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย การเตรียมบุคลากรเพื่อใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ใหม่ๆ ควรเตรียมจากผู้ที่มีพื้นฐานการใช้เครื่องมือพิเศษ เพราะระยะเวลาการศึกษาการใช้เครื่องมือมีจำกัด

2.3 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและสถานที่องค์กรที่มีนโยบายสนับสนุนให้มีการจัดการอาคาร สิ่งแวดล้อมเพื่อให้บริการผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019 ที่วิกฤตจะช่วยเรื่องความมั่นใจของผู้ให้บริการในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสู่บุคลากร

3. การพัฒนาองค์ความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ การปฏิบัติงานจริงร่วมกับการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม และนำไปฝึกปฏิบัติเป็นระยะ จะสามารถพัฒนาต่อยอดในการพัฒนาและเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมในการตอบโต้สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้านี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่เข้ารับการรักษา ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ในช่วงเวลาหนึ่ง และในการรักษาผ่านช่วงวิกฤตจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ผู้ป่วยอาจมีภาวะของ Long Covid ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพและอาจกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการแทรกซ้อนจากรอยโรคเดิม ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะ การเกิด Long Covid ในผู้ป่วยหลังจำหน่าย

References

1. Veeranuch Trairatnopas, Thitima Morsup, Somporn Prapredkit. Guidelines for Nursing Practice in the Epidemic Situation of COVID-19 Infectious Disease. Christian University Journal 2021; 27(4): 132-144. (In Thai)
2. Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. Nursing Collaboration Center for COVID-19. Publishing of suetawan company limited; 2020. (In Thai)
3. Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
4. Usa Kumprasit. Development of Nursing Model during the COVID-19 Outbreaks: In-Patient Department, Nonthai Hospital. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022; 16(1): 30-44. (In Thai)
5. Lauck SB, Bains VK, Nordby D, Iacoe E, Forman J, Polderman J, Farina L. Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies. Aust Crit Care. 2022 Jan;35(1): 13-21. doi: 10.1016/j.aucc.2021.02.009.
6. Hyman, Jaime B., Leibner, Evan S., Tandon, Pranai Egorova, Natalia N., Bassily Marcus, Adel Kohli-Seth, Roopa Arvind, Varun Chang, Helena L., Lin Hung-Mo Levin, Matthew A. Timing of Intubation and In-Hospital Mortality in Patients With Coronavirus Disease 2019, Critical Care Explorations. 2(10): p e0254 doi: 10.1097/CCE.0000000000000254.
7. Simaporn Promsarn, Piyanat Promsarn and Kanokwan Rattanasangloet. Stress and burnout of healthcare worker (HCW) at Siriraj Hospital during the medical treatment of COVID-19 patients. RTA Med J 2021; 74(3): 197-204. (In Thai)
8. Piyawadee Sumalai. The Register Nurses' Burnout in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2021; 4(2): 66-78. (In Thai)
9. Akekalak Sangsirilak, Sirinrat Sangsirilak. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2020 Jan 9; 56(4): 401-408. (In Thai)
10. Lin YP, Tang CJ, Tamin VA, Tan LYC, Chan EY. The hand-brain-heart connection: ICU nurses' experience of managing patient safety during COVID-19. Nurs Crit Care. 2021 Sep 2: 10.1111/nicc.12710. doi: 10.1111/nicc.12710.

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร

The Development of Nursing Services for Patients with Coronary Artery Bypass Graft at Sakon Nakhon Hospital

รัชฎา พูนปริญญา* อรพิน อัมพล ณัฐนันท์ วิโย

Ratchada Poonprinya* Orapin Ampol Nuttanan Wiyo

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร, จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47000

Nursing department, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon province Thailand 47000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดำเนินการตุลาคม 2562-กันยายน 2564 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยมาโจวปี 6 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 36 คนและผู้ป่วย 66 คน เครื่องมือในการทดลอง คือ ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ CVI 0.8 ประกอบด้วย การจัดบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี แนวปฏิบัติการพยาบาลและสมรรถนะพยาบาล เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะ ค่าอัลฟาครอนบาค 0.7 แนวทางการสนทนากลุ่ม CVI 0.8 และแบบประเมินความพึงพอใจ CVI 0.8 วิเคราะห์โดยจัดกลุ่มเนื้อหา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ โคสแควร์และวิลค็อกซัน

ผลการศึกษา 1) ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจัดบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี (2) แนวปฏิบัติการพยาบาล ประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและผู้ป่วยหนัก 3 ระยะ คือ ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และ (3) สมรรถนะพยาบาล 8 ด้าน และ 2) ผลลัพธ์การพัฒนา พบว่า การเลื่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทรุดลงโดยไม่ได้คาดหมาย การติดเชื้อแผลผ่าตัดและผู้ป่วยเสียชีวิตลดลงกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนา การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันไม่มีความแตกต่างกัน ($p<.05$) และพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ระบบบริการพยาบาล สมรรถนะพยาบาล การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate a nursing service for the patients with coronary artery bypass graft (CABG) at Sakon Nakhon Hospital. The Mahdjoubi (2009) research methodology was 6 steps and conducted during October 2019-September 2021. The purposive samples were 10 chief nursing officers, 36 registered nurses and 66 patients with CABG. The research tools were composed of the developed a nursing service for patients with CABG (CVI 0.8) consisted of the developed a case management nursing service, clinical nursing practice guideline and nursing specific competency. Data collection instruments consisted of a nursing competency assessment form (Cronbach's Alpha Coefficient 0.7),

focus group questionnaire(CVI 0.8) and satisfaction assessment of nursing service(CVI 0.8). Data were analyzed using group content, mean, percentile, Chi-square test and Wilcoxon Signed Ranks test.

The results revealed that: 1) The nursing service system for patients with CABG consisted of 3 components; (1) nursing service system using a case management model. (2) Clinical nursing practice guidelines based on King's theory including the nursing standard for surgical patients and critical care for 3 parts ; pre-intra and post operative nursing and (3) the 8 specific competencies and 2) The results of the developed nursing service system found that (1)the incident of unpreparedness postponing surgery, patient's worsens unexpected, surgical wound infection, unexpected death and the specific competency showed significantly, readmission in 28 days showed non significantly ($p<.05$), and the health care provider were highest satisfaction.

Keywords: nursing service, specific competencies, coronary artery bypass graft.

บทนำ

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting: CABG) เป็นการผ่าตัดต่อหลอดเลือดใหม่กับหลอดเลือดหัวใจตำแหน่งที่ตีบของหลอดเลือดเพื่อช่วยให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดได้ ส่งผลให้สามารถลดอาการเจ็บหน้าอก ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิต ดังรายงานสถิติการผ่าตัด CABG ของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ในปี 2560-2562 พบว่า แนวโน้มสูงขึ้นจาก 5,171 ราย เป็น 5,970 ราย และ 6,646 ราย ตามลำดับ

โรงพยาบาลสกลนครมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังสถิติในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า เพิ่มขึ้นจาก 928 ราย เป็น 1,119 ราย และ 1,159 ราย ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลให้บริการฉีดสตีวินิจฉัย และทำหัตถการสวนหัวใจได้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อเพื่อผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสูงถึง 403 ราย¹ ซึ่งมีระยะเวลารอคอยผ่าตัด 6 เดือน ถึง 1 ปี ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายทรุดลง หัวใจสูญเสียประสิทธิภาพการบีบตัวมากขึ้น ทำให้โรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลเห็นความสำคัญดังกล่าว ประกอบกับนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ มุ่งเน้นให้มีการยกระดับบริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจให้ครอบคลุมการผ่าตัดหัวใจ จึงเปิดให้บริการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในปีงบประมาณ 2562 ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการผ่าตัดหัวใจกลับบ้าน

และลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดได้ แต่จากรายงานความเสี่ยงพบอุบัติการณ์ที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 41 รายการ ได้แก่ การเลื่อนผ่าตัดหรืองดผ่าตัดจากการเตรียม ผู้ป่วยไม่พร้อม 10 รายการ การติดเชื้อแผลผ่าตัด 3 รายการ ผู้ป่วยทรุดลงโดยไม่ได้อาการ 14 รายการ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลันและได้รับการฟอกเลือด การเกิดภาวะเลือดออกรุนแรง ภาวะหัวใจถูกกด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะหัวใจวาย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้อาการ 6 รายการ นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง 8 รายการ¹

ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการพยาบาล ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่พึงประสงค์และมีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วย 1) บุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะด้าน 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด² และ 3) การจัดระบบบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแลและสามารถลดบริการที่แยกส่วน³ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ค้นหาวิธีการปฏิบัติ สะท้อนผลการปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดได้⁴ และปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด⁵ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก⁶

จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน คาดการณ์ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และวางแผนในการจัดการทางการพยาบาลที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยทรุดลง หรือเกิดอันตรายแก่ชีวิตได้

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จึงเห็นควรมีการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก แนวคิดการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง4สมรรถนะพยาบาล⁷ และแนวคิดการจัดการรายการ⁸ โดยคาดหวังว่าจะได้ระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปใช้

คำถามการวิจัย

1. ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของการนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาใช้เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร ดำเนินการตามหลักการวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบเป็นแนวคิดหลัก⁹ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ บูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดระบบบริการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ (The Six Building Blocks of Health System)¹⁰ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด⁵ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก⁶ ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง⁴ การจัดการรายการ³ และสมรรถนะพยาบาล⁷

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2562- กันยายน 2564 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการพยาบาล 2) พัฒนาระบบบริการพยาบาล 3) ทดลองใช้ระบบบริการ 4) ปรับปรุงระบบบริการพยาบาลใหม่ 5) นำระบบบริการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง และ 6 ประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้บริหารการพยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาล สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร (1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2564) และ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ณ แผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2563-30 กันยายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิเคราะห์สถานการณ์ คือ ผู้บริหารการพยาบาล 10 คน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หัวหน้าห้องผ่าตัดหัวใจ หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ 7 คน ในช่วง 1 ตุลาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2562

2) กลุ่มประเมินผลลัพธ์การพัฒนา คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกและห้องผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 36 คน ปฏิบัติงานในช่วง 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน 2564 และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบวางแผนไว้ล่วงหน้า (elective case) อายุ 15 ปีขึ้นไป 66 คน ในช่วง 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน หัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 องค์ประกอบ ค่า CVI 0.8 ประกอบด้วย 1) การจัดระบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัดโดยการประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ระยะผ่าตัดโดยการประยุกต์มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และระยะวิกฤตหลังผ่าตัดโดยการประยุกต์มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และ 3) สมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 8 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด 2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนการผ่าตัด 3) การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด 4) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต 5) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูปัญหา 6) การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 7) การบริหารยาเสี่ยงสูง และ 8) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบสมรรถนะของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ร่วมกับสมาคมพยาบาลโรคหัวใจประเทศแคนาดา ประกอบด้วยแบบวัดความรู้จำนวน 90 ข้อ ค่า CVI 0.8 ค่าความสอดคล้องภายใน Cronbach's alpha มีค่า 0.7 และแบบวัดทักษะจำนวน 70 ข้อ ค่า CVI 0.8 2) แบบสนทนากลุ่มพัฒนาขึ้นตามกรอบระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ CVI 0.8 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ CVI 0.8

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการพยาบาล เพื่อกำหนดประเด็นในการนำสู่การพัฒนาและปัจจัยนำเข้าที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วย

ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2562) ดังนี้

1. การประชุมระดมสมองผู้บริหารการพยาบาล 10 คน เพื่อศึกษาความต้องการพัฒนาระบบบริการพยาบาลและวิเคราะห์ส่วนขาดตามกรอบระบบบริการสุขภาพ The Six Building Blocks ประกอบด้วย ระบบบริการ อัตราากำลังคน ระบบการเงิน ระบบสารสนเทศ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ยาและเทคโนโลยี โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อนำสู่การพัฒนาบริการพยาบาลที่พึงประสงค์

2. การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล 7 คน โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ สถานการณ์ การปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ ประเด็นที่ต้องการพัฒนา ผลลัพธ์การพัฒนาที่คาดหวัง ความต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาล

3. ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร หลักการแนวคิด ทฤษฎี ประกอบด้วย ทฤษฎีระบบ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ แนวคิดการจัดระบบบริการพยาบาลสาขาโรคหัวใจ ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก การจัดการรายกรณี และสมรรถนะพยาบาล

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1

ผลการวิเคราะห์ พบประเด็นที่นำมากำหนดเป็นปัจจัยนำเข้าสู่การพัฒนาบริการพยาบาลที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ด้านนโยบายการพยาบาลและโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการพยาบาล 2) ด้านการจัดบริการพยาบาล 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีระบบ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ทฤษฎีทางการพยาบาลการบรรลุเป้าหมายของคิงและแนวคิดการจัดการรายกรณี และ 4) การกำหนดทีมทางการพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ธันวาคม 2562-มีนาคม 2563) โดยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 สู่การพัฒนาบริการพยาบาล ดังนี้

1) คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ร่วมกันกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ

บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และกำหนดแผนการพัฒนา
ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
ตามผลการวิเคราะห์ส่วนขาด และความต้องการการพัฒนาตาม
ประเด็น The Six Building Blocks ประกอบด้วย 3 แผนงานหลัก
ได้แก่

1.1) แผนการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำ
ทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมในระยะก่อนผ่าตัด
ระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้รูปแบบการจัดการ
รายการ

1.2) แผนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมในระยะ
ก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด

1.3) แผนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้าน
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2) การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยง
หลอดเลือดหัวใจ ดำเนินการ ดังนี้

2.1) แต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการรายการ (nurse
case manager) และพยาบาลผู้ประสานการดูแลในหน่วยงาน
(nurse coordinator) โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ในการดูแล
ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.2) ออกแบบการให้บริการพยาบาล (service
delivery) โดยนำผลการวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับ
ผลการทบทวนวรรณกรรม ออกแบบ “การให้บริการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้รูปแบบ
การจัดการรายการ” ให้สอดคล้องกับเส้นทางการเข้ารับบริการ
ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การจัดบริการพยาบาลก่อนการ
ผ่าตัด ณ ห้องตรวจศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โดยพยาบาล
ผู้จัดการรายการและการใช้รูปแบบห้องเรียนรู้เพื่อเตรียม
ความพร้อมก่อนการผ่าตัด และระบบบริการพยาบาล
ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกโดยมีพยาบาลวิชาชีพ
ประจำหอผู้ป่วยทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับพยาบาล
ผู้จัดการรายการ และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดหัวใจ
ในการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าห้องผ่าตัด 2) การจัด
บริการพยาบาลระหว่างการผ่าตัด ตั้งแต่ผู้ป่วยรอผ่าตัดที่ห้อง
พักรอ ระหว่างการผ่าตัด และระยะพักฟื้น และ 3) การจัดบริการ
พยาบาลหลังผ่าตัด เป็นการให้บริการผู้ป่วยในระยะวิกฤตหลัง
ผ่าตัดในระยะวิกฤต 24-72 ชั่วโมงแรกและระยะหลังผ่าตัด
72 ชั่วโมง และการวางแผนจำหน่าย

3) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทาง

เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์
และประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ประกอบ
ด้วย 3 ระยะ ดังนี้

3.1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ
(pre-operative nursing) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุ
เป้าหมายของคิง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด
ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

3.1.1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด
ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายการและ
พยาบาลประจำห้องผ่าตัดหัวใจร่วมในการให้ข้อมูลและ
เตรียมความพร้อม ในรูปแบบห้องเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) การ
สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและการแลกเปลี่ยนการรับรู้
ระหว่างกันเพื่อการตัดสินใจผ่าตัด (2) การกำหนดเป้าหมาย
ร่วมกันและค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่เป้าหมายรายบุคคล
(3) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด โดยการชม
วิดีโอและ พยาบาลผู้จัดการรายการร่วมกับพยาบาลประจำ
ห้องผ่าตัดให้ข้อมูลการเตรียมตัวผ่าตัด ได้แก่ ความพร้อมด้าน
ทันตกรรม การเตรียมเลือดสำรองสำหรับการผ่าตัด การงดยา
ละลายลิ่มเลือด การงดการสูบบุหรี่ การฝึกทักษะบริหารปอด
การขอคำปรึกษาระหว่างการรอผ่าตัด การเยี่ยมชมห้องผ่าตัด
และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก พร้อมเปิดโอกาส
ให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยที่ผ่านการ
ผ่าตัดมาแล้ว (4) การติดตามผู้ป่วยที่บ้านระหว่างการรอผ่าตัด
(tele nursing) และ (5) การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง
การเตรียมตัวผ่าตัด ประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายและ
ติดตาม 1 เดือน พร้อมนัดให้มานอนโรงพยาบาล

3.1.2) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด
ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โดยพยาบาลผู้จัดการ
รายการ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ
เจ้าของไข้ เตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยการเยี่ยมก่อนการผ่าตัด
(2) กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติภายหลัง
การผ่าตัด (3) การให้คำแนะนำผู้ป่วยเฉพาะราย การใช้สื่อ
วิดีโอและ (4) ประเมินด้านความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัด

3.2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด (intra-
operative nursing) ประยุกต์มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย
ผ่าตัด มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะ
แทรกซ้อน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) การพยาบาลขณะ
รอผ่าตัดที่ห้องก่อนผ่าตัดและระหว่างการผ่าตัดและ (2) การ

พยาบาลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดมาที่หอผู้ป่วย
วิกฤต และการดูแลระหว่างการเคลื่อนย้าย

3.3) การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด
(post-operative nursing) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

(1) การพยาบาลในระยะวิกฤต 24-72
ชั่วโมงแรก ประยุกต์ใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ
อย่างเฉียบพลัน ได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต
ระบบหายใจ ระบบเลือดและการทำงานของไต และการจัดการ
เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
การเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
และการติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์หรือการสอดใส่สายสวน
เข้าสู่ร่างกาย และ (2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง
ในระยะฟื้นฟูและการวางแผนจำหน่าย

4) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วย
ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดสมรรถนะ
พยาบาลที่จำเป็น แนวทางการพัฒนาและจัดทำแบบประเมิน
สมรรถนะ โดยการประยุกต์ตามกรอบของสมาคมพยาบาล
โรคหัวใจและทรวงอก⁷ ร่วมกับสมาคมพยาบาลโรคหัวใจประเทศ
แคนาดา ประกอบด้วย สมรรถนะ 8 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูล
ผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัดและขณะรอผ่าตัด การพยาบาล
ผู้ป่วยระยะผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต
การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะฟื้นฟู การแปลผลคลื่นไฟฟ้า
หัวใจ การบริหารยาเสี่ยงสูงและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ระบบบริการพยาบาล
(เมษายน 2563)

1) นำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปทดลอง
ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจชนิดวางแผน
ไว้ล่วงหน้า (elective case) ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่ม
ตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสม
และความเป็นไปได้

2) ประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของระบบ
บริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยผู้บริหารการพยาบาลและ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 36 คน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับ
มากที่สุด และมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ดังนี้ 1) ด้านการ
จัดการรายกรณี เสนอให้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบโดยตรง
โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย หรือประจำหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาบทบาทเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
โดยมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีควบคู่ไป

ด้วย 2) ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาล ควรเพิ่มในส่วนของผู้มี
การดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัด และ 3) ด้าน
สมรรถนะพยาบาล มีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหา วิธีการ
พัฒนาสมรรถนะ และระยะเวลาในการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบใหม่ (เมษายน 2563)
เป็นการนำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงระบบบริการ และเสนอ
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำ

ขั้นตอนที่ 5 นำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไป
ใช้ในสถานการณ์จริง (พฤษภาคม 2563-กันยายน 2564)

1) ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการ
พยาบาลที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้ระบบบริการ
เพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติ

2) เตรียมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยการจัด
อบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 รุ่น ระยะเวลาอบรม 7 วัน
ประกอบด้วย การบรรยาย 2 วัน การทำ work shop และ
ฝึกปฏิบัติหน้างาน 5 วัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพจากเครือข่าย
ความร่วมมือทางการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี เป็นพี่เลี้ยงใน
การฝึกทักษะหน้างาน

3) นำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้จริง
ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม
33 คน และกลุ่มทดลอง 33 คน

4) ประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย ด้านผู้ให้บริการ
ได้แก่ สมรรถนะ และความพึงพอใจต่อระบบบริการ และผู้รับ
บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม
ผู้ป่วยทรุดลงโดยไม่ได้คาดหมาย การติดเชื้อแผลผ่าตัด ผู้ป่วย
เสียชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ
บริการพยาบาล และการเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้แจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้
การพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติ Wilcoxon
Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ด้านทักษะ
การพยาบาล วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
3. ข้อมูลความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล
วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ
4. ข้อมูลผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาล เปรียบก่อน

และหลังการพัฒนากระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ SWDCPH 2019 - 011 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงอย่างละเอียดแก่กลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้และสามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ด้านระบบบริการพยาบาล

ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสกลนครที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

ด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัดโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ระยะผ่าตัดประยุกต์แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดประยุกต์แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และ 3) สมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยสมรรถนะ 8 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะฟื้นตัว การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟู การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การบริหารยาเสี่ยงสูง และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาล

2.1 ด้านผู้รับบริการ ประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการ (n = 66)

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Chi square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
■ ผู้ป่วยเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	10	15.2	3	4.5	4.694a	.030*
■ ผู้ป่วยหลุดลงโดยไม่ได้คาดหวัง	14	21.2	3	4.5	9.587a	.002*
■ การติดเชื้อแผลผ่าตัด	5	7.6	0	0	5.410a	.020*
■ ผู้ป่วยเสียชีวิต	11	16.7	3	4.5	5.802a	.016*
■ การกลับมารักษาค่าในโรงพยาบาลใน 28 วัน	3	4.5	0	0	3.143a	.076

*Chi square test, ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยหลุดลงโดยไม่ได้คาดหวัง การติดเชื้อแผลผ่าตัด และผู้ป่วยเสียชีวิตลดลงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการกลับมารักษาค่าในโรงพยาบาลใน 28 วันพบว่าไม่แตกต่างกับก่อนการพัฒนา

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

2.2.1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านความรู้ (n = 36)

ความรู้ด้านการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	จำนวนข้อ	คะแนน (Median)		P-value*
		ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
■ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัด	5	3	4	0.000*
■ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติขณะรอผ่าตัด	5	3	5	0.034*
■ การพยาบาลระยะผ่าตัด	10	7	9	0.039*
■ การพยาบาลหลังผ่าตัดระยะวิกฤต	20	12	18	0.001*
■ การพยาบาลหลังผ่าตัดระยะฟื้นฟู	10	6	9	0.000*
■ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	10	6	9	0.000*
■ การบริหารยาเสี่ยงสูง	15	9	14	0.000*
■ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	15	9	14	0.000*

*Wilcoxon Signed Ranks test ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้ง 8 ด้านสูงกว่าก่อนพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.2.2 สมรรถนะด้านทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีทักษะผ่านตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 ทุกด้าน โดยพบว่ามีทักษะในด้านการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและทักษะการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ สูงที่สุด ร้อยละ 92 รองลงมาคือการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ร้อยละ 90.54

2.2.3 ความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.68$, $SD = 0.47$) โดยมีความพึงพอใจในด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.21$) รองลงมาคือด้านการจัดการรายกรณี ($\bar{X} = 4.43$, $SD = 0.32$)

การอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ได้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่พึงประสงค์ตามบริบทโรงพยาบาลสกลนคร มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดการบริการผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และมาตรฐาน

การพยาบาลผู้ป่วยหนัก และ 3) สมรรถนะพยาบาลเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 8 ด้าน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีทั้งในด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ด้านระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่พึงประสงค์ สามารถอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ 1) เป็นการจัดการบริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ เนื่องจากเป็นระบบการพยาบาลที่ไม่แยกส่วน เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรงและประสานการดูแลทุกระยะ 2) มีแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์และประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การประยุกต์ทฤษฎีบรรลุเป้าหมายของคิงในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประยุกต์แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในระหว่างผ่าตัด และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยหนักระยะวิกฤตหลังผ่าตัด และ 3) ด้านสมรรถนะพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผ่านตามเกณฑ์ เป็นผลมาจากการกำหนดสมรรถนะพยาบาลเฉพาะสาขาที่เป็นเฉพาะโรคชัดเจน ผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนมีการส่งเสริมให้พยาบาลผ่านการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะ ซึ่งเป็นการอบรมทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ และได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ

จากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงมาเป็นพี่เลี้ยง นอกจากนี้แล้ว การวิจัยนี้ใช้หลักการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการปรับปรุงจนเกิดเป็นรูปแบบที่เหมาะสม สามารถใช้ได้จริง และนำไปสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอื่นๆ ได้ ระบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นการบริการพยาบาลแบบแยกส่วน และยังไม่พบงานวิจัยใดที่พัฒนารูปแบบครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ

2. ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาล พบว่า ภายหลังการนำระบบบริการพยาบาลไปใช้ ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เป็นผลมาจาก 1) ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมการพยาบาลในทุกระยะ ระบบบริการพยาบาลมีความเชื่อมโยงกันทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกห้องผ่าตัด และแผนกผู้ป่วยใน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และระบบบริการพยาบาลนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี การจัดการรายกรณีนั้นเป็นการให้บริการที่มีความผสมผสานกัน ระหว่างการให้บริการทางคลินิก การประสานบริการ การจัดการทรัพยากรและการเจรจาต่อรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นครบถ้วน¹² ทำให้ลดการทำงานแบบแยกส่วน และช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงในการพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการฝึกทักษะในการหายใจ การไอ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน เฝ้าระวัง คาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และวางแผนในการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม 3) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะตามเกณฑ์เป็นผลมาจากมีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะด้านที่ชัดเจน กำหนดหัวข้อในการพัฒนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภาคทฤษฎี และฝึกทักษะกับพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีความรู้และทักษะขั้นสูง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรสนับสนุนให้มีการขยายผลระบบบริการพยาบาล โดยนำ The Six Building Blocks of Health System มาวิเคราะห์เพื่อนำสู่ประเด็นการพัฒนาตามส่วนขาด ให้มีความเหมาะสมตามบริบทขององค์กร และมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาจัดบริการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หรือโรคอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงสูง และยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ตลอดจนการสนับสนุน

ด้านนโยบายการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะด้านในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีความต้องการการพยาบาลเฉพาะ

2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้มีการนำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่องในการผ่าตัดหัวใจชนิดอื่น และขยายผลการใช้ไปยังโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการนำระบบบริการไปใช้ ประกอบด้วย การเตรียมสมรรถนะพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องด้านการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะต่อเนื่องถึงชุมชน และการวางแผนจำหน่าย โดยอาจใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา

References

1. Cardiac center Sakon Nakhon Hospital. Annual Heart Data Report. Sakon Nakhon: Cardiac center Sakon Nakhon Hospital. 2018. (in Thai)
2. Durongritthichai W, et al. The Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Coronary Artery Bypass Grafting: Research Synthesis for Application. Journal of Huachiew Academic University. 2016; 20(36): 143-156. (in Thai)
3. Wasee P., Duangnakhorn M., Akarawanasakun B., Fukfon K. The Development of Case Management System for Patients Undergoing an Open Heart Surgery Chiangrai Prachanukroh Hospital., Nursing public and health education journal. 2518; 19(1): 27-38. (in Thai)
4. King IM. A Theory for Nursing: System, Concepts, Process. New York: Wiley Century - Crofts. 1981.

