



วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566 Vol.24 No. 2 May-August 2023

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN> ISSN 1513-5217 (Print) และ ISSN 2985-1041 (Online)

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ



วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ 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 รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล 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 ไทยภูมิ 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@thaiphumpublishing.com www.thaiphumpublishing.com

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566 ออนไลน์ ISSN 1513-5217 (Print) และ ISSN 2985-1041(Online) ท่านสามารถปริ้นได้ทุกหน้า บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้น และหลากหลายและได้รับการพิจารณาถึงกรอบบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (doble blinded) วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences)

บทความวิชาการ ได้แก่ การบริการสุขภาพทางไกล ทางเลือกใหม่สู่การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในยุคโควิด การรับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยในการทำ Panendoscopy : ความท้าทายในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบ หลังการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ บูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงการเป็นฐานสู่ความเป็นเลิศของนักศึกษาพยาบาล กระทั่งกับความท้าทายในงานรับรู้ความรู้สึก การพัฒนาวัตรกรรมทางสุขภาพด้วยการคิดเชิงออกแบบ การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียววัยแรกเกิดถึงอายุ 1 ปี ระยะก่อนผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ สมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลเด็กแนวใหม่หลังโควิด-19

บทความวิจัย ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ปัจจัยทำนายความปวดกับพฤติกรรมจัดการความปวดของผู้ป่วยวัยแรงงานที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลปกเกล้า จันทบุรี ผลของการให้คำปรึกษารอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบก จังหวัดอุดรธานี ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพและการผ่อนคลายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร ประสิทธิภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทหารกองประจำการ ค่ายกฤษณ์สีวะรา จังหวัดสกลนคร ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักในครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อพฤติกรรมปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ประสิทธิภาพของผู้บริหารการพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในการบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล การถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ การพัฒนาโปรแกรมอบรมสำหรับประชาชนในชุมชน : อาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ยารักษาการติดเชื้อฉวยโรคระยะแฝงด้วยสูตรไอโซไนอะไซด์และไรแฟมพิซิน ระยะเวลา 3 เดือน ในผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติสัมผัสวัณโรค การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีไข้ในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี ผลของการออกกำลังกายโดยท่าทางที่ถูกต้องต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ในหอผู้ป่วยพิเศษอาคาครสมเด็จพะเทพรัตน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี : การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการมีกิจกรรมทางกายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม การประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บกัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล ผลของโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดต่อความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหารในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์แผนไทย การเสริมสร้างการกำกับอาารณของนักเรียนวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม ในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร การศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสกลนคร การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลแบบทางไกลและระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลเมการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์จังหวัดนครนายก ผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณาถึงกรอบบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลียวกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

การบริการสุขภาพทางไกล ทางเลือกใหม่สู่การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในยุคโควิด

นุชรรัตน์ มังคละศิริ อธิชัย มังคละศิริ

การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการทำ Panendoscopy : ความท้าทายในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล

ศิริจรรยา จรรยาธรรม ศรีธนา เฮงไพศาล

ฉาณิสรา เมตตาทพล เสาวภาคย์ จำปาทอง

ภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็ก

ปภาสินี แซ่ตั้ง ศราวุธ เรืองสวัสดิ์

ธนิดา ทีปะปาล

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

จรรยาภรณ์ มงคล สิริพันธ์ ชูเชิด

อรุณตรี เครือแก้ว

บูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงการเป็นฐานสู่ความเป็นเลิศของนักศึกษาพยาบาล

อัมมา วารีย์ เยาวเรศ สมทรัพย์

กระทบกับความท้าทายในงานระงับความรู้สึก

อัญชลา จิระกุลสวัสดิ์ พาพิรุณ น้อยตาแสง

นิตา หนูเจริญ ปาริชาติ อภิเดชากุล

พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล

การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพด้วยการคิดเชิงออกแบบ

วิวัฒน์ เหล่าชัย อังคินันท์ อินทรกำแหง

พลเทพ พูนพล

การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียววัยแรกเกิดถึงอายุ 1 ปี ระยะก่อนผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ

เอกราช คุณเวียง สุชาดา นันทพูลทรัพย์

วิจิต คำพูล

สมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลเด็กแนวใหม่หลังโควิด-19 ยอดขวัญ ชื่นบาน

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

วันเพ็ญ แววีระคุปต์ กรวรรณ สุวรรณสาร

ดวงพร ผาสวรรณ

ปัจจัยทำนายความปวดกับพฤติกรรมจัดการความปวดของผู้ป่วยวัยแรงงานที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

กาญจนา สาใจ เปรมฤดี ศรีวิชัย

จิรนนท์ สักลอ

Contents

Chief Editorial

1 Telehealth: Alternative Self-Management Promotion in People with Diabetes During Covid Pandemic

Nutcharat Mangklakeree Terachai Mangklakeree

10 Anesthesia for Panendoscopy : The Challenging Role of Nurse Anesthetist

Sirijunya Junyatham Saranya Hengphaisan

Chanisa Mettapol Saowapark Chumpathong

19 Multisystem Inflammatory Syndrome Complications after Infection COVID-19 in Children

Paparsinee Saetew Sarawut Rueangsawat

Thanida Teepapal

28 Nursing Care for Orthopedic Patients in Aeromedical Evacuation

Junyaporn Mongkol Sirinan Choocherd

Aroontree Kaukeaw

36 Integrating STEM Education through Project-Based Learning: Towards Excellence in Nursing Students

Acha Varee Yaowares Somsap

46 Challenges in Anesthesia Practice with Kratom

Anchala Jirakulsawat Papiroon Noitasaeng

Nisa Noocharoen Parichad Apidechakul

Phongthara Vichitvejpaisal

53 Development of Health Innovation by Using Design Thinking Process

Wiwat Laochai Ungsinun Intarakamhang

Polthep Poonpol

61 Preoperative Care and Prevention of Complications in Pediatric Patients with Benign Congenital Heart Disease

Eakkarat Koonwiang Suchada Nuntapoonsub

Wichit Khamphul

69 Nursing Competency of New Pediatric nurses in the post-COVID-19

Yodkwan Cheunbun

76 Quality of life of Older Persons During the Second Wave of the COVID-19 Pandemic in Thailand

Wanpen Waelveerakup Korawan Suwannasarn

Duangporn Pasuwan

88 Predicting Factors of Pain and Pain Management Behaviors in Working-age Patients undergoing Major Abdominal Surgery

Kanjana Sajai Premrudee Sriwichai

Jeeranan Saklaw

สารบัญ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับ
นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี

ธัญพร บัวเหลือง พิมรัตน์ โทกุล
กมลนิชา อนันต์ ยurie เซวานพิพัฒน์

ผลของการให้คำปรึกษารอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
กฤดาณิพงษ์ วงหนูพะเนาว์ รัชนิกร อุปเสน

ปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมง
แรก หลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด
ปฐมภูมิ

ธนาทิพย์ ปิ่นชาญชัยยุทธ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ
วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์ บรรพต สิทธินามสุวรรณ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของทหารบก จังหวัดอุดรธานี

ศุภญา บุตรแสนลี กาญจนา ปัญญาธร
ชนิษฐา แก้วกัลยา กฤติกา สุขะตุงคะ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพ
และการฟ้อนรำของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ณิชนันท์รุจิวิ เพ็งพล ศตวรรษ อุดรศาสตร์
อรทัย พงษ์แก้ว พรรณงาม วรรณพุกษ์
กมลสิพร ตรีสอน

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่ม
เสี่ยงสูง

ปัญจมาพร สาดจินพงษ์ สุทธิพร มุลศาสตร์
เพ็ญพัชร์ อุทิศ

ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ
ประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร

จิราพัชร แสงศรีจันทร์ ปิยะธิดา นาคะเกษียร
รักษนก คชไกร

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

พิมพ์วิมล ยงใจยุทธ อารีย์วรรณ อ่วมตานี

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ของทหารกองประจำการ ค่ายกฤษณ์สีวะรา จังหวัด
สกลนคร

อมรัตน์ บริบูรณ์ มณฑิชา รักศิลป์
นพรัตน์ ส่งเสริม

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรม
การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

อุกฤษฏ์ ไชยรินทร์ ถังวี ปิยะบัณฑิตกุล

Contents

98 Effect of Resilience Enhancement Program for First Year
Nursing Students of Phrapokklao Nursing College,
Chanthaburi

Thanyaporn Bualuang Pimrat Tokun
Kamolnicha Anan Yuree Chaopipat

106 The Effect of Family Counseling on Medication
Adherence of Schizophrenic Patients with Alcohol Use
Kunlayanitchaphong Wongnuphanao
Ratchaneekorn Upasen

114 Factors Predicting Abnormal Postoperative Neurological
Symptoms in The First 24 Hours Following Craniotomy
in Patients with Primary Brain Tumor

Thanatip Pinchanchaiyuth Prangtip Chayaput
Wallada Chanruangvanich Bunpot Sittinamsuwan

124 Factors Related Oral and Dental Health Care Behaviors
among Soldiers in Udonthani Province

Supaya Butsaenlee Kanchana Panyathorn
Kanitttha Kaewkullaya Krittika Sukatungka

134 The Effects of Health Promotion Program with Using
Health Song and Thai Dance among Older Persons with
Hypertension in Community

Nitchapanrawee Phengphol Sattawas Udonsat
Orathai Pongkaew Panngam Wannapuek
KumaleepornTreesorn

143 The Effectiveness of a Health Literacy Development
Program in Coronavirus 2019 Prevention for High-risk
Persons with HIV Infection

Punjarpon Satjeenphonng Sutteepon Moolsart
Penpaktr Uthis

152 Predicting Factors of Palliative Care Health Literacy
among Family Caregivers in Bangkok Metropolis

Jiraphat Sangsrijun Piyatida Nakagasen
Rukchanok Koshakri

162 Nurses' Experiences of Caring for Patients with COVID-19
Pimwimon Yongchaiyoot Areewan Oumtane

171 Health Care Development Model Of COVID-19
Prevention For Conscript Soldiers in Krit Siwara Military
Camp Sakon Nakhon Province

Ammarat Boriboon Monthicha Raksilp
Nopparat Songserm

180 The Effectiveness of Competencies Development
Program for School Age Children on Caring Hypertensive
Patients in Their Family

Aukrit Chairin Lukawee Piyabanditkul

สารบัญ

Contents

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักในครอบครัว
ต่อพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

นิภา ปานเสนห์ ยูพา จิวพัฒน์กุล
จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ

ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรง
พยาบาล 50 พรรษามหาจักรีราชมงคล

เพ็ญศรี ศิริรังสรรค์กุล เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
เรณูการ์ ทองคำรอด

ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการ
พยาบาลผู้ป่วยโควิด 19

มณฑนรินทร์ ดิษฐสุวรรณ์ อารีย์วรรณ อ่วมตานี

ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

เพ็ญนภา สมสุขจิระวัฒน์ ยุพิน อังสุโรจน์

การถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการ
ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ของสถาบัน
การศึกษาพยาบาลกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ

ทินกร บัวชู เสน่ห์ ขุนแก้ว
กมลทิพย์ ใจมาคำ

การพัฒนาโปรแกรมอบรมสำหรับประชาชนในชุมชน: อาหาร
สุขภาพ สำหรับถวายพระสงฆ์

ทวิทรัพย์ จูมศิลป์ ลัทธิวี ปิยะบัณฑิตกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย
การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับกับพฤติกรรม
ความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิ

อัจฉริยาพร พรหมมาลุน ยุพิน อังสุโรจน์

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะ
แฝงด้วยสูตรไอโซไนอะซิด และไรแฟมพิซิน ระยะเวลา 3 เดือน
ในผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติสัมผัสวัณโรค

พรรณรัตน์ สว่างสุข เอกราช คุณเวียง
เกษวดี ลาภพระ กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์
บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนใน
จังหวัดปทุมธานี

อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์ พัชรินทร์ อัจฉนาภิตติ
รัชยา รัตนธนากร

190 The Effect of Primary Family Caregiver Empowerment
Program on the Activity of Daily Living Caring Behaviors
of Cerebrovascular Disease Homebound Patients in
Community, Bangkok

Nipa Pansanae Yupa Jewpattanakul
Juntima Rerkluenrit

199 The Effects of a Clinical Supervision Model on Nursing
Practice Behaviors for Fall Prevention in Elderly Patients
at The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital

Pensri Sirirungsankul Premruetai Noimuenwai
Renukar Thongkhamrod

209 Experiences of Nursing Administrators for Managing
Nursing Care Delivery of Patients with COVID-19

Montanan Ditthasuwat Areewan Oumtanee

218 Effects of Discharge Planning and Continuing Care of
Post-acute Stroke Patients on Nursing Service
Satisfaction, Patients' Quality of Life, and Nurses' Job
Satisfaction

Pennapa Somsukjerawat Yupin Aungsuroch

227 Lessons Learned about Teaching and Management
during the COVID-19 Pandemic among Faculty of Nursing
Rajabhat's University Thailand

Thinnakorn Buachu Saneh Khunkaew
Kamontip Chaimakham

236 Development of Training Program for Persons in
Community: Healthy Foods for Monks

Taweewat Joomsil Lukawee Piyabanditkul

248 Relationships Between Personal Factors, Safety Climate,
Social Support, Feedback, and Work Safety Behaviors of
Professional Nurses in Tertiary Hospitals

Acharyaporn Prommaloon Yupin Aungsuroch

257 The Effectiveness of 3 Months Regimen of Isoniazid Plus
Rifampicin for Treatment of Latent Tuberculosis Infection
in Children

Punnarat Sawangsuk Eakkarat Koonwong
Keswadee Laphra Kulkanya Choekphaibulkit

269 Development and Evaluation of Program to Prevent the
Use of Electronic Cigarette Products in Online Society
among Students of Private Universities in Pathum Thani
Province

Uthaiwan Pongboriboon Patcharin Addjanagitti
Ratchaya Rattanavorn

สารบัญ

Contents

ผลของการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตึกต่อความสามารถในการ
รู้คิดของผู้สูงอายุ

ดาราวรรณ รองเมือง ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล
ฉันทนา นาคฉัตรีย์ จีราพร ทองดี

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผิวหนัง
อักเสบที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ในหอผู้ป่วยพิเศษ
อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี : การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่

ภิญโญ อุทธิยา รุ่งรัตน์ เกิดสวัสดิ์
จิตติมา นูริตานนท์

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการมีกิจกรรม
ทางกายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง

กรรณิการ์ พิมปา ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
วารุณี พลิกบัว

การศึกษาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

อ้อมใจ บุญยั้ง อารีย์วรรณ อ่วมตานี

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของวัย
ผู้ใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วรรณิสา กิมภู นัยนา หนูนิล
รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชน
มีส่วนร่วม

ณัฏฐ์ณศา สร้อยเพชร นภัทร์ธมณต์ น้อยหมอกุลเดช
ศรันย์ ปองนิมิตพร กมลทิพย์ ใจมาคำ

การประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้ที่มารับบริการตรวจ
สุขภาพก่อนเข้าทำงาน ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัด
นครราชสีมา

ธีรยุทธ คงสินธุ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ
แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

อรุณรัตน์ อุทัยแสง จุรีรัตน์ กอเจริญยศ
วิภาวรรณ สีหาคมน นภาพิพย์ ตั้งตรีจักร
กุลพิธาน จุลเสวก ชัยคณเฑ์ แพรขาว

การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล

พรรณภา เรืองกิจ วนิดา ขวเจริญพันธ์
บุษบา สงวนประสิทธิ์

279 Effect of Thengtuk Dance Exercise on the Cognitive
Function in the Elderly

Daravan Rongmuang Chuanchom Pauchpanpisan
Chantana Nakchatree Jeraporn Tongdee

290 Incidence and Factors Associated with Incontinence
Associated Dermatitis in Patient Ward Somdech Phra
Debaratana Building Faculty of Medicine Ramathibodi
Hospital : A Retrospective Matched-Paired Case Control
Study Design

Pinyo Utthiya Rungrat Koetsawat
Jittima Nuritanon

299 Effect of Information-Motivation-Physical Activity Skills
Program via Line Application on Quality of Life in Patients
with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Kannika Phimpa Doungrut Wattanakitkrileart
Warunee Phligbua

308 A study on the competency of nurses Working at an
Orthopedic Unit, Tertiary Hospitals

Aomjai Boonying Areewan Oumtane

318 Related Factors in Preparing for an Aging Society of
Adults in Nakhon Si Thammarat

Wannisa Kimpu Naiyana Noonil
Rachadaporn Jantasuan

327 The Model of Early Childhood Development Promotion
with Family and Community Participations

Nutcha Soiphet Napattamon Noimorkunladech
Sarun Pongnimitporn Kamontip Chaimakham

335 Fitness for Work Assessment of Employees who Receive
Pre-placement Examination in a General Hospital,
Nakhon Ratchasima Province

Teerayut Kongsin

345 Development of Nursing Practice Guidelines for Patients
with Traumatic Brain Injury in Surgical Department,
Nakhon Phanom Hospital

Arunrat Utaisang Chureerat Korcharoenyos
Vipawan Sehakom Napatip Tungtrijuk
Khunphitha Junsevg Chatkane Pearkao

355 Application of Contemplative Education to Enhance
Nursing Students' Skills in Mental Health and Psychiatric
Nursing

Phannapa Ruangkit Wanida Chawajaroenpan
Boosaba Sanguanprasit

สารบัญ

Contents

ผลของโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดต่อ ความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหารในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กัลยาวิร อนุพันธ์จารย์ สุมณฑิพย์ บุญเกิด
อลงกรณ์ สุขเรืองกุล วริศรา ปันทองหลาง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

จริยา กฤติยารณ ยูพาวดี แซ่เตีย

โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

นาฏอนงค์ แผงพงษ์ ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ
วิศนีย์ บุญหมั่น

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์แผนไทย

อชฌา วารีย์ เยาวเรศ สมทรัพย์

การเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ของนักเรียนวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น

กรรณิการ์ แสนสุภา

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย

ณัฐยา อ่อนผิว ประไพรัตน์ แก้วศิริ
นิชาพร ทิพสิงห์ พรณยุพา เนาว์ศรีสอน
เปรี๊ยะแก้ว ฝาระมี

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี

ศศิภรณ์ วิงวอน นิตยา ตากวิริยะนันท์
อังคณา จิรโรจน์

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร

สายทิพย์ ไชยรา ไพลิน นัตสันเทียะ
อิศรา ศรีทอง จีรวรรณ ศรีมนตรี

การศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก เพ็ญจมาศ คำชนะ
จริยา อินทนา ปริญญารณ ณะบุญปวง
ลักคณา บุญมี สุภาภรณ์ วรอรุณ

364 The Effect of Program to Reduce Blood Sugar on Knowledge Motivation and Food Selective Skill in Women with Diabetic Mellitus Patients with Uncontrolled Blood Sugar

Kanlayawee Anonjarn Sumonthip Boonkerd
Alongkorn Sukrueangkul Warissara Panthonglang

373 Effect of Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Hypertension Preventives among Persons at Risk Hypertension in Kantharalak District, Sisaket Province

Jariya Kittiyawan Yuphawadee Sae-tia

383 Program to Promote Behaviors Prevention of Coronavirus – 2019 (COVID -19) Disease of Parents Pre School-Aged Children in Child Development Center

Natanong Faengphong Nattida Panyatanakun
Wisane Boonmun

393 Development of The Healthcare Model of Thai Traditional Medicine (TTM) for The Older Adult with Hypertension

Acha Varee Yaowares Somsap

404 The Enhancement of Adolescent Students' Emotional Regulation on Cyberbullying by Solution Focus Group Counseling

Kannikar Sansupa

414 Factors Predicting Postpartum Depression among Cesarean Section Mothers with Sick Newborns

Nuttaya Onpiw Prapaiat Keawsiri
Nichaporn Tipsing Panyupa Naosrisorn
Priabgeaw Faramee

424 The Effects of A Cognitive-Behavioral Therapy Program in Conjunction with Social Support on the Social Functioning and Mental Health of Patients with Comorbid Amphetamine Dependence and Psychotic Disorders in a Treatment Center in Pathumthani Province.

Sasiporn Wingworn Niditaya Takviriyannun
Angkana Jirarode

435 The Development of Nursing System for Critical ill patients with covid-19 at Sakon Nakhon Hospital

Saithip Chaiyara Pailin Nadsantia
Isara Srithong Jeerawan Sirimontri

446 Study of Age-friendly City in Health Region 5th

Yaowaluck Meebunmak Phenchamat Khamthana
Jiriya Intana Parinyaphorn Thanabunpoung
Lukkana Boonmee Supaporn Voraroon

สารบัญ

Contents

การพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารก
แรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสกลนคร

วิราภรณ์ วราอัศวปติ ศรีอัมพร ต่วนยี่
ศศิธร ภักดีโชติ วันเพ็ญ ทิพน้อม

การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และ
ระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จากโรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็งการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี
ทรรศนีย์ นาคราช หทัยชนก บัวเจริญ

การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้
ประดับคลอง 15 อำเภอองค์รักษ์จังหวัดนครนายก
พัชรภรณ์ ไชยสังข์ พิมอร แก้วแดง
รัชพร ศรีเดช วรางคณา วงศ์อ้อย

ผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการ
ครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
สกวรัตน์ พวงลัดดา สว่างจิตร์ วสุวัต
ปภาจิต บุตรสุวรรณ ภัทรวรรณ สุขยิธ
นฤมล จินตพัฒน์กิจ

456 The Development of Nursing Model for Preventing
Critical Conditions in Neonates with Respiratory Distress,
Sakon Nakhon Hospital.