5. Nursing Division, Ministry of Public Health, Nursing standards in hospitals (updated the 2). Nursing standards for surgical patients. Nonthaburi: Office of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health 2008.
6. Nursing Division, Ministry of Public Health, Nursing standards in hospitals (updated the 2). Nursing standards for critical patients. Nonthaburi: Office of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. 2008.
7. Saenprasarn P, Watradul D, Srilum B. Nursing Safety: CVT Nurse Competency. Bangkok: Association of Cardiovascular and Thoracic Nurses (Thailand). 2017. (in Thai)
8. Powell, S. K. Case management: A practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.
9. Bertalanffy, L. V. General system theory: Foundations, development, applications. G. Braziller. 1968.
10. World Health Organization. Monitoring The Building Block of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: The WHO Document Production Services. 2010.
11. Stufflebeam, Daniel L.; and Shinkfield, Anthony J. Evaluation Theory, Models, & Application, San Francisco: John Wilwy. 2007.
12. Chaiyarit A. Case Management Program on Levels of Fasting Plasma Glucose among Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2) : 213-221. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์

Factors Related to Electric Smoking among Male Vocational Students in Buriram Province

กิตติพงษ์ เรือนเพชร¹ พรนภา หอมสินธุ์^{*2} ยุวดี ลีลัคณาวิระ²

Kitipong Ruanphet¹ Pornnapa Homsin^{*2} Yuwadee Leelukkanaveera²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

¹Buriram Faculty of Nursing, Western University, Buriram, Thailand 31000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20130

²Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand 20130

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยกว่าบุหรี่ยธรรมดา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 338 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสูบบุหรี่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน และความเครียด ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา และ KR 20 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Binary Logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า เท่ากับร้อยละ 59.8 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ 15.6 ปี (SD =1.56) โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับโรงเรียน (AOR = 2.17, 95% CI = 1.257-3.768) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ (AOR = 2.92, 95% CI = 1.7102 -5.007) การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน (AOR = 2.49, 95%CI = 1.411-4.423) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน (AOR = 2.69, 95% CI = 1.546-4.698) และการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า (AOR = 1.74, 95% CI = 1.011-3.085) ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพ ครูและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นชายไทยต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย, การสูบบุหรี่ไฟฟ้า, วัยรุ่น

Abstract

The number of electronic cigarette smoking among adolescents is increasing continuously because of the belief that e-cigarettes are safer than regular cigarettes. The purposes of this research were to study the experience of electronic cigarette smoking and to examine the factors related to electronic cigarette smoking among male vocational students. The sample were 338 vocational certificate students in Buriram province.

Data were collected with self-administered questionnaires including demographic data, smoking, attitude towards e-cigarette smoking, smoking law perception, school relationship and stress. Cronbach Alpha and KR 20 were used to test the reliability of those questionnaires. Descriptive statistic and binary logistic regression were used for data analysis..

The results of the research were as follows study demonstrated that 59.8 % experience of electronic cigarette smoking . The mean age of e-cigarette smoking initiation was 15.6 years (SD =1.56). The factors significantly associated with e-cigarette smoking were school relationship (AOR = 2.17, 95% CI = 1.257-3.768), peer-persuasion to smoke (AOR = 2.92, 95% CI = 1.7102 -5.007), peer cigarette smoking (AOR = 2.49, 95% CI = 1.411-4.423), peer e-cigarette smoking (AOR = 2.69, 95% CI = 1.546-4.698), and e-cigarette accessibility (AOR = 1.74, 95% CI = 1.011-3.085).The results of this study will be beneficial to health personal, teachers, and people involved to develop an effective program to prevent Thai male adolescents from e-cigarette smoking.

Keywords: Factors, Electronic cigarettes smoking, Adolescents

บทนำ

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากผู้ใช้ส่วนใหญ่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัย และเชื่อว่าสามารถใช้บุหรี่ไฟฟ้าในการช่วยเลิกบุหรี่ธรรมดาได้ จากการสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่และเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย พบว่าผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพศชายมีแนวโน้มที่จะใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศหญิง และเด็กวัยรุ่นหรือวัยเริ่มทำงานมีแนวโน้มที่จะใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่¹ และการสำรวจพฤติกรรมบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพฯ จำนวน 945 ราย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายถึงร้อยละ 30.2 สูบบุหรี่ไฟฟ้า² จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่มวนทั่วไป ทั้ง ๆ ที่การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีความผิดทางกฎหมาย

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ที่ได้รับการนิยมน้อยอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และได้รับความนิยมไปทั่วโลกเพราะเข้าถึงได้ง่ายเนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีจำหน่ายบนโลกออนไลน์ การออกแบบรูปปลั๊กชัน สี และกลิ่น เป็นสิ่งดึงดูดวัยรุ่นให้มึนงงที่ติดต่อนินค้า^{3,4} บุหรี่ไฟฟ้ามีลักษณะคล้ายกับยาสูบ แต่ไม่มีการเผาไหม้เหมือนบุหรี่ทั่วไปทำให้บุหรี่ไฟฟ้าไม่มีส่วนประกอบของน้ำมันดินหรือทาร์และคาร์บอนไดออกไซด์ ผู้ที่สูบบุหรี่จึงคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป ทั้งที่การใช้ บุหรี่ไฟฟ้ามีสารพิษไม่ต่างจากบุหรี่ทั่วไปซึ่งบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์เทียบเท่ากับบุหรี่ทั่วไป และบุหรี่ไฟฟ้ามีนิโคตินเหลว

ซึ่งมีความเข้มข้นมากกว่านิโคตินในบุหรี่มวนปกติถึง 5-9 เท่า⁵ อย่างไรก็ตามบุหรี่ไฟฟ้ายังไม่มี การควบคุมคุณภาพหรือมาตรฐานในการผลิตจึงทำให้ผู้บริโภคอาจได้รับสารนิโคติน ที่มากเกินไปจนส่งผลเสียต่อสุขภาพ เสพเข้าสู่ร่างกายจึงส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นเมืองเศรษฐกิจใหม่ที่มีเจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม คมนาคม การท่องเที่ยว จากการศึกษาสำรวจโดยการสำรวจสถานการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1-3 ของสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2562 พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากับ ร้อยละ 28.0

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศไทยมีการศึกษาบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงสำรวจหาอุบัติการณ์ การสำรวจทัศนคติ การใช้บุหรี่ไฟฟ้าและการศึกษาเชิงคุณภาพเท่านั้น ไม่พบว่ามี การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนอาชีวศึกษาชาย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological systems theory) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีความเชื่อมโยงกันหลายระดับ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นจึงมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา

คำถามการวิจัย

1. การมีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษาที่จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นเท่าไร
2. ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษาที่จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological systems theory) เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยที่เชื่อว่าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเชื่อมโยงกันหลายระดับตั้งแต่ ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน จนถึงโครงสร้างทางสังคมที่ใหญ่ขึ้น⁶ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าจึงมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลประกอบด้วย อายุ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด และปัจจัยภายนอก ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมหลายระดับทั้งระบบเล็ก (Microsystemic) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน การสูบบุหรี่มวนของผู้ปกครอง การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ปกครอง ระบบกลาง (Mesosystem) ได้แก่ รายได้ และระบบใหญ่ (Macrosystemic) ได้แก่ การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจ ที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ นักเรียนชายอายุไม่เกิน 19 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยสังกัดคณะกรรมการการอาชีวศึกษาของรัฐบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ปีการศึกษา 2563 จำนวนทั้งหมด 8 แห่ง จำนวน 6,640 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนชายอายุไม่เกิน 19 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1-3

วิทยาลัยสังกัดคณะกรรมการการอาชีวศึกษาของรัฐบาล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 308 คน จากการคำนวณโดยสูตรที่ใช้สำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของ Parel⁷ และเนื่องจากในการเก็บข้อมูลอาจมีการสูญหาย หรือไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 108 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ 338 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดย 1) สุ่มเลือกวิทยาลัย 4 แห่งจาก 8 แห่ง 2) สุ่มเลือกอย่างง่ายชั้นปีในแต่ละวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 3) สุ่มห้องเรียนด้วยการสุ่มอย่างง่ายที่ละห้องเรียน นักเรียนทั้งหมดถือเป็นกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ ได้ทำการสุ่มห้องเรียนเพิ่มอีกที่ละ 1 ห้อง และสุ่มนักเรียนจนได้จำนวนเท่าที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อคำถามที่สอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชายอาชีวศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น

2. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีจำนวน 7 ข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

- 1) การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวนเป็นประจำของเพื่อนสนิทจำนวน 1 ข้อ แบบมี 2 คำตอบให้เลือก คือ สูบและไม่สูบ

- 2) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อนสนิทจำนวน 1 ข้อ แบบมี 2 คำตอบให้เลือก คือ สูบ และไม่สูบ

- 3) การสูบบุหรี่มวนของผู้ปกครอง เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำของผู้ปกครองที่นักเรียนชายอาชีวศึกษาอาศัยอยู่ด้วยได้แก่ บิดาหรือมารดา หรือบุคคลที่เลี้ยงดู วัดโดยข้อ คำถาม จำนวน 1 ข้อ แบบมี 2 คำตอบให้เลือก คือ สูบ และไม่สูบ

- 4) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ปกครอง เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ปกครองที่นักเรียนชายอาชีวศึกษาอาศัยอยู่ด้วย ได้แก่ บิดา

มารดา หรือบุคคลที่เลี้ยงดู วัดโดยข้อ คำถาม จำนวน 1 ข้อ แบบมี 2 คำตอบให้เลือก คือ สูบ และไม่สูบ

5) เพื่อนชักชวนให้สูบ เป็นข้อคำถามถึงการเคยหรือไม่เคยมีประสบการณ์ถูกเพื่อนพุดชักชวน หรือโน้มน้าวให้สูบบุหรี่ วัดโดยข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ แบบมี 2 คำตอบให้เลือก คือ เคย และไม่เคย

6) การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามถึงความยากง่ายในการหาบุหรี่ไฟฟ้ามาสูบ วัดโดยข้อ คำถาม จำนวน 1 ข้อ แบบมี 4 คำตอบให้เลือก คือ ง่าย ค่อนข้างง่าย ค่อนข้างยาก ยาก

7) การสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามถึงการเคยหรือไม่เคยมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในชีวิต วัดโดยข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ แบบมี 2 คำตอบให้เลือก คือ เคยและไม่เคย

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ตามแนวคิดของ Webber⁹ ที่เชื่อว่าทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Dimensions) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ความรู้สึก (Affective) และการปฏิบัติ (Behavioral) จำนวน 20 ข้อคำถาม มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scales) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (คะแนน 20-48) และเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ (คะแนน 49-80)

4. แบบสอบถามการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามถึง ความเข้าใจตามสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับกฎหมายการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่าง ๆ ของประเทศไทย วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อคำถาม แบบมี 3 คำตอบให้เลือก คือ มี ไม่มี ไม่แน่ใจ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ รับรู้กฎหมายน้อย (คะแนน 0-4) และรับรู้กฎหมายมาก (คะแนน 5-10)

5. แบบสอบถามความสัมพันธ์กับโรงเรียน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความผูกพันระหว่างนักเรียนกับโรงเรียน วัดโดยใช้แบบสอบถามของ Homsin et al.¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วม และการยอมรับนับถือ จำนวน 12 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale)⁴ ตัวเลือกตั้งแต่ไม่จริงเลย จริงอยู่บ้าง จริงค่อนข้างมาก จริงทีเดียว แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ มีความสัมพันธ์น้อย (คะแนน 12-36) และมีความสัมพันธ์มาก (คะแนน 37-48)

6. แบบสอบถามความเครียด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ สมาธิลดลง หงุดหงิด เบื่อ และไม่อยากพบปะผู้คน ใน 1 เดือนที่ผ่านมา วัดโดยแบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต¹¹ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ มีความเครียดน้อย (คะแนน 0-7) และมีความเครียดมาก (คะแนน 8-15)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า ได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ และจากนั้นตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงโดยการนำแบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน ความเครียด และการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า ไปทดลองใช้กับนักเรียนชายอาชีวศึกษา ที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุดจำนวน 30 คน และคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และ KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88, 0.82, 0.79 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 062/2563 วันที่ 16 กันยายน 2563 และก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีไม่สะดวกใจเข้าร่วมสามารถปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบกับการเรียน และไม่สะดวกใจในการตอบคำถามข้อใดสามารถไม่ตอบหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมายในห้องเรียนโดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ด้วยการจัดที่นั่งให้มีระยะห่างอย่างน้อย 1.5-2 เมตรเพื่อการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ผู้วิจัยและนักเรียน

ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนสวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที โดยไม่มีคุณครูของโรงเรียนอยู่ในห้อง แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วจะถูกเก็บในซองกระดาษที่ปิดมิดชิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 65.7 อายุสูงสุด 19 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุเฉลี่ย 16.8 ปี ($SD = 0.90$) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99.7 นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 65.6 และมีรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองหรือจากการหารายได้ของตัวเองเพียงพอเหลือเก็บร้อยละ 65.7 รายได้สูงสุด 15,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้เฉลี่ย 3,553.9 บาท ($SD = 2,440.5$) เมื่อพิจารณาข้อมูลของบิดามารดาพบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.3 และบิดามารดาจบประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 45.3 และ 41.1 ตามลำดับ รองลงมาจบมัธยมศึกษาต้น ร้อยละ 27.2

และร้อยละ 28.1 ตามลำดับ บิดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 32.2 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.2 ขณะที่มารดาประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 32.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.8 มีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วในชีวิต โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงอายุ 16-19 ปี (ร้อยละ 55.5) อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำสุดคือ 8 ปี สูงสุดคือ 19 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากับ 15.6 ปี ($SD = 1.56$) สาเหตุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่คืออยากทดลองร้อยละ 74.8 โดยแหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้าได้มาจากการขอ/ขอยืมมาจากคนอื่นมากที่สุด ร้อยละ 54.0 รองลงมาซื้อจากอินเทอร์เน็ตร้อยละ 23.3 และคนอื่นให้ ร้อยละ 15.7 ตามลำดับ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วง 30 วันที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 54.9 รองลงมาสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 หรือ 2 วัน ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่หรือชวนของเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน และการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Crude และ Adjusted Odds Ratio ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 338)

ปัจจัยที่ศึกษา	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
อายุ				
วัยรุ่นตอนกลาง (14-17 ปี) (R)	1.00			
วัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี)	0.81	0.515-1.296	0.69	0.398-1.222
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ไม่เห็นด้วย (R)	1.00			
เห็นด้วย	2.24	1.440-3.509	1.52	0.897-2.600
ความเครียด				
เครียดน้อย (R)	1.00			
เครียดมาก	1.70	0.873-3.316	1.44	0.647-3.210
รายได้				
เพียงพอ (R)	1.00			
ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	1.82	1.134-2.926	1.34	0.765-2.379

ตารางที่ 1 ค่า Crude และ Adjusted Odds Ratio ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 338) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
ความสัมพันธ์กับโรงเรียน				
ความสัมพันธ์มาก (R)	1.00			
ความสัมพันธ์น้อย	2.29	1.471-3.575	2.17*	1.257-3.768
การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่				
ไม่มี (R)	1.00			
มี	4.62	2.892-7.399	2.92**	1.712-5.007
การสูบบุหรี่มีของเพื่อน				
ไม่มี (R)	1.00			
มี	3.42	2.150-5.440	2.49*	1.411-4.423
การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน				
ไม่มี (R)	1.00			
มี	4.14	2.609-6.568	2.69**	1.546-4.698
การสูบบุหรี่มีของผู้ปกครอง				
ไม่มี (R)	1.00			
มี	1.35	0.859-2.133	1.07	0.618-1.884
การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ปกครอง				
ไม่มี (R)	1.00			
มี	1.75	0.751-4.116	1.00	0.373-2.700
การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า				
เข้าถึงได้ยาก (R)	1.00			
เข้าถึงได้ง่าย	2.54	1.593-4.049	1.74*	1.011-3.085
การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า				
มาก (R)	1.00			
น้อย	0.58	0.369-0.911	0.71	0.414-1.221

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับโรงเรียนน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากเป็น 2.17 เท่า (AOR = 2.17, 95% CI = 1.257-3.768) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับโรงเรียนมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากเป็น 2.92 เท่า (AOR = 2.92, 95% CI = 1.7102 -5.007) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีมีโอกาสูบบุหรี่ไฟฟ้า มากเป็น 2.49 เท่า (AOR = 2.49, 95% CI = 1.411-4.423) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่มี เช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากเป็น 2.69 เท่า (AOR =

2.69, 95% CI = 1.546-4.698) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากเป็น 1.74 เท่า (AOR = 1.74, 95% CI = 1.011-3.085) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ยาก

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนชายอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1-3 จังหวัดบุรีรัมย์ มีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากับ ร้อยละ 59.8 ซึ่งสูงกว่า การศึกษาที่ผ่านมา ที่ทำการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษา

ตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมาณ และในส่วนภูมิภาค พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 30.2² ทั้งนี้เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มนักเรียนชายอาชีวศึกษา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา ที่ทำการศึกษานักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย ซึ่งมีธรรมชาติและบริบทแตกต่างกัน โดยโรงเรียน สายสามัญศึกษามีระบบการเรียนการสอนที่เข้มงวด เคร่งครัด มีการดูแลควบคุมที่ใกล้ชิดมากกว่า ส่วนเด็กอาชีวศึกษา ที่มีความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตมากกว่าและบางคนไม่ได้ อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองแต่ออกมาอยู่หอพักกับเพื่อนจึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้มากกว่าเด็กสายสามัญศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ ที่พบว่านักเรียนอาชีวศึกษามีความชุกของการสูบบุหรี่มากกว่า นักเรียนมัธยมศึกษา¹²

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งสี่ ทั้งสิ่งแวดล้อมในระดับ ระบบเล็ก (Microsystemic) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การถูกเพื่อน ชักชวนให้สูบ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของเพื่อน และระบบใหญ่(Macrosystemic) ได้แก่ การเข้าถึง บุหรี่ไฟฟ้า สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น สามารถอธิบายในรายละเอียด ได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์กับโรงเรียน ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึก ผูกพันที่วัยรุ่นมีต่อโรงเรียนซึ่งเกิดจากความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน ความภาคภูมิใจในโรงเรียน ความสัมพันธ์ที่ดีกับ ครูและเพื่อนเป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงได้¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในหมู่วัยรุ่นในเกาหลี ที่พบว่า นักเรียนของเกาหลีที่ไม่พอใจกับชีวิตในโรงเรียนมีโอกาส สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่านักเรียนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับโรงเรียน ประมาณ 3 เท่า¹⁴ และการศึกษาในเด็กและวัยรุ่น ประเทศ ได้หวันที่พบว่าความผูกพันของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้หวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

2. การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ ทั้งนี้เนื่องจากการถูก ชักชวน อาจเป็นการกระทำให้ไปสนองความต้องการของกลุ่มโดยเฉพาะในวัยรุ่น เพราะวัยรุ่นต้องการการรวมกลุ่ม และการเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม¹⁶ และเมื่อเพื่อนชักชวนให้ สูบบุหรี่เพื่อเป็นการให้เข้าร่วมกลุ่ม วัยรุ่นจึงทดลองสูบบุหรี่โดย ขาดความยั้งคิด แต่ทำไปตามอารมณ์ และแรงกดดันจากเพื่อน¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในหมู่วัยรุ่นในเกาหลี ที่พบว่านักเรียนที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า

มากเป็น 3.9 เท่าของนักเรียนที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ¹⁴

3. การสูบบุหรี่ของเพื่อนและการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน ชอบรวมตัวเป็นกลุ่ม มีการช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ต่อกันเมื่ออยู่ในกลุ่ม มีลักษณะนิสัยหรือ ความรู้สึกนึกคิดที่คล้ายกัน จะทำให้มีการปฏิบัติที่คล้ายตามกัน เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของเพื่อนในกลุ่ม¹⁸ วัยรุ่นที่มีเพื่อนสูบบุหรี่จึง มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าตามอย่างเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษา การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น ที่พบว่าการมีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ^{19,20,21}

4. การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากสภาพสังคม ปัจจุบัน วัยรุ่นปัจจุบันเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย โดยสามารถหาซื้อ ได้จากบนโลกออนไลน์^{3,4} ทำให้มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ในสื่อสังคม เครือข่าย ที่พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ หาซื้อ ได้ง่าย และมีจำหน่ายมากที่สุดในโลกออนไลน์² เช่นเดียวกับการ ศึกษาในบุหรี่มวนที่พบว่า การเข้าถึงบุหรี่มีความสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ในระยะแรกของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอน ปลาย จังหวัดกาฬสินธุ์²²

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทํางานวิจัย

1. คุณครูประจำชั้นควรดูแลเอาใจใส่นักเรียนอย่าง ใกล้ชิด เพื่อให้นักเรียนเกิดความไว้วางใจและกล้าปรึกษา ปัญหาต่าง ๆ โรงเรียนควรมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริม ให้นักเรียนเกิดความผูกพันกับโรงเรียนมากขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรควรมีการให้ความรู้ และสร้างเสริมทักษะการปฏิเสธให้วัยรุ่น เพื่อสามารถต่อรอง และหลีกเลี่ยงจากการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และควรมีการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า หรือบุหรี่มวนให้เลิกสูบ เพื่อให้สังคมเป็นสังคมปลอดบุหรี่ และควรร่วมกันหาแนวทางแก้ไขอย่างจริงจัง และมีนโยบาย เพื่อป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยเชิงป้องกัน (Protective factor) เพื่อทำให้เข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างครอบคลุม

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่

ไฟฟ้าในวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ เช่น ในกลุ่มของนักเรียนหญิง วัยรุ่นนอกระบบการศึกษา เป็นต้น ซึ่งอาจจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน และเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวาง (Cross sectional study) จึงควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเชิงเหตุผลได้มากขึ้น

3. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่เน้นการเสริมสร้างทักษะภายในตน และสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่จะก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับโรงเรียน และลดการเข้าถึงแหล่งบุหรี่ไฟฟ้า

References

1. Bureau of Tobacco Control. Fact sheet: Tobacco Consumption Survey Project in Youth of Thailand 2015 . Bangkok: Scenage Group Printing House; 2016. (in Thai)
2. Loysamut, S. New forms of tobacco products in social media, networks and law enforcement effects New types of tobacco products. Journal of Health and Public Health Law. 2019; 5(1): 13-29. (in Thai)
3. Grana, R. A. Electronic cigarettes: a new nicotine gateway. Journal of Adolescent Health. 2013; 52(2): 135-136.
4. Pepper, J. K., Reiter, P. L., McRee, A.-L., Cameron, L. D., Gilkey, M. B., & Brewer, N. T. Adolescent males' awareness of and willingness to try electronic cigarettes. Journal of Adolescent Health. 2013; 52(2): 144-150.
5. Charoenjitkul, C., Prasertsong, C. E-cigarette: Silent Dangers to youth. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 149-154. (in Thai)
6. Bronfenbrenner, U. Ecological models of human development. International Encyclopedia of Education. 1994;3: 37-43.
7. Parel, C. P. Sampling Design and Procedures. Paper for the Research Training Program of the Philippine Social Science Council. Quezon city: MC Graw-Hill Book; 1973.
8. Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: Printed and bound by Courier International Ltd, Tiptree, Colchester; 1990.
9. Homsin, P., Srisuphan, W., Pohl, J. M., Tiansawad, S., & Patumanond, J. Predictors of Early Stages of Smoking Uptake among Thai Male Adolescents. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2009; 13(1): 28-42. (in Thai)
10. Homsin, P., Srisuphan, W., Pohl, J. M., & Tiansawad, S. The Development of the Smoking Attitude for Thai Adolescent. Journal of Nursing Research, 2006; 10(2): 113-119. (in Thai)
11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the use of tools in mental health For health personnel In community hospital. Nonthaburi: Printing House Agricultural Cooperatives of Thailand Limited; 2015. (in Thai)
12. Boonwan, P., Ekaphalakorn, W., Ruanghiranya, S. Study of smoking prevalence among secondary and vocational students In Nakhon Pathom Province. Documentation for the academic conference to present research results at the graduate level 4th Sukhothai Thammathirat University; 26-27 November 2014; Nonthaburi (in Thai)
13. Homsin, P. Concepts and Theory to Practice: Prevention of Smoking and Alcohol in Adolescents. Chon Buri: Chonburi Printing; 2015. (in Thai)
14. Cho, J. H., Shin, E., & Moon, S. S. Electronic-cigarette smoking experience among adolescents. Journal of Adolescent Health. 2011; 49(5): 542-546.