Wiraporn Warasawapati Sriamporn Tuanyee
Sasithorn Pakdeechot Wanpen Tipamom

466 Management of Remote Nursing Service System and
Continuous Care System Coronavirus Disease 2019
Patients from The Field Hospital to Makarak Hospital
Kanchanaburi

Tasane Nakarat Hathaichanok Buajaroen

476 The Development of health tourism in Ornamental plant
village Khlong 15, Ongkharak District, Nakhon Nayak
Province

Phatcharaphan Chaiyasung Pim-on Kaewdang
Rutshaporn Sridet Warangkana Wong-oui

484 Effects of Mindfulness-Based Nursing Program on
Rumination and Executives Function in Major depressive
disorder

Skaorat Puangladda Sawangjit Wasuwat
Pabhajit Budsuan Pattarawat Sukyirun
Naruemon Jintapathanakit

การบริการสุขภาพทางไกล ทางเลือกใหม่สู่การส่งเสริมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในยุคโควิด

Telehealth: Alternative Self-Management Promotion in People with Diabetes During Covid Pandemic

นุชรัตน์ มังคละคีรี*¹ อธิชัย มังคละคีรี²

Nutcharat Mangklakeree*¹ Terachai Mangklakeree²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

¹Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

โรงเรียนปิยะมหาราชาลัย นครพนม ประเทศไทย 48000

²Piyamaharachalai School, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กว่า 2 ปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมเป็นวงกว้าง รวมทั้งระบบการให้บริการสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเบาหวานยังคงได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพทางไกล (telehealth) ชนิดและรูปแบบของการบริการสุขภาพทางไกลที่นำมาใช้ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางไกล (teleconsultant) การเฝ้าติดตามสุขภาพทางไกล (telemonitoring) ทั้งชนิดที่สามารถโต้ตอบได้ทันที (real-time/ synchronous) และไม่สามารถโต้ตอบได้ทันที (store and forward/ asynchronous) ซึ่งได้ผลลัพธ์ที่ดีในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ปัญหาและอุปสรรคในการนำ telehealth มาใช้ทั้งด้านทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และระยะเวลาในการเรียนรู้และปรับตัวของบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งเป็นความท้าทายในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการสุขภาพทางไกล ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในยุคหลังโควิด 19

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพทางไกล, โควิด 19, เบาหวาน, การจัดการตนเอง

Abstract

The epidemic of coronavirus disease 2019 (Covid-19) over the past 2 years has affected the way of life, economy, and society widely. Including health care service system that has changed form of health care service. Information communication technology has been applied in diabetes care during pandemic. This article aimed to provide the evidence of telehealth which focus on modalities and usage of telehealth for delivery healthcare service during covid 19 crisis, the outcomes and the challenging of applying telehealth for self-management in diabetes people. The usage of telehealth enables the provision of synchronous (real-time)

Corresponding Author: *E-mail: nutcharat@npu.ac.th

วันที่รับ (received) 17 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ก.พ. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 มี.ค. 2566

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
Vol. 24 No.2 May - August 2023

and asynchronous (store and forward) consultation and monitoring between patients and clinicians. The advantages of telehealth application to diabetes management enhanced health behaviors for glycemic control during the pandemic and remote health care. The barriers of telehealth were human resource, budget, equipment, and time, including the diabetes patient. However, there are still challenges for applying telehealth in diabetes management after pandemic.

Keywords: telehealth, Covid 19, diabetes, self-management

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ทั่วโลก (pandemic) ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 มากกว่าห้าร้อยล้านราย และมีผู้เสียชีวิตเกินกว่าห้าล้านราย สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 มากกว่าสี่ล้านรายและเสียชีวิตเกินกว่าสามหมื่นราย¹ ช่วงที่มีการระบาดอย่างหนักมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่องเกินกำลังของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ผู้ป่วยอาการหนักมีเพิ่มมากขึ้นต้องใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 มากขึ้น โรงพยาบาลขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อทำให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ อีกทั้งมีการประกาศล็อกดาวน์ เพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปเช่นการทำงานที่บ้าน หรือเรียนหนังสือที่บ้านจากการปิดสถานศึกษาชั่วคราว รวมถึงการให้บริการของสถานพยาบาลที่ต้องปรับแนวทางในการให้บริการเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ โดยรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเท่านั้น บางแห่งงดบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก เลื่อนนัดผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อโควิด 19 และไม่เร่งด่วนในการรักษาออกไป รวมทั้งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD) เช่น เบาหวาน ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตรวจระดับไขมันในเลือด ตรวจดูการทำงานของไต รับคำแนะนำในการจัดการตนเองและพบแพทย์ผู้รักษาได้ตามปกติ

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานยังต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สถานพยาบาลแต่ละแห่งจึงได้ปรับเปลี่ยนการให้บริการเพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและการเข้าถึงการบริการสุขภาพ จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลเปลี่ยนเป็นการบริการสุขภาพทางไกล (telehealth) ด้วยการติดตาม

ผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันในรายที่ไม่มีอาการรุนแรงรวมทั้งการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดูแลรักษาและติดตามสุขภาพของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบทความนี้จะกล่าวถึงเบาหวานกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 การบริการสุขภาพทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมถึงผลลัพธ์ ปัญหาและอุปสรรคของการใช้ Telehealth

เบาหวานกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี 2560 ประมาณ 425 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 463 ล้านคนในปี 2562 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มมากกว่า 100 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า² สำหรับประเทศไทยอัตราการเป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563 และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 26.3 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์³ จากการสำรวจทำให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะกระตุ้นให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระของออกซิเจนหรือ reactive oxygen species (ROS) เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการอักเสบ (systemic inflammation) ภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) ซึ่งจะทำให้ nitric oxide ลดลง ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นและกระตุ้นให้มีการสร้าง angiotensinogen ซึ่งส่งผลให้ระบบ renin-angiotensin

ทำงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบภาวะหลอดเลือดหดตัวมากขึ้น
เกล็ดเลือดมีการเกาะกลุ่มกันมากขึ้น (hyper aggregation)
หลอดเลือดทำงานผิดปกติเกิดการทำลายเยื่อภายในหลอดเลือด
(endothelial damage)⁴ จากกลไกดังกล่าวส่งผล
ให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่ายกว่า
คนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือที่
เรียกว่า โรคโควิด 19 เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (severe
acute respiratory syndrome coronavirus 2) ผู้ที่ติดเชื้อ
ส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดง หรือมีอาการแต่ไม่รุนแรง มีเพียงส่วน
น้อยที่จะมีอาการรุนแรงจากปอดอักเสบจนเสียชีวิตโดยเฉพาะ
ผู้ที่มีโรคร่วม ซึ่งโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้
อาการของโรครุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเมื่อ
มีการติดเชื้อ ผลการศึกษาทางคลินิกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19
พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง 2-3
เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน^{5,6} นอกจากนี้ยังพบว่า
อาการของโรคจะรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
มากกว่าเกือบ 3 เท่าจนต้องเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU)⁶
จากการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่า สาเหตุที่ทำให้อาการ
ของผู้ป่วยเบาหวานหากติดเชื้อโควิด 19 จะมีความรุนแรง
มากกว่าคนทั่วไป มี 3 ประการ⁷

1. ปอดอักเสบ เกิดจากเอนไซม์ Angiotensin-
converting-enzyme 2 (ACE2) receptors มีบทบาทในการนำ
เชื้อไวรัสเข้าสู่อวัยวะเป้าหมาย โดยเชื้อไวรัส SARS-CoV2 จะมี
spike protein บนผิวทำให้จับกับ ACE2 ที่อยู่บนผิวของอวัยวะ
เป้าหมายโดยเฉพาะที่เซลล์ปอด การเพิ่มขึ้นของตัวรับ ACE2
ช่วยให้เชื้อไวรัสเข้าไปในเซลล์ได้ง่ายซึ่งเพิ่มความไวต่อการติด
เชื้อและทำให้เกิดปอดอักเสบ อย่างไรก็ตามหลังจากมีการติด
เชื้อไวรัสการแสดงออกของ ACE2 จะลดลงส่งผลให้การอักเสบ
รุนแรงมากขึ้น ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าการทำงานของ ACE2
เกิดจาก glycosylation ซึ่งทำให้ปอดอักเสบรุนแรงมากขึ้น
และอาจนำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้⁸

2. ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง การที่
ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจนทำให้เกิดความรุนแรงต่อเนื้อเยื่อ
ในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของ
ปอดลดลง รวมทั้งความสามารถในการกำจัดเชื้อไวรัสก็ลดลง

3. โรคเบาหวานนอกจากจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกัน
ในร่างกายลดลงแล้วยังทำให้กระบวนการจัดการกับการ
อักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสลดประสิทธิภาพลง ร่างกายมี

ความไวต่อการเกิดกระบวนการอักเสบมากกว่าปกติ
(Hyperinflammation)

จากการศึกษาถึงความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้อง
ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดและเชื้อไวรัส SARS-CoV-2
ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
โควิด 19 ควบคู่กับการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ
แทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคเมื่อติดเชื้อโควิด 19

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การ แพร่ระบาดของโควิด 19

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความ
สามารถของบุคคลในการจัดการอาการ การรักษา ผลกระทบ
ทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ในการดำเนินชีวิตเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย⁹ การจัดการตนเอง
เป็นงาน (task) ที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องทำไปตลอดชีวิต การให้
ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่
เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ทักษะ และความสามารถ
ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง ความรู้และทักษะที่ผู้ป่วย
เบาหวานต้องได้รับตามมาตรฐานของสมาคมผู้ให้ความรู้
โรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (American Association of
Diabetes Educators: AADE) มี 7 ด้าน หรือที่เรียกว่า
AADE 7 self-care behaviors¹⁰ ประกอบด้วย 1) การรับ
ประทานอาหาร (healthy eating) 2) การเคลื่อนไหวร่างกาย
และการออกกำลังกาย (being activity) 3) การรับประทานยา
(taking medication) 4) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด
(Monitoring) 5) การแก้ปัญหาในการจัดการตนเองของผู้เป็น
เบาหวาน (problem solving) 6) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน (reduce risk) 7) การดูแลสุขภาพจิตใจเมื่อเผชิญ
ความเครียดหรือปัญหา (healthy coping) นอกจากนี้การได้
รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพในการจัดการตนเอง
จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการควบคุม
เบาหวานและร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหา และมีความมั่นใจ
ในการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง
มากขึ้น การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญกับ
ผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างมาก

ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ผู้ป่วยเบาหวาน
นอกจากต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19
ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ¹ และถือเป็นการปฏิบัติในวิถี

ชีวิตประจำวันคือ การเว้นระยะห่าง (social distancing) หลีกเลี่ยงการรวมกลุ่ม การสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโควิด 19 การล้างมือ (hand washing) การใส่หน้ากากอนามัย (mask) การตรวจเช็คอุณหภูมิ (temperature) และการได้รับวัคซีน (vaccination) ในขณะเดียวกันยังต้องจัดการตนเองในการควบคุมเบาหวานควบคู่กันไป โดยเฉพาะในช่วงที่มีการล็อกดาวน์และจำกัดการรวมกลุ่มคน จำกัดการเดินทาง การไปทำงาน การออกไปเลือกซื้ออาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาล การไปตรวจตามนัด ยารับประทานที่ใกล้หมด ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานได้ รวมไปถึงการจำกัดการให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถไปรับบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลได้ตามปกติ บุคลากรทางสุขภาพจึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นผู้ป่วยเบาหวานที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งแอปพลิเคชัน¹¹ ที่สามารถส่งรูปภาพ วิดีโอ ข้อความ หรือสามารถโทรสอบถามข้อมูลทั้งแบบเห็นภาพและไม่เห็นภาพ ผู้ป่วยเบาหวานจึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง รับรู้ปัจจัยเสี่ยงและมีความเข้าใจถึงโอกาสที่ตนเองจะติดเชื้อ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิดเพิ่มมากขึ้น¹¹ สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีการปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพให้เข้ากับสถานการณ์ โดยการจัดให้บุคลากรทางสุขภาพหรือ อสม. นำส่งยาให้ถึงที่บ้าน วัดความดันและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการควบคุมเบาหวานเพิ่มมากขึ้น¹² ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยยังสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการสุขภาพทางไกลจึงมีเพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายของเชื้อโควิด 19 ควบคู่กับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การบริการสุขภาพทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การบริการสุขภาพทางไกล หรือในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Telehealth หรือ Telemedicine เป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้¹³ โดยความหมายของทั้งสองคำมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย โดย Telehealth มีความหมายที่กว้างกว่าและครอบคลุมการบริการสุขภาพทางไกลจากบุคลากรสุขภาพถึงผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information Communication Technology, ICT) ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อใช้ในการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ทั้งนี้ยังรวมถึงการประชุมปรึกษาหารือ การฝึกอบรม การศึกษาทางด้านสุขภาพระหว่างบุคลากรสุขภาพด้วยกัน ส่วนคำว่า Telemedicine จะมุ่งเน้นที่การบริการด้านสุขภาพทางคลินิก (Clinical service) ทางไกลจากบุคลากรสุขภาพถึงผู้ป่วยเป็นหลัก ในภาษาไทยคำที่ใช้ได้แก่การแพทย์ทางไกล การบริการสุขภาพทางไกล การติดตามสุขภาพทางไกล หรือ โทรเวชกรรม เป็นต้น