15. Chang, H. Y., Wu, W. C., Wu, C. C., Cheng, J. Y., Hung, B. S., & Yen, L. L. The incidence of experimental smoking in school children: an 8-year follow-up of the child and adolescent behaviors in long-term evolution (CABLE) study. *BMC Public Health*. 2011; 11(1): 844.
16. Nakphet, K., Apaijirarat, C., Yaisuon, S. *Developmental Psychology for Nurses* (2nd edition). Bangkok: Supa Publishing House; 2005. (in Thai)
17. Thanyanakun, S. Teenagers and drugs. *Journal of Education Naresuan University*. 2010; 12(3): 167-173. (in Thai)
18. Bunyong, W. *Adolescent psychology*. Chachoengsao: Faculty of Education Rajabhat Rajabhat University Nakarin; 2006. (in Thai)
19. Vogel, E. A., Ramo, D. E., & Rubinstein, M. L. Prevalence and correlates of adolescents' e-cigarette use frequency and dependence. *Drug and alcohol dependence*. 2018; 188: 109-112.
20. Jeon, C., Jung, K. J., Kimm, H., Lee, S., Barrington-Trimis, J. L., McConnell, R., & Jee, S. H. E-cigarettes, conventional cigarettes, and dual use in Korean adolescents and university students: Prevalence and risk factors. *Drug and alcohol dependence*. 2016; 168: 99-103.
21. Fauzi, R. The prevalence of shisha and lelctronic cigarette smoking among high school students in jakata indonesia. [Master of Public]. Health Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
22. Wiangkamon, S., Homsin, P., Srisuriyawet, R. Life Assets and Factors Related to Early Smoking Stage among Male Upper Primary School Students, Kalasin Province. *Journal of Public Health Nursing*. 2017; 31(2): 89-108. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวี ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรี

Predictors of HPV Vaccine Intention Among Young Men Who Have Sex with Men in Chonburi Province

รัตติยากร มาลาธรรมรัตน์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์* ยูวดี ลีลัคณาวิระ

Rattiyakorn Malathummarat Rungrat Srisuriyawet* Yuwadee Leelukkanaveera

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20130

Burapha University, Chonburi, Thailand, 20130

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนชายรักชายจังหวัดชลบุรี ช่วงอายุระหว่าง 18-26 ปี มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับเพศชายด้วยกันในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จำนวน 308 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มเยาวชนชายรักชายจังหวัดชลบุรี มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 13.45, SD = 2.395) 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีนเอชพีวี (Beta = .402), การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีนเอชพีวี (Beta = .246) และการรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีนเอชพีวี (Beta = .161) สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีของกลุ่มเยาวชนชายรักชายจังหวัดชลบุรีได้ ร้อยละ 37.8 (Adjusted $R^2 = .378$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและวัคซีนเอชพีวี และทัศนคติต่อการฉีดวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน เอชพีวีของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรีได้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีและลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากทวารหนัก และโรคมะเร็งอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวี, เยาวชนชายรักชาย

Abstract

This research aimed at identifying significant predictors of human papillomavirus vaccination intention among young men who have sex with men (YMSM) in Chon Buri Province. The participants of 308 YMSM aged 18-26 years old in Chon Buri, who experienced anal sexual intercourse within lifetime. The e-questionnaires were used to collect the data. Descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis.

Corresponding Author: *E-mail: sroongrat12@gmail.com,

วันที่รับ (received) 24 ธ.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 เม.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2564

The results revealed that: 1) The mean score of intention to take HPV vaccine among YMSM in Chon Buri was at moderate (Mean = 13.45, SD = 2.395), 2) Self-efficacy to get HPV Vaccine (Beta = .402), normative beliefs of HPV vaccination (Beta = .246) and situational perceptions of HPV vaccination (Beta = .161) were significant predictors of intention to take HPV vaccine among YMSM. These significant predictive variables accounted for 37.8% of the total variance in intention to take HPV vaccine among YMSM in Chon Buri (Adjusted R² = .378, p < .01). However, number of sexual partners, knowledge of HPV and the HPV vaccine, and attitudes towards HPV vaccination could not significantly predict intention to take HPV vaccine (p > .05). The results suggest that it is useful guidance on promoting HPV vaccination intentions of YMSM in order to prevent HPV infection and reduce the incidence of rectal cancer and other malignant diseases caused by HPV infection.

Keywords: HPV Vaccine Intention, Young Men who have Sex with Men

บทนำ

เชื้อไวรัส Human Papilloma Virus [HPV] สามารถติดต่อกันผ่านทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted disease) และสามารถติดต่อกันได้ง่ายหลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นทางปาก ช่องคลอด ทางทวารหนัก หรือการสัมผัสเชื้อ โดยตรง พบในช่วงหนึ่งของชีวิตหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก ผู้ที่ติดเชื้อ HPV อาจจะไม่มีการแสดงและผู้ป่วยก็ไม่มีอาการ กล่าวคือ ติดเชื้อโดยไม่รู้ตัวว่าจะแสดงอาการนานเป็นปี การดำเนินของเชื้อ HPV สามารถหายเองภายใน 2 ปี พบร้อยละ 10 ที่กลายเป็นเซลล์มะเร็งในระยะเวลา 10 ปี นับจากที่ร่างกายมีการติดเชื้อ¹ เชื้อ HPV มีหลายสายพันธุ์ โดยสายพันธุ์ที่ก่อปัญหามากที่สุด คือ HPV 16 และรองลงมา คือ HPV 18 ที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรคมะเร็งบริเวณ Anogenital area ในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปากทวารหนัก มะเร็งอวัยวะเพศชาย และมะเร็งช่องปากและลำคอ² ในประเทศไทย พบว่า กลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อ HIV มีอัตราการติดเชื้อ HPV ที่บริเวณปากทวารหนักสูงถึงร้อยละ 84 พบมากที่สุดสายพันธุ์ 16 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง³ กลุ่มชายรักชาย จึงถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์โดยการสอดใส่ทางทวารหนักมีการติดเชื้อ HPV มากที่สุด โดยเฉพาะผู้ที่เป็ฝ่ายรับและการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องปากของชายรักชาย ยังเพิ่มอุบัติการณ์การติดเชื้อ HPV ที่เพิ่มมากขึ้น⁴ กลุ่มชายรักชายยังมีพฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้งหรือมีจำนวนคู่นอนหลายคน⁵ และไม่ป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ HPV สูงมากขึ้น เมื่อติดเชื้อแล้วไม่ตรวจยังทำให้เกิดการแพร่

กระจายของเชื้ออย่างรวดเร็ว⁶

การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ถือได้ว่าเป็นการป้องกันการติดเชื้อ HPV ในกลุ่มชายรักชายที่ดีที่สุด กล่าวคือ ป้องกันตั้งแต่ยังไม่รับเชื้อ โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV คือ การปฏิบัติตัวลดพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโดยการฉีดวัคซีน HPV หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้ดำเนินการนโยบายสร้างภูมิคุ้มกันฉีดวัคซีน HPV ในเด็กผู้หญิงก่อนมีประจำเดือน ซึ่งประสิทธิภาพของวัคซีนจะมีอิทธิพลต่อโรคติดเชื้อ HPV ที่เกี่ยวข้องในหมู่ผู้หญิง⁷ สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีนโยบายฉีดวัคซีน HPV ฟรี ให้เด็กผู้ชายหรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มชายรักชาย กลุ่มชายขายบริการทางเพศ ถ้าบุคคลเหล่านี้ต้องการรับวัคซีน HPV จะต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งต้องฉีด 3 เข็ม เข็มละ 2,000 บาท กลุ่มเยาวชนชายรักชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตั้งแต่อายุยังน้อย และมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเองโดยไม่ป้องกันเพราะความไว้วางใจคู่ของตนเอง⁸ การศึกษาพฤติกรรมการรับวัคซีนในกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัดความตั้งใจเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการกระทำพฤติกรรม⁹ ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV กลุ่มเยาวชนชายรักชายแทนพฤติกรรมจริง ฉะนั้น เพื่อเป็นการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งทวารหนัก มะเร็งในช่องปากและคอ และโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากเชื้อ HPV การฉีดวัคซีน HPV จะไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีการติดเชื้อ HPV แล้ว¹⁰ ปัจจุบันไม่มีข้อมูลการฉีดวัคซีนในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย มีเพียงข้อมูลการฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเสี่ยงชายรักชายที่มารับบริการสุขภาพ ทางเพศคลินิกนิรนาม พบว่า มีอัตราการฉีดที่ต่ำมาก

ประมาณ 5-10 รายต่อเดือน จากผู้รับบริการทั้งหมด 2,000 ราย ต่อเดือน¹¹ ยิ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเยาวชนชายรักชาย ทั่วไปก็มีแนวโน้มในการฉีดวัคซีนต่ำกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV กลุ่มชายรักชาย ได้แก่ ทศนคติต่อการฉีดวัคซีน HPV^{12,14} การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการฉีดวัคซีน HPV^{12,14} การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อการฉีดวัคซีน HPV^{12,14} และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV^{11,12} ปัจจัยการรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV¹¹ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ทางร่างกายและจิตใจ¹³ ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV¹¹ ปัจจัยค่าใช้จ่ายของการฉีดวัคซีน HPV¹⁵ และประวัติการเคยเป็นหูด¹² และการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มชายรักชายที่เป็นผู้ใหญ่มากกว่าการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชน¹⁶ โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV กลุ่มเยาวชนชายรักชายทั่วไปยังมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งกลุ่มเยาวชนชายรักชายทั่วไปจะมีความหลากหลาย ทั้งในด้านอาชีพ การศึกษา วิถีชีวิตที่แตกต่างกับกลุ่มชายรักชายที่เป็นนักศึกษา หรือกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการที่คลินิก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยที่ส่งเสริมความตั้งใจเข้ารับวัคซีน HPV ในกลุ่มนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรี โดยเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ง่ายต่อการเข้าถึงแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เฉพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่ม และมีความหลากหลายทั้งอาชีพ และระดับการศึกษา ด้วยเหตุผลที่กลุ่มเยาวชนมีความนึกคดียาก รือยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง ขาดการคิดอย่างรอบคอบ ขาดประสบการณ์ทักษะในการควบคุมสถานการณ์เสี่ยง ประกอบกับการดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ โซเชียลมีเดีย เว็บไซต์หาคู่และ แอปพลิเคชันต่าง ๆ ในมือถือในปัจจุบันยังเอื้อให้กลุ่มเยาวชน พบปะกันเพื่อมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราวชั่วคราวกันได้ง่ายขึ้น¹⁷ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรี เนื่องจากเป็น 1 ใน 12 จังหวัดที่กำหนดให้เป็น จังหวัด ที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ กลุ่มเยาวชนชายรักชาย ในจังหวัดชลบุรียังมีการเข้าถึงบริการ และการป้องกันการติดเชื้อ HIV น้อย¹⁸ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลชุมชน ผู้ที่มีบทบาท ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนตั้งแต่ระดับ ปฐมภูมิ จึงมีความสนใจ

และได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาความตั้งใจและปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV กลุ่มเยาวชนชายรักชายจังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองเชิงบูรณาการ (The integrative model)¹⁹ มาเป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากแนวคิดดังกล่าว ได้บูรณาการรวมองค์ประกอบของทฤษฎี 4 ทฤษฎี ประกอบด้วย ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The health belief model) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The theory of reasoned action) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The theory of planned behavior) ที่พัฒนาเพื่ออธิบายปัจจัยทำนายความตั้งใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมโดยตรง และครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ทั้งมีระดับบุคคล และสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ทศนคติต่อการฉีดวัคซีน HPV การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการฉีดวัคซีน HPV ที่ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรม ของบุคคล นอกจากปัจจัยที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้เพิ่มปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV มาร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และปัจจัยการรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมให้เยาวชนชายรักชายเกิดความตั้งใจเข้ารับบริการฉีดวัคซีน HPV เพื่อลดอัตราการป่วยและตายของโรคเริมเฮอร์เพกซ์และโรคเริมเฮอร์เพกซ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเชื้อ HPV ในอนาคต ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรี ได้แก่ ประสบการณ์มีกลุ่มอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน ความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV การรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV ทศนคติต่อการฉีดวัคซีน HPV การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV

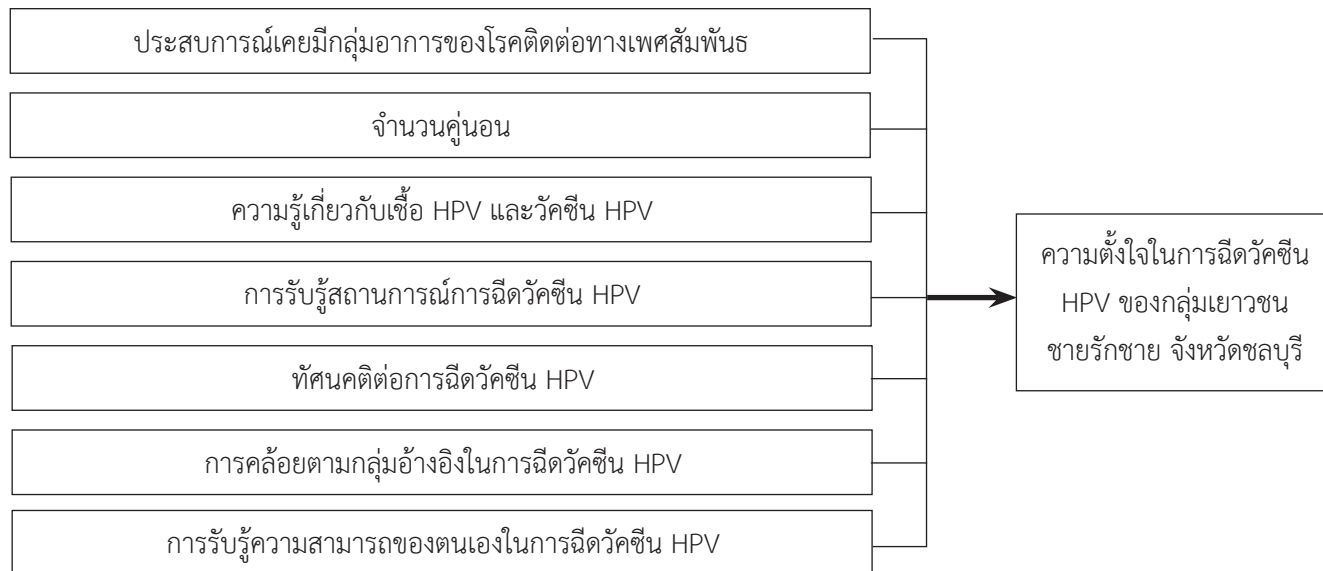
คำถามการวิจัย

1. ระดับความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชายจังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพมีกลุ่มอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน ความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV การรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV ทักษะติดต่อการฉีดวัคซีน HPV การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV และ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย จังหวัดชลบุรีหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบจำลองเชิงบูรณาการ (The integrative model)¹⁹ โดยแสดงกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เยาวชนชายรักชาย อายุระหว่าง 18-26 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนชายรักชายอายุระหว่าง 18-26 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี 6 เดือนขึ้นไป โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ด้วยข้อคำถามคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อคำถาม เกี่ยวกับ อายุ สัญชาติ รู้จักวัคซีน HPV ไม่เคยได้รับวัคซีน HPV มาก่อน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี 6 เดือนขึ้นไป เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก กับเพศชายด้วยกันในช่วงชีวิตที่ผ่านมาและยินดีเข้าร่วมโครงการ วิจัยในครั้งนี้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด

การกำหนดขนาดตัวอย่าง จากการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ²⁰ กำหนดอัตราส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อหนึ่งตัวแปรเท่ากับ 40:1 การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปร จำนวน 7 ตัวแปร ดังนั้น จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 280 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10²¹ เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบ

สอบถาม ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 308 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กระบวนการสุ่มแบบส่งต่อเป็นลูกโซ่ (Respondent Driven Sampling [RDS]) จำกัดจำนวนการส่งต่อสมาชิกได้คนละไม่เกิน 4 คน เพื่อป้องกันการกระจุกตัวในกลุ่มมากเกินไป โดยมีข้อกำหนดว่าเพื่อนต้องมีคุณสมบัติคล้ายตน ส่งต่อไปเรื่อยๆ จนครบจำนวนกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตามที่คุณวิจัยกำหนดไว้ จำนวน 308 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ แหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่าย ประสิทธิภาพเคยมีกลุ่มอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอนในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น ลักษณะเป็นแบบตัวเลือกคำตอบ จำนวน 13 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV ที่ผู้วิจัยดัดแปลง¹¹ จำนวน 10 ข้อคำถาม

ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ คือ ถ้าตอบถูก ให้คะแนน 1 ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้คะแนน 0 ค่าความเชื่อมั่น (KR-21) เท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สถานการณ์ในการฉีดวัคซีน HPV ที่ผู้วิจัยดัดแปลง¹¹ จำนวน 3 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัด (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ เป็นไปไม่ได้อย่างยิ่ง (1) ถึง เป็นไปได้อย่างยิ่ง (5) การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ในการฉีดวัคซีน HPV สูง ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการฉีดวัคซีน HPV ที่ผู้วิจัยดัดแปลง¹² จำนวน 4 ข้อคำถาม คำคุณศัพท์ 2 คำที่มีความหมายตรงกันข้ามกัน (ไม่จำเป็น-จำเป็น, ยุ่งยาก-สะดวก, สิ้นเปลือง-คุ้มค่า, เสียเวลา-รวดเร็ว) ระดับการวัดมี 9 ระดับ การแปลผล คะแนนมาก หมายความว่า เยาวชนชายรักชาย มีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้นต่อการฉีดวัคซีน HPV ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV ที่ผู้วิจัยดัดแปลง¹³ วัดโดยตรง มีลักษณะข้อคำถามที่ประกอบ ด้วย 2 ขั้ว (Bipolar) มาตรวัดแบ่ง เป็นระดับการวัดมี 5 ระดับ ไม่ยอมรับแน่นอน (1) ถึง ยอมรับมากที่สุด (5) การแปลผล คะแนนมาก เยาวชนชายรักชายมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV ที่ผู้วิจัยดัดแปลง¹¹ จำนวน 4 ข้อคำถาม มีลักษณะมาตรวัด (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย (1) ถึง มั่นใจอย่างยิ่ง (5) การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV ระดับ สูง มีโอกาสในการไปฉีด วัคซีน HPV สูง ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามวัดความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ที่ผู้วิจัยดัดแปลง¹⁴ จำนวน 4 ข้อคำถาม มีลักษณะมาตรวัด (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ไปแน่นอน (1) ถึง ไปแน่นอน (5) ระดับคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV มาก มีความตั้งใจสูง โดยใช้เกณฑ์ ตั้งใจมาก (คะแนน 4-5) ไม่ตั้งใจ (1-3) ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.91

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านวัคซีน HPV และเชี่ยวชาญด้านแนวคิดแบบจำลองเชิงบูรณาการ โดยค่า (Content Validity Index, CVI) ของแบบสอบถาม ทั้ง 6 ชุด อยู่ระหว่าง 0.80-1.00

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมที่ G-HS 061/2563 วันที่ได้รับจริยธรรม วันที่ 16 กันยายน 2563 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะตอบแบบสอบถามหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อนิติประการใด ๆ และไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยนี้จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google form ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง หลังได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรม เก็บข้อมูล ตั้งแต่ วันที่ 28 กันยายน 2563 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเยาวชนชายรักชาย เช่น ประธานชมรมฟ้าสีรุ้งชลบุรี ศูนย์บริการสุขภาพวัยรุ่น องค์การนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษาในจังหวัดชลบุรี เพื่อสอบถามข้อมูลแหล่งรวมตัวของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหากกลุ่มตั้งต้นกลุ่มแรก จำนวน 20 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยก่อน

2. ผู้วิจัยส่งลิงค์ (Link) ให้ และอธิบายขั้นตอนการเข้าสู่ระบบโดยการล็อกอินผ่านระบบ Gmail ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเข้าสู่ระบบตอบแบบสอบถามในรูปแบบของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ตอบผ่านโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ผ่านระบบ Google Form โดยเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตั้งต้นกลุ่มแรกตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือส่งลิงค์ (Link) ของแบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มเพื่อนที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตน โดยจะเรียกว่าเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรุ่นที่ 1 เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จ ก็จะส่งต่อลิงค์ (Link) สอบถามไปยังผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย รุ่นที่ 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน การส่งต่อลิงค์ (Link) จะส่งต่อไป 2-3 ช่วง โดยการเก็บข้อมูล

โครงการวิจัยสิ้นสุดลงเมื่อขนาดผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ คือ 308 คน และระบบแบบสอบถามจะปิดล็อคเข้าระบบตอบแบบสอบถามไม่ได้อีก การส่งต่อแบบสอบถามผู้วิจัยแนะนำการส่งต่อเป็นลูกโซ่ (Respondent Driven Sampling [RDS]) โดยจำกัดจำนวนการส่งต่อสมาชิกได้คนละ ไม่เกิน 4 คน เพื่อป้องกันการกระจุกตัวในกลุ่มมากเกินไป โดยมีข้อกำหนดว่าเพื่อนต้องมีคุณสมบัติคล้ายตน

3. ผู้วิจัยได้ติดตามความก้าวหน้าของการตอบแบบสอบถาม เมื่อครบตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ จำนวน 308 คน ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV ปัจจัยที่ศึกษา และความตั้งใจ ในการฉีดวัคซีน HPV ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-26 ปี (ร้อยละ 86.4) อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และอายุมากที่สุดคือ 26 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.81 ปี ($SD = 2.28$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน HPV (ร้อยละ 87.0) ในกลุ่มที่เคยได้รับคำแนะนำ คือ มากที่สุดจากเพื่อนชาย/คู่ขา (ร้อยละ 40.0) รองลงมาหน่วยงานสาธารณสุข (ร้อยละ 37.5) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 48.4) รองลงมาระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 21.1) ด้านแหล่งที่มาของรายได้ต่อเดือน พบว่า มีรายได้มาจากครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 43.8) รองลงมาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.2) ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน พบว่าเพียงพอแต่ไม่เหลือ เกือบมากที่สุด (ร้อยละ 46.4) รองลงมาเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 33.8) ด้านประวัติการตีสุรา

พบว่าส่วนใหญ่ดื่มบางครั้ง (ร้อยละ 67.9) รองลงมาดื่มเป็นประจำ (ร้อยละ 21.4) และด้าน ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า ครึ่งหนึ่งไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 51.0) รองลงมา สูบบุหรี่บางครั้ง ร้อยละ 28.6

2. ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ และปัจจัยที่ศึกษา

พฤติกรรมทางเพศ พบว่า ช่วงอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-19 ปี (ร้อยละ 73.1) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.02 ปี ($SD = 2.085$) แหล่งที่ทำให้รู้จักคู่นอนคนแรก คือ ในสถาบันการศึกษา (ร้อยละ 50.0) รองลงมาทางโลกออนไลน์เว็บไซต์และโซเชียลต่าง ๆ (ร้อยละ 35.1) และจากการไปสังสรรค์เที่ยวตามผับบาร์ One-night stand (ร้อยละ 11.4) ตามลำดับ ด้านความชอบทางเพศ พบว่า เป็นฝ่ายรับมากที่สุด (ร้อยละ 34.7) รองลงมา เป็นฝ่ายรุก (ร้อยละ 21.4) ด้านการป้องกันใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้ทุกครั้ง (ร้อยละ 68.8) แต่เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปากส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เคยใช้เลย (ร้อยละ 65.3)

ปัจจัยที่ศึกษา พบว่า จำนวนคู่นอนในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1-5 คน (ร้อยละ 77.3) ด้านประสบการณ์การมีกลุ่มอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ (ร้อยละ 89.6) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV อยู่ในระดับน้อย ($Mean = 5.79$, $SD = 3.006$) การรับรู้สถานการณ์ในการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 8.95$, $SD = 2.273$) คะแนนเฉลี่ยรวมของทัศนคติต่อการฉีดวัคซีน HPV ($Mean = 28.17$, $SD = 5.297$) อยู่ในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการฉีดวัคซีน HPV และคะแนนเฉลี่ยรวมของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($Mean = 18.36$, $SD = 2.828$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงค่อนข้างมาก ด้านคะแนนเฉลี่ยรวมของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV มีคะแนนระดับ ปานกลาง ($Mean = 12.07$, $SD = 2.706$)

3. ความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV พบว่า ระดับความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 13.45 ($SD = 2.395$) จากคะแนนเต็ม 20 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยปานกลางที่ค่อนข้างต่ำ กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าจะไปรับวัคซีน HPV ภายใน 1 ปี ข้างหน้า ร้อยละ 53.2

และเมื่อถามถึงภายใน 6 เดือนข้างหน้า กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่แน่ใจว่าจะไปรับวัคซีน HPV ร้อยละ 62.3 ความพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มตัวอย่าง ตอบว่า ไม่แน่ใจ ร้อยละ 46.4 รองลงมา อาจจะไป ร้อยละ 41.9 และ

ตอบว่าไม่แน่ใจว่าจะมีความคิดจะไปรับวัคซีน HPV ร้อยละ 56.5

4. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ได้ผลการวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ของตัวแปรทำนายทั้งหมดในสมการทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV (n = 308)