ประเทศไทยได้นำการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้นานกว่าทศวรรษ ส่วนใหญ่ใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาโรค ซึ่งมีการใช้เฉพาะกลุ่มโรคและเฉพาะพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านทรัพยากร การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้เป็นตัวเร่งหรือตัวกระตุ้นให้มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการให้บริการสุขภาพทางไกลเพิ่มสูงขึ้นแบบก้าวกระโดด เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ควบคู่ไปกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสถานพยาบาลแต่ละแห่งจึงได้มีรับและพัฒนานวปฏิบัติที่นำเทคโนโลยีการสื่อสารมาช่วยในการป้องกันและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานนอกเหนือจากการวินิจฉัยและการรักษา ชนิดของการให้บริการสุขภาพทางไกลมีหลากหลายประเภทขึ้นกับรูปแบบการสื่อสาร วัตถุประสงค์ และระยะเวลาการส่งข้อมูล โดยสามารถแบ่งชนิดการให้บริการสุขภาพทางไกลออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ¹⁴ คือ 1) แบบที่สามารถโต้ตอบได้ทันที (real-time หรือ synchronous) 2) การจัดเก็บและส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพ (store and forward, หรือ asynchronous) 3) การติดตามสุขภาพทางไกล (remote patient monitoring) 4) การดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mHealth) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **แบบที่สามารถโต้ตอบได้ทันที** (real-time หรือ synchronous) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่สามารถโต้ตอบได้ทันทีระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องที่มีทั้งภาพและ/หรือเสียง ซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ หรือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพด้วยกัน ผ่านการพูดคุยทางโทรศัพท์ หรือการประชุมปรึกษาผ่านทาง video โดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถซักประวัติ สอบถามอาการและสังเกตลักษณะของผู้ป่วยได้ หรือให้แพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพตรวจร่างกายตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้เห็นผ่านวิดีโอ และให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลที่ขอรับคำปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางสุขภาพที่เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานหลังการสอนการใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เช่นการใช้ insulin pumps การใช้ปากกาฉีดอินซูลิน การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพโดยผ่าน video call หรือการจัดให้มี Hotline ให้บริการตอบข้อข้องใจให้กับผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องต่างๆ¹⁵ เป็นต้น

2) **การจัดเก็บและส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพ** (store and forward, or asynchronous) เป็นการปฏิสัมพันธ์ที่ไม่สามารถโต้ตอบได้สดๆ หรือทันที ส่วนใหญ่เป็นบริการสุขภาพทางไกลที่เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพระหว่างบุคคล เช่น การส่งภาพถ่าย x-rays ภาพ ultrasound ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายละเอียดการรักษา หรือการวินิจฉัยโรคส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอคำปรึกษา ทางอีเมลหรือจดหมาย ข้อความ ซึ่งแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพที่อยู่ปลายทางจะไม่สามารถซักประวัติหรือสังเกตลักษณะของผู้ป่วยได้โดยตรง ตัวอย่างเช่น การส่งข้อความหรือรูปภาพทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์หรือโทรศัพท์มือถือเพื่อประเมิน retinopathy¹⁵ หรือแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁶ การให้ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง ในการช่วยแก้ไขข้อข้องใจให้กับผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การใช้ insulin pump โดยหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเว็บไซต์ ที่มีการรวบรวมข่าวสาร การดูแลและปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 รวมทั้งการอบรมสัมมนาออนไลน์ (web-based seminar หรือ Webinar) ของบุคลากรทางสุขภาพ

3) **การติดตามสุขภาพทางไกล** (remote patient monitoring) เป็นการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยด้วย

อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และส่งข้อมูลไปยังบุคลากรทางสุขภาพเพื่อการรักษาและติดตามอาการของผู้ป่วย เช่น การใช้เครื่องมือสื่อสารหรือสมาร์ทโฟน แล้วลงโปรแกรมหรือแอปพลิเคชันที่สามารถส่งข้อมูลจากการวัดระดับน้ำตาลในเลือด (glucose meter) หรือความดันโลหิต (BP monitor) ไปยังบุคลากรทางสุขภาพได้เลย¹⁷

4) **การดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่** (mHealth; mobile health) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ eHealth เป็นการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ หรือใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยรูปแบบการใช้ mHealth¹⁵ มีทั้งการส่งข้อความ (short message service, SMS) ภาพ เสียง วิดีโอ หรือแอปพลิเคชัน (applications)¹⁶ เพื่อช่วยในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ การนัดหมาย สำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่สามารถช่วยกระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเช่น นาฬิกาสวมใส่ขณะเดิน หรือออกกำลังกาย อุปกรณ์วัดระดับออกซิเจนในเลือดแบบพกพา หรืออุปกรณ์วัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบพกพา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบอาการได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลดังกล่าวให้กับบุคลากรทางสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพทางไกลในประเทศไทยมีการใช้แพร่หลายมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่เห็นได้ชัดในการอบรมสัมมนาออนไลน์ของบุคลากรทางสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน zoom หรือ Cisco WebEx ซึ่งเป็นรูปแบบวิดีโอที่สามารถโต้ตอบได้ทันที สำหรับการดูแลรักษาและติดตามสุขภาพผู้ป่วยที่มีอาการไม่ซับซ้อนหรือดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างเบาหวาน พบว่ามีรูปแบบการใช้การบริการสุขภาพทางไกลหลายประเภทร่วมกัน ที่พบในปัจจุบันได้แก่

1) **การให้คำปรึกษา** (teleconsultant) ผู้เชี่ยวชาญจะให้คำปรึกษาหรือประเมินภาวะสุขภาพโดยการพูดคุย สอบถามอาการผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือวิดีโอ¹⁸ เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาในการดูแลรักษา และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การติดตามอาการของผู้ป่วยตามนัดผ่านวิดีโอของระบบปฏิบัติการต่างๆ¹⁹ ผู้ป่วยส่งรูปอาหารที่รับประทานให้ดู หรือปรึกษาระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจได้ให้แก่พยาบาลผู้ดูแล ถ้ามีความผิดปกติพยาบาลจะสื่อสารกับแพทย์ผู้ดูแลในการปรับยาหรือเมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน²⁰

2) การเฝ้าติดตามสุขภาพทางไกล (telemonitoring)

เป็นการเฝ้าติดตามสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโดยการนำอุปกรณ์ตรวจวัดต่างๆ ไปติดตั้งที่บ้าน โดยส่งข้อมูลมาที่บุคลากรทางสุขภาพ ถ้าข้อมูลที่ส่งมามีความผิดปกติก็จะแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยทันทีหรือแจ้งวิธีแก้ปัญหาเบื้องต้นให้ก่อนเข้ารับการรักษา เช่นการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตเมื่ออยู่ที่บ้านและส่งผลการตรวจนั้นให้กับพยาบาลผู้ดูแล^{17,20} ผู้ป่วยเบาหวานที่ติดเชื้อโควิด 19 แต่ไม่มีอาการรุนแรงเมื่อต้องแยกกักตัวอยู่ที่บ้านจะได้รับการติดตามอาการและวัดค่าออกซิเจนจากปลายนิ้วมือ แล้วให้ผู้ป่วยส่งข้อมูลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ให้กับบุคลากรสุขภาพในเขตความรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ตลอดระยะเวลาที่กักตัว

3) การให้ข้อมูลทางสุขภาพ (information)

เป็นการให้บริการสอบถามความรู้เรื่องสุขภาพ หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค โดยผู้ใช้สามารถสืบค้นข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ หรือเว็บเพจ แอปพลิเคชัน ทางคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน หรือการปรึกษาออนไลน์กับผู้เชี่ยวชาญเช่น เบาหวานกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค/ การควบคุมระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย การใช้ยาและอื่นๆ ด้วยการส่งข้อความ รูปหรือวิดีโอ ผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่หรือ application line^{20,21} เป็นต้น

การให้คำปรึกษา การเฝ้าติดตามสุขภาพทางไกล และการให้ข้อมูลทางสุขภาพ สามารถเป็นได้ทั้งชนิดที่สามารถโต้ตอบได้ทันที (real-time หรือ synchronous) พร้อมกับการส่งข้อมูลทางสุขภาพ (store and forward, or asynchronous) ผ่านอุปกรณ์การสื่อสาร (mobile) ร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ ลักษณะการส่งข้อมูล และความพร้อมทางด้านเทคโนโลยี ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารโดยเฉพาะสมาร์ทโฟนมาใช้ในการติดตามผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้แอปพลิเคชันในการคำนวณอินซูลินนับคาร์โบไฮเดรต การส่งต่อข้อมูลสุขภาพ การคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา วิดีโอคอลในการรับปรึกษาแผลเท้าเบาหวานหรือความผิดปกติของผิวหนัง การให้บริการสุขภาพทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และลดความแออัดในโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพทางไกลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การบริการสุขภาพทางไกล (Telehealth) มีการใช้อย่างแพร่หลายและเป็นเครื่องมือสำคัญของบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริม สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวให้สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การให้บริการสุขภาพทางไกลช่วยเพิ่มผลลัพธ์ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ลดการมานอนโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน การนำ Telehealth มาเป็นเครื่องมือช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบของวิดีโอสมาร์ตโฟน ข้อความเสียง ที่มีการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยและทีมบุคลากรสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสม่ำเสมอในการบริหารยาด้วยตนเองเพิ่มขึ้น²⁰ ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง และมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง^{16,22} นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำเอาการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในแต่ละการศึกษาจะให้ผลลัพธ์ที่ต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับวิธีการหรือรูปแบบของ telehealth และการ feed back ส่วนใหญ่จะเป็นการใช้แบบผสมผสานกันหลายชนิด และพบว่าการใช้ telemonitoring ร่วมกับการ feedback ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการเบาหวาน ถ้ามีการโต้ตอบแบบ real time หรือ synchronous ยิ่งเพิ่มผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น¹⁷ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าการได้รับการรักษาแบบปกติ²² เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล^{20, 23}