ตัวแปร	b	Beta	S.E (b)	T	P - value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV (SE)	.356	.402	.048	7.484	0.002
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการฉีดวัคซีน HPV (SN)	.208	.246	.040	5.215	0.000
การรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV (PE)	.170	.161	.055	3.110	0.000
Constant	3.808	-	.792	4.811	0.000

$R^2 = .384$, Adjusted $R^2 = .378$, $F = 63.281$, $P \text{ value} < 0.01$ S. E = 1.888

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV (Beta = .402) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการฉีดวัคซีน HPV (Beta = .246) และการรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV (Beta = .161) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชายในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 37.8 (Adjusted $R^2 = .378$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชายจังหวัดชลบุรี มีระดับความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางที่ค่อนข้างต่ำ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 13.45 (SD = 2.395) คะแนนเต็ม 20 ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาในชายรักชายในสถานประกอบการระดับอุดมศึกษาและชายรักชายทั่วไป^{14,22} ทั้งนี้สามารถอธิบายจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุที่อยู่ในช่วงเยาวชนเหมือนกัน โดยมีอายุระหว่าง 18-26 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มชายรักชายทั่วไปที่มีอายุนานกว่า และชายรักชายที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ามีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนในระดับที่สูง^{11,12} สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ คือ มีอายุนานกว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง จะมีแนวโน้มที่จะตั้งใจฉีดวัคซีน HPV สูงกว่า¹¹ ในขณะที่กลุ่มเยาวชนชายรักชายอาจมีประสบการณ์ทางเพศ

น้อยกว่า และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ยังไม่สูงมาก จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างเคยมีกลุ่มอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีจำนวนคู่นอนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน (ร้อยละ 77.3) และผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV น้อย อยู่ที่ 5.79 คะแนน และมีรายได้มาจากครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 43.8) จึงอาจส่งผลให้มีความตั้งใจที่จะฉีดวัคซีน นอกจากนี้นี้ยังพบว่าในปัจจุบันวัคซีน HPV ถือว่าเป็นเรื่องใหม่และราคาวัคซีน HPV ในประเทศไทยและประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังมีราคาค่อนข้างสูง อีกทั้งการรณรงค์เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน HPV ยังไม่แพร่หลายเน้นเฉพาะเด็กผู้หญิง

2. ปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชายจังหวัดชลบุรี ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการฉีดวัคซีน HPV และการรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV เป็นปัจจัยอันดับแรกที่มีอำนาจทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย และมีความสัมพันธ์ระดับสูงสุด ผลการศึกษานี้เป็นไปตามแบบจำลองเชิงบูรณาการ ที่สนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory)²³ ซึ่งเป็นหนึ่งในสี่ทฤษฎีตามแบบ

จำลองเชิงบูรณาการ กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง คือ ความเชื่อ ความมั่นใจของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถกระทำพฤติกรรมสำเร็จตามเป้าหมาย ก็จะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ คือการที่เยาวชนชายรักชายมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับระดับความสามารถของตนเองต่อการฉีดวัคซีน HPV จะทำให้เยาวชนชายรักชายมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มชายรักชายไทยวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่คลินิก STDs พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการฉีดวัคซีน HPV สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ในชายรักชายได้¹² รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มเยาวชนชายรักชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง พบว่าเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของเยาวชนชายรักชาย ในอีก 12 เดือนข้างหน้า²⁴

2.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการฉีดวัคซีน HPV เป็นปัจจัยอันดับที่สองมีอำนาจทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ระดับกลาง ผลการศึกษานี้สนับสนุนกรอบแนวคิดเชิงบูรณาการ¹⁹ กล่าวว่า ความเชื่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ทำให้เกิดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งความตั้งใจจะเป็นแรงผลักดันให้มีการกระทำเกิดขึ้น⁹ ในการศึกษาในผู้ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ได้แก่ เพื่อนในกลุ่มเพื่อนเกย์ เพื่อน บุคคลากรทางการแพทย์ และครอบครัว ตามลำดับ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV ในชายรักชาย กลุ่มเพื่อนชายรักชาย พ่อแม่ และคู่รัก/คู่นอน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0514 เช่นเดียวกับผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ซึ่งประเมินจากกลุ่มบิดา มารดา เพื่อนเกย์ และเพื่อนสนิท มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจฉีดวัคซีน HPV และสามารถร่วมทำนายความตั้งใจฉีดวัคซีน HPV ในชายรักชายได้^{12,22} อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ของบรรทัดฐานทางสังคมกับความตั้งใจฉีดวัคซีน HPV ของเยาวชนชายรักชายใน 12 เดือนข้างหน้า²⁴ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมเสี่ยงแตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้ ศึกษาในกลุ่มที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา และเครื่องมือที่ใช้วัดบรรทัดฐานทางสังคมมีความแตกต่างกัน

2.3 การรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV

เป็นปัจจัยอันดับสุดท้ายที่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย และมีความสัมพันธ์เชิงบวก หมายความว่า การรับรู้สถานการณ์ต่อสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการฉีดวัคซีน HPV ของเยาวชนชายรักชายเกี่ยวกับราคา สถานที่บริการฉีดวัคซีน และการสนับสนุนในการฉีดวัคซีน HPV เช่น สื่อโทรทัศน์ โฆษณาการณรงค์ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความตั้งใจการฉีดวัคซีน HPV ของเยาวชนชายรักชายได้ สนับสนุนแนวคิดแบบจำลองเชิงบูรณาการ กล่าวคือ เมื่อบุคคลเกิดความตั้งใจยังมีองค์ประกอบที่ส่งผลกระทบจากความตั้งใจก่อนที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ด้านทักษะและความสามารถของบุคคลเป็นไปตามกรอบแนวคิด¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การรับรู้สถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ชายรักชายได้¹¹ และการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา พบว่า จำนวนเงินที่ต้องจ่ายในการฉีดวัคซีน HPV มีผลกระทบเชิงลบอย่างมากต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ในชายรักชาย¹² ความกังวลต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายของวัคซีน มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความตั้งใจ¹⁵ ดังนั้น หากเยาวชนชายรักชาย มีการรับรู้ถึงสถานการณ์ของสภาพแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน HPV เป็นอย่างดี โดยเฉพาะข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัคซีน HPV ค่าใช้จ่ายและการบริการ ทางแพทย์ที่เหมาะสม ก็จะสามารถส่งเสริมการตัดสินใจของกลุ่มเยาวชนชายรักชายต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ด้วย

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ ประวัติเคยมีประสบการณ์การมีกลุ่มอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่สามารถทำนายความตั้งใจฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเกิดมาจากความแตกต่างกันทางด้านอายุ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง จึงส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายรักชายแตกต่างกัน ความตั้งใจฉีดวัคซีนจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และมีการรับรู้ความเสี่ยงที่มากขึ้น รวมทั้งความพร้อมทางการเงินในการใช้จ่าย เกี่ยวกับวัคซีน HPV^{12,24,25} กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ยังเป็นเยาวชนซึ่งมีอายุน้อย และส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.6 ไม่เคยมีประสบการณ์การมีกลุ่มอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกลุ่มที่เคยเป็นอาการที่ไม่รุนแรง ประกอบกับบางส่วนยังไม่มีรายได้ของตนเองต้องพึ่งพารายได้จาก

ครอบครัว และมีรายได้ต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมาก ที่สุด ร้อยละ 46.4 จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนัก ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ HPV และไม่ได้ให้ความสำคัญ กับการฉีดวัคซีน HPV ด้านจำนวนคู่นอน ไม่สามารถร่วมทำนาย ความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศไม่สูงมาก และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีจำนวนคู่นอนในช่วงชีวิตที่ผ่านมาน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 5 คน (ร้อยละ 77.3) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ ตระหนักถึงความรุนแรงของการเกิดโรคจากการติดเชื้อ HPV และไม่ได้ให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีน HPV ด้านปัจจัยความรู้ เกี่ยวกับเชื้อ HPV และวัคซีน HPV ไม่สามารถร่วมทำนาย ความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชายได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวียังไม่แพร่หลาย ในกลุ่มผู้ชาย โดยเฉพาะชายรักชาย^{26,27} ด้านปัจจัยทัศนคติต่อ การฉีดวัคซีน HPV ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ในเยาวชนชายรักชาย ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี¹⁹ คือทัศนคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่ง ต่าง ๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความตั้งใจฉีดวัคซีน ในชายรักชายกลุ่มต่าง ๆ ก็ยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว และเป็นตัวแปรที่ค่อนข้างมีน้ำหนักความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงถัด จากการรับรู้ความสามารถแห่งตน^{12,14,22,24,25} สามารถอธิบายได้ ว่า ทัศนคติต่อการฉีดวัคซีน HPV ในเยาวชนชายรักชายทั่วไปที่ มิได้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง มีอิทธิพลทางอ้อมกับความตั้งใจใน การฉีดวัคซีน HPV ผ่านปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการฉีดวัคซีน HPV ที่เป็นปัจจัยหลักที่มีน้ำหนัก ความสัมพันธ์สูงกว่าหรืออาจเกิดจากลักษณะของเครื่องมือ ที่ใช้ในการวัดทัศนคติต่อการฉีดวัคซีน HPV ในการศึกษาครั้งนี้ ขาดความครอบคลุมด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ วัคซีน HPV ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ

ข้อจำกัดความในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงได้ยาก เนื่องจากบางคนไม่เปิด เผยสนิยทางเพศ แต่ก็ได้ทำการแก้ไขโดยใช้กระบวนการสุ่ม แบบส่งต่อเป็นลูกโซ่ (Respondent Driven Sampling [RDS]) ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ และได้รับการยอมรับว่า เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการสุ่มตัวอย่าง สำหรับประชากรที่เข้า ถึง ได้ยาก ใช้สำหรับค้นหาบุคคลที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่ เน้น เป็นความลับ ไม่ต้องการเปิดเผยตัวตนต่อคนอื่น ยกเว้น

เพื่อนสนิท หรือคนคุ้นเคย ที่มีพฤติกรรมเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผน งานการดำเนินงานในหน่วยบริการสาธารณสุขและคลินิก สุขภาพ โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เยาวชนชายรักชายที่มารับ บริการมีความตั้งใจในการฉีดวัคซีน HPV ด้วยการส่งเสริมให้ เยาวชน ชายรักชายมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ฉีดวัคซีน HPV การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนด้านราคา ค่าใช้จ่าย สถานที่บริการฉีดวัคซีน รวมทั้งรณรงค์ให้บุคลากร ทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยว กับการฉีดวัคซีน HPV แก่เยาวชนชายรักชาย นอกจากนี้ควร ส่งเสริม ให้ครอบครัวและเยาวชนชายรักชายด้วยกันเข้ามามี ส่วนร่วม ในทุกกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ในการ ฉีดวัคซีน HPV ด้วย

2. เนื่องจากในการศึกษานี้ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับ วัคซีน HPV ของกลุ่มเยาวชนชายรักชายอยู่ในระดับต่ำ หน่วย งานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียนและหน่วยงานบริการ ส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ วัคซีน HPV สอดแทรกในชุดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทางเพศของวัยรุ่น

3. หน่วยงานภาครัฐบาลควรกำหนดนโยบาย ฉีด วัคซีน HPV ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กผู้ชาย หรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มชายรักชาย กลุ่มชาย บริการทางเพศ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ HPV และโรคมะเร็งที่เกิดจากการติดเชื้อ HPV ในชายรักชาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อ และการยอมรับของวัคซีน HPV ของเยาวชนชายรักชาย เพื่อ สะท้อนความคิดความเชื่อที่แท้จริงของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นก ลุ่มที่เข้าถึงไม่ถนัดและบางส่วนไม่ยินยอมเปิดเผยตัวตน

2. การศึกษานี้ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีน จึงควรนำ ไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความตั้งใจในการรับวัคซีน HPV กลุ่มเยาวชนชายรักชาย ทั้งในสถาบันการศึกษาและในคลินิก สุขภาพทางเพศ โดยเน้นการส่งเสริมให้มีการรับรู้ความ สามารถของตนเองในการฉีดวัคซีน HPV กระตุ้นให้เกิดการรับ

รู้ถึงสถานการณ์การฉีดวัคซีน HPV และส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการฉีดวัคซีน HPV สร้างแรงจูงใจผ่านกลุ่มเพื่อนชายรักชาย คู่รัก ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญแม้จะต้องจ่ายเงินการฉีดวัคซีน HPV เอง

3. การสร้างแบบสอบถามในการวัดความตั้งใจไม่ควรนำตัวเลือก “ไม่แน่ใจ” เข้ามาเป็นตัวเลือก เพื่อการได้ข้อมูลที่ชัดเจนของความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

References

1. Crosbie E, Einstein M, Franceschi S, Kitchener H. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*. 2013;382(9895):1-17.
2. Saraiya M, Unger ER, Thompson TD, Lynch CF, Hernandez BY, Lyu CW, et al. US Assessment of HPV Types in Cancers: Implications for Current and 9-Valent HPV Vaccines. *J. Natl. Cancer Inst*. 2015;107(6):1-12.
3. Viens LJ, Henley SJ, Watson M, Markowitz LE, Thomas CC, D. Thompson T, et al. Human papillomavirus-associated cancers-United States, 2008-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2016;65(26):661-6.
4. Prendes BL, Wang SJ, Groppo ER, Eisele DW, Palefsky JM. Oral human papillomavirus infection in men who have sex with men with anal squamous intraepithelial lesions. *Head & Neck*. 2015;38(1):399-405.
5. Goldstone S, Palefsky JM, Giuliano AR, Moreira Jr ED, Aranda C, Jessen H, et al. Prevalence of and risk factors for human papillomavirus (HPV) infection among HIV-seronegative men who have sex with men. *J. Infect. Dis*. 2011;203(1): 66-74.
6. Suesat W, Sirasoonthorn P. Sexual Wellbeing and Sexual Intercourse of Men Who Have Sex with Men (MSM) Students. *Journal of Liberal*. 2015;15(1):149-64.
7. Bogaards JA, Wallinga J, Brakenhoff RH, Meijer CJLM, Berkhof J. Direct benefit of vaccinating boys along with girls against oncogenic human papillomavirus: bayesian evidence synthesis. *Br. Med. J*. 2015;350.
8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Health Counseling in Homosexuality Males. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;14(2):123-8. (in Thai)
9. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991;50(2):179-211.
10. World Health Organization [WHO]. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper October 2014, . *Weekly Epidemiological Record*. 2014;89(43):465-92.
11. Hudrudchai S., and Thato R. Factors Predicting Human Papilloma Virus Vaccination Intention Among Men Who Have Sex With Men Receiving Sexual Health Services. 2019. (in Thai)
12. Marra E, Alberts CJ, Zimet GD, Paulussen TGWM, Heijman T, Hogewoning AA, et al. HPV vaccination intention among male clients of a large STI outpatient clinic in Amsterdam, the Netherlands. *Papillomavirus Res*. 2016; 2:178-84.
13. Wheldon CW, Daley EM, Walsh-Buhi ER, Baldwin JA, Nyitray AG, Giuliano AR. An Integrative Theoretical Framework for HPV Vaccine Promotion Among Male Sexual Minorities. *Am. J. Men's Health*. 2016;12(5):1409-20.
14. Kreupimy, S., and Thato, R. Factors Predicting Intention to Take Human Papillomavirus Vaccine among Men Who Have Sex with Men Students. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2016; 23(1): 102-17. (in Thai)

15. Wheldon CW, Daley EM, Buhi ER, Nyitray AG, Giuliano AR. Health beliefs and attitudes associated with HPV vaccine intention among young gay and bisexual men in the southeastern United States. *Vaccine*. 2011; 29(45):8060-5.
16. Nadarzynski T, Smith H, Richardson D, Jones C, J., Llewellyn C, D., . Human papillomavirus and vaccine-related perceptions among men who have sex with men: a systematic review. *Sex Transm Dis*. 2014;90(7):515-23.
17. Wongpanarak, N., and Siri Wattanamethanon, J. Perception of Homosexuality in Adolescent Males. *Journal of nurse's association of thailand*, 2014; 30(3): 42-9. (in Thai)
18. Jantaramanee, P., and Jantaramanee, S. A prevalence survey of HIV and sexually transmitted infection among men who have sex with men (MSM), Thailand: venue day time sampling (VDTS) and respondent driven sampling (RDS). *Disease Control Journal*. 2016; 42(4): 269-79. (in Thai)
19. Fishbein M. An Integrative Model for Behavioral Prediction. America PitUSo, editor: Jossey-Bass 2009.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
21. Stanley L., David W H. Jr., Janelle K., Stephen K. L. Adequacy of sample size in health studies: Chichester: Wiley; 1990.
22. Wheldon CW, Daley EM, Walsh-Buhi ER, Baldwin JA, Nyitray AG, Giuliano AR. An integrative theoretical framework for HPV vaccine promotion among male sexual minorities. *Am. J. Men's Health*. 2018;12(5):1409-20.
23. Bandura A, editor. Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. English: Prentice Hall; 1986.
24. Gerend MA, Madkins K, Phillips G, Mustanski B. Predictors of Human Papillomavirus Vaccination among Young Men who Have Sex with Men. *Sex Transm Dis*. 2016;43(3):185–91.
25. Li X, Cao X, Li Z, Yang Y, Li M, Feng B, et al. Human Papillomavirus awareness and vaccine acceptability among men who have sex with men from mainland China. *Sci Rep*. 2019; 9: 8763
26. Kristina SA, Permitasari NPAL. Knowledge, attitudes and barriers towards human papillomavirus (HPV) vaccination in developing economies countries of South-East Asia region: a systematic review. *Sys Rev Pharm*. 2019;10(1): 81-6.
27. Songthap A, Pitisuttithum P, Kaewkungwal J, Fungladda W, Bussaratid V. Knowledge, attitudes, and acceptability of a human papilloma virus vaccine among students, parents and teachers in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2012;43(2): 340-53.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความทางการแพทย์พยาบาลและบทความในสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ หรือบทความอื่นที่น่าสนใจ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลทหารบก ทั้งนี้ มีข้อตกลงในการส่งบทความเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้

1. บทความที่ส่งเพื่อการตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งตีพิมพ์อื่นในเวลาเดียวกัน

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว จะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบก

3. ผู้เขียนต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์จำนวนเงิน 3,000 บาท

4. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์ ต้องแจ้งบรรณาธิการโดยตรงให้เร็วที่สุด ก่อนที่จะส่งให้ reviewer อ่าน หากบทความนั้นได้ผ่านการอ่านจาก reviewer แล้ว จะถอนคืนไม่ได้

5. ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณาทั้งการประเมินภายนอก (external review) และภายใน (internal review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านทางการแพทย์โดยเฉพาะ มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ อย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ (แบบ double-blinded)

6. หากท่านต้องการทราบว่าบทความที่ส่งมาแล้วอยู่ในขั้นตอนใด ท่านสามารถติดต่อสอบถามบรรณาธิการได้

7. หัวข้อการพิพม์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างใส่หมายเลขจริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับ ใช้เฉพาะบทความที่ท่านส่งตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบกเท่านั้น

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำนวนไม่เกิน 12 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ สถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้ตรงกลางของหน้าแรก

3. เนื้อเรื่องและการใช้ภาษา

3.1 บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุคำสำคัญ 2-5 คำ ส่วนการเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่อง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

3.2 บทความวิจัย ควรเรียงลำดับเรื่องดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- คำสำคัญภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- คำสำคัญภาษาอังกฤษ
- บทนำ
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- คำถามการวิจัย
- กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- วิธีการดำเนินการวิจัย
- การพิพม์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ใส่หมายเลขจริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับ
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

3.3 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ไม่ใช้เอกสารที่เป็นเว็บไซต์ใดๆ การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัย จากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

3.4 บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอนของวารสารเรียบร้อยแล้ว ท่านจะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ และเมื่อบทความตีพิมพ์ท่านสามารถปริ้นบทความได้ทุกหน้า (งดการตีพิมพ์แบบเล่ม) ได้ที่

<http://tci-thaijo.org/index.php/JRTAN>

3.5 ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก.ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป

การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ควรส่งต้นฉบับที่ตีพิมพ์ในกระดาษ A4 3 ชุด พร้อมแผ่นบันทึก CD ระบุโปรแกรมที่ใช้และชื่อแฟ้มข้อมูลมาด้วย พร้อมทั้งแจ้งชื่อ สถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก

2. Submission บทความลงใน <http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN>

เอกสารอ้างอิง (References)

1. ใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)
2. เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่อนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย 1,2,3,... ให้เขียนตัวเลขเหนือบรรทัด (superscript) ใส่ไว้ข้างท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
3. การอ้างหลายรายการอ้างอิงในที่เดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกเลขแต่ละหมายเลข (1,2,3)
4. เอกสารอ้างอิงส่วนท้ายของบทความ (References) ให้เรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3,4,... ไปจนถึงเลขที่สุดท้ายในเนื้อหาให้สอดคล้องกัน ในกรณีที่ต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและวงเล็บท้ายเอกสารว่า (in Thai)

ติดต่อสอบถามข้อมูลได้ที่ :

พันเอกหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภิตติ บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก
317/6 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร 02-3547600 ต่อ 93553, 08-1345-5771 Fax : 02-3547598
E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง มีดังนี้

หนังสือที่บรรณาธิการเป็นผู้เขียนทั้งเล่ม

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title: subtitle. Edition(if not the first).Place of publication: Publisher; Year.

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ.พิมพ์ครั้งที่.สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Bronfenbrenner U. Ecological models of Human development. in international encyclopedia of education. 2nd ed. Oxford; Elsevier. 1994

วารสาร

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title of article. Title of journal, abbreviated. Date of Publication; Volume number (Issue number) : Page numbers.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน ; เล่มที่ของวารสาร (ฉบับที่) : เลขหน้าแรก - หน้าสุดท้ายของบทความ.

ตัวอย่าง

Paowana W. Effect of videotaped video on nursing practice in patients with health problems, boromrajanani nursing college, udonthani, Journal of Nursing and Health Care. 2013; 31(3) : 99-106. (in Thai)

วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

Author Surname Initials. Title.(dissertation/thesis). City: University; Year.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง..(dissertation/thesis). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์

Sowapak P. Factors related to drug adherence among elders with hypertension.(thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2006.(in Thai)

ใบส่งบทความตีพิมพ์ วารสารพยาบาลทหารบก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์ทุกท่าน

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับผลงาน

จำนวน.....ชุด

Digital File

จำนวน.....แผ่น



รวม 3,000 บาท { ส่งค่าตีพิมพ์วารสาร จำนวนเงิน 3,000 บาท
(ชื่อบัญชีวารสารพยาบาลทหารบก ธนาคารทหารไทยหมายเลขบัญชี 038-7-31946-0)
และส่ง Fax: 02-3547598

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารพยาบาลทหารบก พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานจำนวน 3 ชุด และ Digital File มาด้วยแล้ว และได้ทำการ Submit บทความนี้ใน <http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ หมายเลขจริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับจริยธรรมการวิจัยใช้เฉพาะบทความที่ส่งนี้เท่านั้นและยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารฯ ต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

1. (ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม

2. (ตัวบรรจง).....

3. (ตัวบรรจง).....

4. (ตัวบรรจง).....

5. (ตัวบรรจง).....

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

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

...../...../.....

การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก
ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก
ไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN>

สมัครสมาชิก Register

(ถ้าคุณเป็นสมาชิกของวารสารแล้ว กรุณาเข้าสู่ระบบ log in และไปยังขั้นตอนการ SUBMISSION)

สร้าง Username / Password



สร้าง Profile

(ชื่อ, E-mail, รายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ)



ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง E-mail



SUBMISSION



คลิก "AUTHOR" ใน "USER HOME"



คลิก "CLICK HERE" ใน 'START A NEW SUBMISSION'



STEP 1: เลือกทุกช่องเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด



STEP 2: อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word



STEP 3: กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title and abstract, index terms



STEP 4: หากมีไฟล์ตาราง หรือรูปภาพ ให้ทำการอัปโหลดเหมือน STEP 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป



STEP 5: เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดย EDITOR

แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก

- ชื่อ – สกุลผู้เขียน (ภาษาไทย) นางสาวกรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ
ชื่อ – สกุลผู้เขียน (ภาษาอังกฤษ) Miss Krongkaew Subprasert
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ สถาบันที่สังกัด วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัด จันทบุรี
 • ในกรณีที่ผู้เขียนกำลังศึกษาในระดับดุขุภินันท์/มหาบัณฑิต โปรรระบุ
 ชื่อหลักสูตร..... สาขาวิชา
 แขนงวิชา (ถ้ามี)..... คณะ สถาบันการศึกษา.....
- ชื่อเรื่อง
 (ภาษาไทย) บทบาทพยาบาลในการลดความกลัวสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ
 (ภาษาอังกฤษ) The role of nurses in reducing fear for pediatric patients with intravenous catheterization.
- สถานที่ติดต่อผู้เขียน
 ที่อยู่ เลขที่ 36 ถนน เลียบเนิน ตำบล วัดใหม่ อำเภอ เมือง จังหวัด จันทบุรี รหัสไปรษณีย์ 22000
 เบอร์โทรศัพท์ 083-8650348 E-mail: krongkaew@pnc.ac.th
- ข้าพเจ้า
☒ บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ
☐ ผ่านการตรวจสอบลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขรวิธีหรือโปรแกรมอื่นใดที่เทียบเคียง
 (กรณีดุขุภินันท์/วิทยานิพนธ์) พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
☐ (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
 (โปรดแนบ สำเนา 1 ชุด)
☒ ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าขอยินยอมว่า บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลทหารบก
 ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบกโดยชอบธรรม

ลงชื่อ *กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ*
 (นางสาวกรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ)
 ผู้ส่งบทความ (ผู้รับผิดชอบหลัก)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุขุภินันท์/วิทยานิพนธ์)
 ได้ตรวจสอบบทความแล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้อง
 ตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ.....
 (.....)
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....