ประโยชน์หรือข้อดีของการให้บริการสุขภาพทางไกล นอกจากผลลัพธ์ทางคลินิก และสุขภาพของผู้ป่วยแล้วยังมีประโยชน์ในด้านอื่นอีกได้แก่ 1) การลดค่าใช้จ่ายและเวลาจากการเดินทางไปโรงพยาบาล 2) เป็นการช่วยปรับปรุงการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกล 3) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลป้องกันสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น 4) การเพิ่มความสะดวกสบายและการเป็นส่วนตัว และ 5) การชะลอการแพร่กระจายของการติดเชื้อจากโรงพยาบาล^{17,18} อย่างไรก็ตามการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานถ้ามีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น^{20,21} จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่มีลูกชายในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้สามารถใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ได้อย่างถนัดและคล่องแคล่ว

สำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นและให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านการให้บริการสุขภาพทางไกลนอกจากจะช่วยเหลือเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานยังช่วยเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวผ่านกิจกรรมการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างวัยในครอบครัว ได้เรียนรู้เรื่องราวโรคของบุคคลในครอบครัว เห็นอกเห็นใจและเข้าใจกันมากขึ้น รวมทั้งได้เห็นประโยชน์ของการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น และได้ฝึกการดูแลเอาใจใส่บุคคลในครอบครัว เช่นการเตือนในเรื่องของการนัดหมาย การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพทางไกลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การให้บริการสุขภาพทางไกลในประเทศไทยมีเพิ่มสูงขึ้น จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผ่านมา นอกจากลดโอกาสเสี่ยงในการแพร่กระจายและการติดเชื้อโควิด 19 จากการเข้ารับบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพต้องพบและมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง ยังช่วยเพิ่มผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการสุขภาพทางไกลยังพบกับปัญหาที่มีความท้าทาย¹⁷ โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่บุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยต้องใช้เวลาอย่างจำกัดในการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบปฏิบัติการหรือเทคโนโลยีการสื่อสารซึ่งอาจส่งผลการดูแลรักษา ปัญหาสัญญาณในการติดต่อสื่อสารไม่เสถียร ส่งผลให้การใช้ระบบการให้บริการสุขภาพทางไกลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และการขาดแคลนเทคโนโลยีที่ใช้ระบบการให้บริการสุขภาพทางไกลเช่น คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ สำหรับในด้านการดูแลรักษาพบว่า บุคลากรทางสุขภาพและแพทย์ไม่สามารถตรวจร่างกายผู้ป่วยได้โดยตรงหรือผู้ป่วยบอกอาการได้ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายใหม่ส่งผลการวินิจฉัยและการรักษาโรค จึงอาจเหมาะกับการติดตามผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลรักษามาแล้ว

สำหรับอุปสรรคในการนำ telehealth มาใช้ พบในประเด็นเรื่องของงบประมาณซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายสูงในการติดตั้งและจัดการระบบ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ของเทคโนโลยีการสื่อสาร สำหรับการให้บริการสุขภาพทางไกลแก่โรงพยาบาลและผู้ป่วยในเขตชนบท การขาดความเชี่ยวชาญการใช้

อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ของบุคลากรทางสุขภาพ สัญญาณเครือข่ายการสื่อสารที่ยังไม่ครอบคลุมหรือมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลในเขตชนบทที่มีลักษณะทางภูมิประเทศที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค อีกทั้งการกระจายตัวของผู้ป่วยในเขตชนบทก็ไม่หนาแน่นเท่ากับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง อาจทำให้เพิ่มการลงทุนในการติดตั้งอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ส่งผลต่อความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สำหรับอุปสรรคในด้านของผู้ป่วย ที่อยู่ในเขตพื้นที่ชนบทห่างไกลมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและการมีสมาร์ตโฟนหรือเครื่องมือการสื่อสารที่สามารถรองรับการให้บริการสุขภาพทางไกลได้ ประกอบกับผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ที่อาจมีข้อจำกัดในการมองเห็นและการได้ยินที่อาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และความคุ้นเคยในการใช้อุปกรณ์สื่อสารดังกล่าว

สรุป

วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกภาคส่วนจนกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ (new normal) รวมทั้งระบบการบริการสุขภาพที่ต้องลดการเผชิญหน้าหรือปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง เทคโนโลยีการสื่อสารจึงเข้ามามีบทบาทในการช่วยให้การดำเนินชีวิต²⁴ และการบริการสุขภาพยังคงดำเนินต่อไปได้ ซึ่งวิกฤตในครั้งนี้ส่งผลเสียและผลดี ถ้ามองในมุมบวกโรคโควิด 19 ถือเป็นตัวขับเคลื่อนทำให้การนำ telehealth เข้ามาใช้ในการให้บริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังคงได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สามารถช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยมากขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหาและอุปสรรคที่ต้องแก้ไขและพัฒนาต่อไปทั้งด้านบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับระบบปฏิบัติการและเทคโนโลยีการสื่อสาร ความครอบคลุมของสัญญาณเครือข่าย งบประมาณในการติดตั้งและจัดการระบบด้านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ของเทคโนโลยีการสื่อสาร รวมทั้งความพร้อมของผู้ป่วยในการใช้เทคโนโลยีอาจมีข้อจำกัดหลายอย่าง ที่ยังต้องปรับและพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เหล่านี้จะสามารถลดน้อยลงได้ ถ้ามีการเตรียมความพร้อมทรัพยากรด้านต่างๆ

ทั้งบุคคล วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณและเวลา ในการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นความท้าทายสำหรับประเทศไทยในการให้บริการสุขภาพทางไกลซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ทางไกล หรือกรณีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อหรือภัยพิภัยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

References

1. Emergency Operations Center, Department of disease control, Ministry of Public Health. Coronavirus disease situation report. Bangkok: Emergency Operations Center, Department of disease control; 2022. (in Thai)
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas ninth edition. 2019: 4-5.
3. Aekplakorn W, editor. Report of the sixth national health examination survey in 2019-2020. 2021: 177-87. (in Thai)
4. Paneni F, Beckman JA, Creager MA, & Cosentino F. Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: part I. European Heart Journal 2013; 34: 2436-46.
5. Parohan M, Yaghoubi S, Seraji A, Javanbakht MH, Sarraf P, Djalali M. Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Aging Male. 2021; 23(5): 1416-24.
6. Roncon L, Zuinb M, Rigatell G, Zuliani G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome, Journal of Clinical Virology. 2020; 127.
7. Chee YJ, Tan SK, Yeoh E. Dissecting the interaction between COVID-19 and diabetes mellitus. Journal of diabetes investigation. 2020; 11(5): 1104-14.
8. Narasimhulu CA, & Singla DK. Mechanisms of covid-19 pathogenesis in diabetes. American Journal of Physiology Heart and Circulatory Physiology. 2022; 323, H403-20.
9. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education and Counseling. 2002; 48: 177-87.
10. American Association of Diabetes Educators. An effective model of diabetes care and education, revising the AADE7 self-care behaviors. The Diabetes EDUCATOR. 2020; 46(2): 139-60.
11. Jangpakdee S, Prasertsong C, Kasiphol T. The effects of health literacy program on covid 19 prevention behaviors type 2 diabetes mellitus patients. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3): 333-41. (In Thai)
12. Muangsri K, Latkhommom N, Thetnon P, Prasomruk P. Self-care behaviors before-after corona virus disease 2019 (covid 19) pandemic of diabetic mellitus patients in Na More Ma Subdistrict, Mueang Amnat Charoen District, Amnat Charoen province. Thai Health Science Journal and community public health. 2021; 4(1): 1-10. (In Thai)
13. Marcoux RM, Vogenberg FR. Telehealth: applications from a legal and regulatory perspective. Health Care & Law. 2016; 41: 567-70.
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Implementing telehealth in practice; ACOG committee opinion No. 798. obstetrics and Gynecology. 2020; 135: e73-9.
15. Muralidharan S, Ranjani H, Anjana RM, Allender S, Mohan V. Mobile health technology in the prevention and management of type 2 diabetes. Indian Journal of Endocrinology and Metabolis. 2017; 21(2): 334-40.

16. Aberer F, Hochfellner DA, Mader JK. Application of Telemedicine in Diabetes Care: The Time is Now. *Diabetes Therapy*. 2021; 12: 629-39.
17. Michaud TL, Ern J, Scoggins D, Su D. Assessing the impact of telemonitoring-facilitated lifestyle modifications on diabetes outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Telemed Journal Health*. 2021; 27(2): 124-36.
18. Hall R, Harvey MR, Patel V. Diabetes care in the time of COVID-19: video consultation as a means of diabetes management. *Practical Diabetes*. 2022;39(2):33.
19. Breton M, Sullivan EE, Deville-Stoetzel N, McKinstry D, DePuccio M, Sriharan A, et al. Telehealth challenges during COVID-19 as reported by primary healthcare physicians in Quebec and Massachusetts. *BMC Family Practice*. 2021; 22(1):192.
20. Dermkhuntod N, Sura-Amornkul S, Kwancharoen R, Chuantantikamol C. Effect of diabetes self-management education and support (DSMES) in patient with poorly controlled type 2 diabetes. *VNURSE*. 2022; 24: 1-24. (in Thai)
21. Riangkam C, Sriyuktasut A, Pongthavornkamol K, Kusakunniran W, Sriwijitkamol A. Effects of a mobile health diabetes self-management program on HbA1C, self-management and patient satisfaction in adults with uncontrolled type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Journal of Health Research* 2021.
22. Yingyaun K, Methakanjanasak N. Self -Management Telehealth Innovation for Patients with Diabetes Mellitus Type 2 with Dyslipidemia. *Srinagarind Medical Journal*. 2017; 31(6): 365-71. (in Thai)
23. Wiriyapong P, Pongsura S, Fuanchan A, Dhippayom T. The use of telemedicine to support type 2 diabetes care. *Journal Medical Health Science*. 2021; 28: 165-77. (in Thai)
24. Thawitsri N. The effect of an online lesson on the calculation competence of medication and intravenous fluids in nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2): 503-12. (in Thai)

การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการทำ Panendoscopy : ความท้าทายในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล

Anesthesia for Panendoscopy : The Challenging Role of Nurse Anesthetist

ศิริจรรยา จรรยาธรรม* ศรัณยา เฮงไพศาล ฌานิศา เมตตาพล เสาวภาคย์ จำปาทอง

Sirijunya Junyatham* Saranya Hengphaisan Chanisa Mettapol Saowapark Chumpathong

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

การทำ Panendoscopy เป็นการตรวจประเมินหารอยโรคในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ โดยการส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อไปตรวจตั้งแต่ระบบทางหายใจส่วนบนไปจนถึงหลอดอาหารส่วนต้น เพื่อหาต้นกำเนิดและระยะของโรค ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากทางหายใจมีการตีบแคบ ถูกบดบังจากรอยโรค และมีการใช้ทางหายใจร่วมกับสลิคแพทช์ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อทางหายใจอุดกั้นและนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวได้ ในการพยาบาลจึงต้องอาศัยวิสัญญีพยาบาลที่มีความชำนาญ เพื่อป้องกันและช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางหายใจ บทบาทของวิสัญญีพยาบาลมีความสำคัญ โดยเริ่มตั้งแต่การไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมยา อุปกรณ์และเครื่องมือให้พร้อม การทำงานร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยขณะทำการระงับความรู้สึก การดูแลส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องฟักฟื้น ตลอดจนการไปเยี่ยมติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนที่หอผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: การทำ Panendoscopy, การระงับความรู้สึก, ความท้าทายในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล

Abstract

Panendoscopy is a diagnostic procedure in uncertain malignancy patients according to head and neck lesions. Steps by steps direct visualization and tissue biopsy would be performed to identify the origin and stage of malignancy. Anesthetic management of the procedure can be challenging due to stenotic airway, concurrent airway sharing among surgeons and anesthesiologists. Airway management, detection, and treatment of intraoperative airway obstruction and desaturation are crucial. An expert nurse anesthetist is essential for patient care. The role of a nurse anesthetist is highly demanding, physically evaluated and mentally prepared during the preoperative visit, room set up with medication and specialized equipment, cooperating with the anesthesiologist during the procedure and handing over the patient to the postanesthetic care unit, and early detection of any postoperative complications, aiming for the best perioperative outcome for the patients.

Keywords: Panendoscopy, Anesthesia, The Challenging Role of Nurse Anesthetist

Corresponding author: * E mail: sirijunya_p@hotmail.com

วันที่รับ (received) 30 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 เม.ย. 2566

บทนำ

ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกหรือสงสัยว่าจะเป็นเนื้องอกที่บริเวณทางหายใจส่วนต้นตั้งแต่ช่องปาก (oral cavity) ลำคอ (throat) ช่องคอหอย (pharyngeal cavity) กล่องเสียง (larynx) เส้นสายเสียง (vocal cord) หลอดลม (trachea) และหลอดอาหารส่วนต้น (upper esophagus) ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจที่เรียกว่า panendoscopy ซึ่งประกอบด้วย การตรวจ 3 ขั้นตอนคือ การส่องกล้องในช่องคอ (direct laryngoscopy) การส่องกล้องหลอดลม (bronchoscopy) และการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagoscopy)¹ กล้องที่ใช้ส่องตรวจเป็นท่อขนาดเล็กที่ส่วนปลายสุดจะมีกล้องวิดีโอและใยแก้วนำแสงเพื่อส่งภาพไปแสดงผลบนจอทีวีทำให้เห็นตำแหน่งของรอยโรค และสามารถตัดชิ้นเนื้อไปส่งตรวจทางพยาธิได้อย่างแม่นยำ²

ในการระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลทางหายใจของผู้ป่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากมักเกิดปัญหาการอุดกั้นหรือการสูดสำลัก รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การทะลุของอวัยวะที่ตรวจตามมาได้ โดยระหว่างการตรวจผู้ป่วยจะต้องไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายและสามารถระงับความรู้สึกตัวที่เหมาะสมได้³

วิสัญญีพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางกายวิภาคของระบบทางหายใจ เข้าใจขั้นตอนในการตรวจเพราะเครื่องมือของศัลยแพทย์มีความหลากหลาย และมีการใช้ทางหายใจร่วมกัน จึงควรมีการสื่อสารวางแผนร่วมกัน ทราบโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อระบบทางหายใจมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ โดยจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม การดูแลผู้ป่วยในขณะระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย เฝ้าระวังติดตามอาการและสัญญาณชีพตั้งแต่เริ่มต้นไปจนเสร็จสิ้นกระบวนการระงับความรู้สึก ดูแลส่งต่อและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ห้องพักฟื้น⁴ และเยี่ยมประเมินอาการที่หอผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ในบทความนี้จะกล่าวถึงการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการตรวจ panendoscopy ความท้าทายในบทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขา การเตรียมยาและอุปกรณ์เครื่องมือในการให้การระงับความรู้สึก การดูแล

ส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น การติดตามเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วย หรืออาการข้างเคียงหลังการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลเบื้องต้นและดูแลแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที การประเมินคุณภาพการระงับความรู้สึก รวมถึงการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

การให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาทำ panendoscopy

ผู้ป่วยที่มาทำ panendoscopy มักมีพยาธิสภาพบริเวณทางหายใจ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะการอุดกั้นของระบบทางหายใจได้ง่าย ในรายที่มีความเสี่ยงสูงในการอุดกั้นทางหายใจในชั้นวิกฤต ศัลยแพทย์จะทำการเจาะคอภายใต้ยาชาเฉพาะที่⁵ ก่อนเริ่มระงับความรู้สึก ความสำเร็จในการทำหัตถการจะต้องมีการวางแผน และการสื่อสารร่วมกันระหว่างทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์ การวางแผนการจัดการทางหายใจในภาวะฉุกเฉินไว้ล่วงหน้าจะช่วยป้องกันภาวะทางหายใจล้มเหลว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น สมองขาดออกซิเจน หรืออวัยวะต่างๆ ล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁶ ขั้นตอนในการระงับความรู้สึกจะเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ถือเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ การเตรียมความพร้อมของยา อุปกรณ์เครื่องมือในการระงับความรู้สึก และการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก

การประเมินผู้ป่วย⁷

ผู้ป่วยก่อนมาทำ panendoscopy จะได้รับการตรวจประเมินร่างกายอย่างละเอียดโดยเฉพาะระบบทางหายใจ การซักประวัติทั้งโรคประจำตัวและโรคที่จะมาทำการตรวจ รวมถึงอาการอื่นๆ ดังนี้

1. การประเมินตำแหน่ง ขนาด ลักษณะของเนื้องอก และบริเวณรอยโรคที่เป็นว่ามีอาการกดเบียดทางหายใจจนอาจทำให้การช่วยหายใจผ่านหน้ากากยาก หรือการที่รอยโรคมีการลุกล้ำกระจายเข้ามาในหลอดลมซึ่งทำให้บดบังพื้นที่ในการใส่ท่อหายใจได้ และอาจใส่ท่อหายใจยากมากยิ่งขึ้น
2. การประเมินพยาธิสภาพของทางหายใจโดยศัลยแพทย์จะตรวจดูในช่องปาก และการส่องดูในลำคอ (indirect laryngoscope) เพื่อตรวจดูขนาด ตำแหน่งพยาธิสภาพของรอยโรคบริเวณช่องคอและกล่องเสียง ซึ่งจะมีผลต่อการจัดการทางหายใจในขณะระงับความรู้สึกได้
3. การซักประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่

หรือตีมีสุรมาเป็นเวลานาน พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมักมีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด หลอดลม และโรคตับร่วมด้วย

4. การตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest radiography) เป็นการตรวจทางรังสี เพื่อประเมินรอยโรคบริเวณหลอดลม ปอด หัวใจ หรือระบบหลอดเลือดหัวใจ เพื่อตรวจดูว่ามีการตีบแคบ พยาธิสภาพ และการกระจายของเนื้องอกไปที่ปอด การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography: CT) จะมีประโยชน์ในการบ่งชี้ระยะของโรค การลุกลามไปยังเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไป หรือการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) สามารถประมวลผลได้ภาพเนื้อเยื่ออ่อนที่มีความละเอียดสูง ช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง และแม่นยำมากยิ่งขึ้น

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วย ที่ทำการ panendoscopy

สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ก่อนให้การระงับความรู้สึก ระหว่างให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึกดังต่อไปนี้

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในระยะก่อนให้การระงับ ความรู้สึก

วิสัญญีพยาบาลไปเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยโดยร่วมปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมที่สุดก่อนทำการหัตถการ รวมถึงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือในการระงับความรู้สึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการ ได้แก่

1.1 การซักประวัติโรคประจำตัว การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ยาที่รับประทานเป็นประจำ การแพ้ยาหรืออาหาร ประวัติการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเคยได้รับการทำการหัตถการมาก่อน จึงควรสอบถามประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกที่ผ่านมาถึงปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการระงับความรู้สึกในครั้งนี้

1.2 การตรวจร่างกาย นอกจากการตรวจร่างกายทุกระบบแล้วควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในการประเมินภาวะการหายใจยาก (difficult airway) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่วิสัญญีแพทย์ที่มีประสบการณ์สูงไม่สามารถช่วยเปิดทางหายใจได้ เป็นสถานการณ์ที่ได้คาดการณ์ไว้ หรือเกิดขึ้นโดยที่ไม่ได้

คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า รวมถึงภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้⁸

- การช่วยหายใจผ่านหน้ากากยาก (difficult face mask ventilation)
- การใส่ท่อหายใจยากหรือไม่สามารถใส่ท่อหายใจได้ (difficult or failed tracheal intubation)
- การใส่อุปกรณ์ laryngoscope ยาก (difficult laryngoscopy)
- การช่วยหายใจผ่านอุปกรณ์เหนือกล่องเสียงยาก (difficult supraglottic airway ventilation)
- การถอดท่อหายใจยาก หรือไม่สามารถถอดท่อหายใจได้ (difficult or failed tracheal extubation)
- ความยากในการเข้าถึงทางหายใจ หรือไม่สามารถที่จะเข้าถึงทางหายใจด้วยวิธีทางศัลยกรรม (difficult or failed invasive airway)

1.3 การประเมินอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงพยาธิสภาพเหนือกล่องเสียงจากการอุดกั้นและลุกลามของโรค เช่น การหายใจตื้นเร็ว ขณะหายใจมีเสียง stridor อาการเหนื่อย มีลักษณะการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจมาก เสียงแหบ นอนราบไม่ได้จะต้องนอนศีรษะสูง หรืออยู่ในท่านั่ง รวมถึงการนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่งมีประวัติตื่นกลางดึก เพราะมีอาการหายใจไม่สะดวก โดยความรุนแรงของอาการแสดงจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดำเนินโรค⁹

1.4 การสอบถามประวัติเกี่ยวกับภาวะทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ พบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยสาเหตุจากพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีอาการเจ็บในช่องปากและลำคอ เบื่ออาหาร ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารที่หลากหลาย น้ำหนักตัวลดลง บางรายมีอาการกลืนลำบาก มีการตรวจพบความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย หรือมีภาวะขาดสารน้ำและสารอาหารได้ ส่งผลให้เกิดการเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำในร่างกายต่ำ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย แผลผ่าตัดหายช้า เพิ่มการเจ็บป่วย ทำให้อาจต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตมากขึ้น¹⁰

1.5 อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงขั้นตอนของการทำการหัตถการ วิธีการระงับความรู้สึก ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มระงับความรู้สึกจนเสร็จสิ้นหัตถการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระหว่างการระงับความรู้สึก และหลังการระงับความรู้สึก

การเตรียมตัวในการงดน้ำและอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนทำการหัตถการ เพื่อป้องกันการสูดสำลักขณะให้การระงับความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนในการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และคลายความกังวล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมการระงับความรู้สึก¹¹

2. บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือในการระงับความรู้สึก

2.1 การเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อหายใจ
เตรียมขนาดของท่อหายใจ และขนาดของ laryngoscope

blade ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยต้องตรวจสอบความสว่างของไฟ, stylet, syringe blow cuff, KY jelly และ stethoscope รวมทั้งอุปกรณ์ในการช่วยเปิดทางหายใจ เช่น face mask, oral airway, nasal airway, suction catheter ในการช่วยดูดเสมหะ และเตรียม flexible connector สำหรับต่อกับ side port ของ bronchoscope เพื่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยในขั้นตอนการทำ bronchoscopy ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ

- เครื่องควบคุมการให้น้ำนำสลบทางหลอดเลือดดำ เช่น target controlled infusion (TCI), syringe pump เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น infusion pump รวมถึงอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต (noninvasive blood pressure) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography) เครื่องวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (pulse

oximeter) และเครื่องวัดค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (end tidal CO₂)

- การจัดเตรียมห้องในการทำหัตถการ รดมยาสลบ (anesthesia machine) จะอยู่ทางด้านซ้ายมือของผู้ป่วย ส่วนรถในการเตรียมยา เครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณชีพและเสาน้ำเกลืออยู่ทางปลายเตียงของผู้ป่วยดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 การจัดเตรียมห้องและอุปกรณ์เครื่องมือในการระงับความรู้สึก

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในระหว่างให้การระงับความรู้สึก

1. การทำ briefing ร่วมกันภายในทีมวิสัญญี ซึ่งประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ แพทย์ประจำบ้านวิสัญญี วิสัญญีพยาบาล และนักศึกษาวิสัญญีพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อให้ทีมวิสัญญีได้รับข้อมูลที่สำคัญ การทำ briefing ร่วมกันกับศัลยแพทย์และทีมสหสาขาในห้องผ่าตัดเพื่อวางแผนสื่อสารให้เข้าใจถึงขั้นตอนการทำหัตถการให้ไปในแนวทางเดียวกัน วิสัญญีพยาบาลเตรียมยาและอุปกรณ์สำหรับการระงับความรู้สึกให้เหมาะสมตามหัตถการของศัลยแพทย์

2. สอบถามชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด และตรวจสอบกับป้ายชื่อที่ข้อมือผู้ป่วย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง พร้อมทั้งติดอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพซึ่งจะอยู่บริเวณปลายเตียง ทำการวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยก่อนเริ่มการระงับความรู้สึก

เทคนิคในการให้การระงับความรู้สึก

วิสัญญีแพทย์อาจให้ยาลดสารคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย หรือเสมหะ ได้แก่ glycopyrrolate ขนาด 0.005-0.01 มก./กก. บริหารทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นเริ่มให้ยา opioid นิยมใช้เป็น fentanyl ขนาด 1-2 มก./กก. เนื่องจากเป็นยาที่มีฤทธิ์สั้น และหมดฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็ว¹² ทีมวิสัญญีจะให้ผู้ป่วย

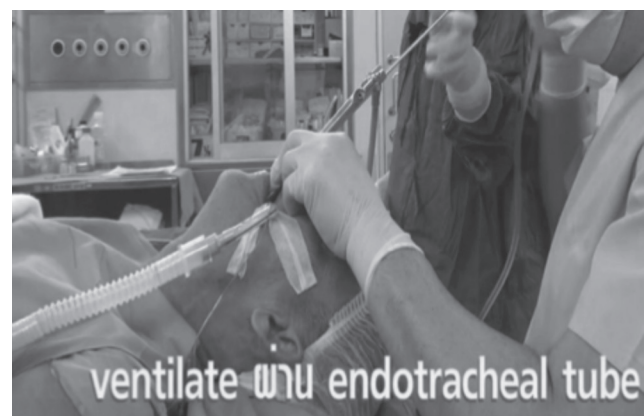
สูดดมออกซิเจนความเข้มข้น 100% ในอัตรา 6 ลิตร/นาทีผ่านทาง face mask เพื่อเป็นการเพิ่มออกซิเจนสำรองในปอด วิสัญญีแพทย์นำสลบและคงระดับความลึกของการระงับความรู้สึกด้วยวิธี total intravenous anesthesia (TIVA) โดยใช้เครื่อง syringe pump สำหรับการนำสลบให้ยา propofol ขนาด 1-2.5 มก./กก. บริหารทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นหยุดต่อเนื่องในขนาด 100-200 มก./กก./นาที ให้คงที่และเพียงพอ¹³ ส่วนการบริหารยาโดยใช้เครื่องTCI ควรเริ่มต้นโดยตั้งระดับยาเป้าหมาย (target concentration) ที่ 4.2-5.5 มก./มล. และสามารถปรับระดับยาระหว่างทำหัตถการในช่วง 1-3 มก./มล. และดูการตอบสนองของผู้ป่วย¹⁴ เมื่อผู้ป่วยหลับและหยุดหายใจ ทีมวิสัญญีทำการช่วยหายใจ โดยให้ออกซิเจนผ่านทาง face mask และควรสังเกตด้วยว่าสามารถช่วยหายใจได้อย่างเพียงพอหรือไม่ ก่อนพิจารณาให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เช่น atracurium ขนาด 0.5-0.6 มก./กก. หรือ cisatracurium ขนาด 0.15-0.2 มก./กก. จากนั้น ศัลยแพทย์จะทำการปิดตาผู้ป่วยและจัดทำ Boyce Jackson position ด้วยการรองผ้าใต้ไหล่ และหนุนศีรษะผู้ป่วยด้วย head ring เพื่อให้สะดวกต่อการทำหัตถการ ศัลยแพทย์เริ่มใส่อุปกรณ์ direct laryngoscope เพื่อตรวจดูกล่องเสียงและบริเวณโดยรอบ¹⁵ จากนั้นจะใส่ rigid bronchoscope

สิ่งที่สำคัญคือต้องประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) อย่างใกล้ชิด ถ้าคลัยแพทย์ยังไม่สามารถใส่ rigid bronchoscope ได้และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงไปที่ระดับ 95% ทีมวิสัญญีจะช่วยเหลือผู้ป่วยด้วย face mask สลับกับการให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ (intermittent-apnea technique)¹⁶ ขณะคลัยแพทย์พยายามใส่ rigid bronchoscope หลังจากใส่สำเร็จทีมวิสัญญีจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้ corrugate ที่ต่อจากวงจรระบบหายใจ (breathing circuit) และเชื่อมกับ side port ของ bronchoscope เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอตั้งรูปที่ 3 ถ้าระหว่างคลัยแพทย์ทำการตรวจหลอดลมและทีมวิสัญญีช่วยเหลือแต่พบว่าทรวงอกผู้ป่วยขยายตัวไม่เพียงพอสาเหตุอาจเกิดจากการรั่วของก๊าซบริเวณด้านข้างของ rigid bronchoscope การแก้ไขคือการเพิ่มอัตราการไหลของ

ออกซิเจนที่ช่วยเหลือหายใจหรือคลัยแพทย์ใช้ข้อขีปัดรอบ rigid bronchoscope บริเวณปากของผู้ป่วย หลังจากนั้นคลัยแพทย์จะดัน rigid bronchoscope ลงไปตรวจดูหลอดลมซ้ายและขวา ระหว่างนี้ทีมวิสัญญีควรช่วยเหลือด้วยปริมาตรก๊าซที่ลดลงเพื่อป้องกันการเกิด barotrauma เมื่อคลัยแพทย์ถอย rigid bronchoscope ออกมาอยู่บริเวณหลอดลมที่ทีมวิสัญญีสามารถกลับมาเพิ่มปริมาตรก๊าซในการช่วยเหลือได้อีกครั้งเพื่อให้ทรวงอกผู้ป่วยขยายตัวอย่างเพียงพอ หลังจากนั้นคลัยแพทย์จะสื่อสารกับทีมวิสัญญีว่าจะทำการถอย rigid bronchoscope ออก ทีมวิสัญญีควรเตรียมพร้อมที่จะใส่ท่อหายใจ หลังจากใส่ท่อหายใจเสร็จควรปิดท่อหายใจไปมูมปากด้านซ้ายของผู้ป่วยและติดยึดด้วยเทปให้แน่นที่บริเวณมุมปากซ้ายดังรูปที่ 4 เพื่อให้คลัยแพทย์สามารถอำปากผู้ป่วยได้กว้างในการทำ esophagoscopy



รูปที่ 3 แสดงการช่วยเหลือขณะทำ bronchoscopy



รูปที่ 4 แสดงการช่วยเหลือขณะทำ esophagoscopy

ภาพถ่ายโดย : ผศ.พญ. ศิริรัตน์ รัตนอาภา ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หากคลัยแพทย์ไม่สามารถที่จะใส่ rigid bronchoscope ได้จากสาเหตุ เช่น anterior cord อาจให้ทีมวิสัญญีทำการใส่ท่อหายใจ ซึ่งทีมวิสัญญีควรเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อหายใจยาก เช่น VDO laryngoscope ให้พร้อมใช้ ภายหลังใส่ท่อหายใจสำเร็จ คลัยแพทย์อาจทำการตรวจหลอดลมซ้ายและขวาโดยใช้ flexible bronchoscope ผ่านท่อหายใจถ้าผู้ป่วยมีทางหายใจที่ตีบแคบควรเตรียมท่อหายใจที่มีขนาดเล็กลงหรือใช้ท่อหายใจชนิดที่ไม่มี cuff

การทำ esophagoscopy คลัยแพทย์จะเข้าไปตรวจบริเวณหลอดอาหาร และอาจมีการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วย โดยก่อนเสร็จสิ้นการทำหัตถการทีมวิสัญญีอาจพิจารณาให้ยา

เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน และยา dexamethasone ในขนาด 0.1–0.2 มก./กก. เพื่อลดการบวมของทางหายใจ

เมื่อหัตถการใกล้เสร็จทีมวิสัญญีจะหยุดการให้ propofol และหลังเสร็จหัตถการจะแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ในการถอดท่อหายใจ¹⁷ ได้แก่ ระดับค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว รู้ตัว ลืมตา หรือทำตามบอกได้ มีการหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจเป็นปกติ มีปริมาตรอากาศที่ไหลเวียนเข้าออกจากปอดต่อการหายใจ 1 ครั้ง (tidal volume) มากกว่า 3–5 มล./กก. มีรีเฟล็กซ์การป้องกันการสำลักอาหาร (airway protective

reflex) กลับมา เช่น การไอ การกลืน หรือการขย้อน ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ โดยผู้ป่วยสามารถกำมือ แลบลิ้น หรือยกศีรษะค้างไว้ได้นานกว่า 5 วินาที ทำการดูดเสมหะและเลือดที่คั่งค้างในช่องปากและลำคอออกให้หมดก่อนทำการถอดท่อหายใจ จากนั้นให้ออกซิเจนผ่าน face mask 5-10 ลิตร/นาที่ มีการประเมินการหายใจของผู้ป่วยอีกครั้งก่อนเปลี่ยนเป็น cannula 3-5 ลิตร/นาที่ ปรับเตียงให้ศีรษะสูง และส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ระหว่างให้การระงับความรู้สึก อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) เช่น ภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (tachycardia) ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (bradycardia) ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ direct laryngoscope โดยตรวจพบจากจอสัญญาณแสดงผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจเกิดภาวะ hypoxia จากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีการบาดเจ็บของหลอดลมทำให้เกิดเลือดออกในทางหายใจ และมีโอกาสเกิดการเคลื่อนของกระดูกอ่อน arytenoid ทำให้เกิดเสียงแหบได้¹⁸

2. หลังให้การระงับความรู้สึก สามารถเกิดการบาดเจ็บบริเวณฟัน ริมฝีปาก ลิ้น และตาได้ อาจเกิดภาวะกล่องเสียงหดเกร็ง (laryngospasm) จากการมีเลือดหรือเสมหะที่คั่งค้าง และทำให้เกิดการอุดตันของทางหายใจได้ ในรายที่สงสัยภาวะลมรั่วของช่องอกหรือเยื่อหุ้มปอด อาจทำการประเมินผู้ป่วยโดยการเอกซเรย์ปอด¹⁹

3. บทบาทของวิสัญญีพยาบาลหลังการระงับความรู้สึก

เมื่อเสร็จสิ้นการระงับความรู้สึกผู้ป่วยจะได้รับ การดูแลจากทีมวิสัญญี โดยการติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวหลังจากถอดท่อหายใจซ้ำอีกครั้ง ก่อนนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น มีการติดเครื่อง pulse oximeter ตลอดการเคลื่อนย้าย²⁰ ทีมวิสัญญีจะเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ช่วยแก้ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการเคลื่อนย้าย²¹ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลที่ห้องพักฟื้นถึงปัญหาที่พบระหว่างการระงับความรู้สึก สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการต่อ แนวทาง การจัดการความปวด และการแก้อาการข้างเคียงจากการได้

รับการระงับความรู้สึก เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการหนาวสั่นและคันตามตัว เกณฑ์ของระดับสัญญาณชีพที่ผิดปกติ และเมื่อพบปัญหาเรื่องการหายใจให้รีบแจ้งทีมวิสัญญีทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที

ผู้ป่วยจะอยู่ในห้องพักฟื้นนานประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการ และเฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยทำการประเมิน ก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยโดยใช้ Modified Aldrete Score คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน ซึ่งคะแนนต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนจึงจะสามารถส่งกลับหอผู้ป่วยได้²²

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการเยี่ยมประเมิน และติดตามอาการผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก²³

วิสัญญีพยาบาลจะมีการดูแลและติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจะไปเยี่ยมติดตามหลังการระงับความรู้สึกภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อสอบถามปัญหา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการระงับความรู้สึกและช่วยแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ก่อนกลับบ้าน การจัดการความปวด การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ แนะนำการหายใจและการไออย่างถูกวิธี เพื่อให้ปอดขยายตัวและมีประสิทธิภาพดี เป็นการส่งเสริมการฟื้นตัว และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในระบบหายใจ พร้อมทั้งให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ ให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยในการกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ประเมินคุณภาพการบริการทางวิสัญญี ความพึงพอใจ และขอข้อเสนอแนะ ข้อควรปรับปรุงเพื่อนำไปพัฒนางานบริการทางวิสัญญีให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ก่อนการจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้านจะทำการประเมินโดยใช้ Modified Post Anesthesia Discharge Score System (Modified PADSS)²⁴ คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน คะแนนจะต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนจึงจะสามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

บทสรุป

การระงับความรู้สึกในการทำ panendoscopy เป็นการตรวจที่มีการใช้ทางหายใจร่วมกับศัลยกรรม สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคือ การอุดตันทางหายใจและการสูดสำลักที่เกิดจากเสมหะ และเลือดภายหลังจากเสร็จสิ้นหัตถการ วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เริ่มตั้งแต่การประเมินการและให้ข้อมูลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลผู้ป่วย

ก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึกมีบทบาทหน้าที่ช่วยดูแลทางหายใจและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังระงับความรู้สึกทำหน้าที่ดูแลส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น และเฝ้าติดตามอาการที่หอผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยอย่างสูงสุดต่อผู้ป่วย

References

1. Valentin A, Goetz M, Hetzel J, et al. Routine panendoscopy in oral squamous cell cancer patients: mandatory or facultative?. *Clinical Oral Investigations Journal*. 2021;25(3): 1245-54.
2. Pincet L, Sandre C, Lang FJW, Colin V. Oncologic Panendoscopy: Description of an Optimized Procedure Based on Our Experience. *International Archives of Otorhinolaryngology*. 2022;26(1): 125-31.
3. Ellard L, Wong DT. Anesthesia for airway panendoscopy. In Abdelmalak B, Doyle DJ, editors. *Anesthesia for otolaryngologic surgery*. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2013: 228-36.
4. Apfelbaum JL, Silverstien JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013; 118:291-307.
5. Eissner F, Haymerle G, Brunner M. Risk factors for acute unplanned tracheostomy during panendoscopy in HNSCC patients. *Public Library of Science Journal*. 2018;13(12): e0207171.
6. Wong P, Wong J, Mok MU. Anesthesia management of acute airway obstruction. *Singapore Medical Journal*. 2016;57: 110-7.
7. Patel A. Anesthesia for Otolaryngologic and Head-Neck surgery. In: Gropper MA, editor. *Miller's anesthesia*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020: 2010-35.
8. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1): 31-81.
9. Mantaga S, Nithiutha J. Acute Airway Obstruction Management in Patients with Ear Nose Throat Problems. *Thai Journal of Anesthesiology*. 2021;47(3): 271-9. (in Thai)
10. Chaikham R, Raksanaves L, Pichaya N, et al. Abstract: Factors Predicting Nutritional Behaviors among Patients with Head and Neck Cancer at Chonburi Cancer Hospital. *Journal of the Department of Medical Services*. 2021;43(6): 68-73.
11. Tareerath M, Chumpathong S. Anesthesia for Patients with Tracheobronchial Stenosis: Role of Nurse Anesthetist. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(1): 33-40. (in Thai)
12. Hamour AF, Laliberte F, Levy J, et al. Overprescription of opioid analgesia is common following ambulatory Otolaryngology-Head and Neck surgery procedures: A multicenter study. *World Journal of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2022;8(2): 145-51.
13. Johnson Pa, Ganapathy A, Narasimhan R. New Order of the Ages: Anesthesia in Bronchoscopy-Current Clinical Practice. *Journal of Association of Pulmonologist of Tamil Nadu*. 2020;3(3): 128-32.
14. Kim TK, Obara S, Johnson KB. Basic principles of pharmacology. In: Gropper MA, editor. *Miller's anesthesia*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020: 462-570.
15. Doyle DJ. Anesthesia for ear, nose, and throat surgery. In: Miller RD, editor. *Miller's anesthesia*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015: 2523-49.

16. Rudlof B, Hohenhorst W. Use of Apneic Oxygenation for the Performance of Panendoscopy. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation. 2013;149(2): 235-9.
17. Artime CA, Hagberg CA. Airway management in adult. In: Gropper MA, editor. Miller's anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020: 1370-412.
18. Shahangian A, Damrose E, Bronchoscopy in Panendoscopy: Review and assessment. The Journal of Laryngology and Otology. 2015; 129(12): 1220-3.
19. Juang J, Cordoba M, Ciaramella A, et al. Incidence of airway complications associated with deep extubation in adults. BioMed Central Anesthesiology. 2020;20(1): 274-82.
20. Saardwai P, Wivatvanit S. The Development of Nurse Anesthetists' Competency Assessment Scale, Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2): 123-30. (in Thai)
21. Dejarkom S, Wangdee A, Jirakulsawat. Nursing Care in the post anesthesia care unit. Thai Journal of Anesthesiology. 2014; 40(1): 46-52. (in Thai)
22. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. Journal of Clinical Anesthesia. 1995; 7 :89-91.
23. Suton P, Pongraweewan O. Postoperative Round. Thai Journal of Anesthesiology. 2020; 46(2): 119-24. (in Thai)
24. Palumbo P, Tellan G, Perotti B, et al. Modified PADSS (Post Anesthesia Discharge Score System) for monitoring outpatient discharge: Annali Italiani di Chirurgia Journal. 2013;84(6): 661-5.

ภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบ หลังการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็ก Multisystem Inflammatory Syndrome Complications after Infection COVID-19 in Children

ปภาสินี แซ่ด้ว* ศราวุธ เรืองสวัสดิ์ ธนิดา ทีปะपाल
Paparsinee Saetew* Sarawut Rueangsawat Thanida Teepapal
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84000
Boromarajonani College Of Nursing Suratthani, Suratthani Thailand 84000

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบในเด็ก(Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: MIS-C) เป็นกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ยากและมีโอกาสเสียชีวิต บทความวิชาการนี้จึงได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอกรอบแนวคิด หลักการและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบในเด็ก (MIS-C) ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหนังสือ บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามประเด็นดังต่อไปนี้ 1) แนวคิดเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบในเด็ก (MIS-C) 2) แนวทางการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบในเด็ก (MIS-C) 3) แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบในเด็ก (MIS-C) 4) บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบ (MIS-C) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบ (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: MIS-C) ไม่ให้เกิดอาการรุนแรงต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลายระบบในเด็ก, การติดเชื้อโควิด-19

Abstract

Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) is a severe complication following the novel Coronavirus Disease 2019 infection. It is a rare and potentially fatal condition. This review article aims to present a conceptual framework, principles and theories of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children which were analyzed and synthesized from books, academic articles and related research. The following issues were presented: 1) The concept of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children's complications; 2) Guidelines for the treatment of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; 3) Guidelines for the prevention of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; and 4) The role of nurses in the care of children with

Corresponding Author: *E-mail: papasinee@bcnsurat.ac.th

*อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

วันที่รับ (received) 24 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ก.ค. 2566

Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and provide the guidelines for taking care of children with Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in order to prevent the development of severe symptoms.

Keyword: Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: MIS-C ,Covid 19

บทนำ

การระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นทั่วโลกเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ทำให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมาก และก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง เชื้อไวรัสที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว โดยสามารถแพร่เชื้อทางการสัมผัส สามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คน¹ ซึ่งในเด็กส่วนใหญ่เมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะมีอาการน้อยกว่าผู้ใหญ่มาก โดย Dong et al. ได้ศึกษาคุณลักษณะของ เด็กจำนวน 2,143 คน ทั้งที่มีการติดเชื้อหรือสงสัย ว่าเป็น COVID-19 ในประเทศจีน พบว่ามีตั้งแต่อายุ 1 วันจนถึง 18 ปี (อายุเฉลี่ย 7 ปี) มีตั้งแต่ระยะที่ไม่มีอาการแต่ตรวจพบเชื้อไวรัสไปจนถึงเด็กกลุ่มที่มีการติดเชื้ออยู่ในระดับรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต ซึ่งเด็กที่มี การติดเชื้อระดับรุนแรงถึงขั้นวิกฤตมี 5.9% ของเด็กทั้งหมด² และการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กจะพบมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด โดยจะมีประวัติสัมผัสกับบุคคลในครอบครัวที่มีการติดเชื้อ เด็กจึงอาจติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ส่วนใหญ่จะมีอาการเหมือนเป็นไข้หวัดทั่วไป ซึ่งมักจะหายได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์³ การติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กได้เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ท่ามกลางการระบาดของเชื้อโอมิครอน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น ทั้งยังสร้างความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะมีอาการป่วยรุนแรง แม้ว่าการณดังกล่าวจะยังพบได้ไม่บ่อยตามอัตราส่วนติดเชื้อ

สำหรับข้อมูลของประเทศไทยเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทารกแรกเกิดตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 2564 ถึง 5 มิ.ย. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสม 7,210 ราย เสียชีวิต 110 ราย ส่วนทารกแรกเกิดจากกลุ่มนี้มีจำนวน 4,013 ราย ติดเชื้อ 319 ราย เสียชีวิต 67 รายผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคโควิด-19 พบว่ามีอาการหนักและวิกฤต ร้อยละ 6 ในขณะที่ผู้ใหญ่ที่มีอาการหนักและวิกฤตพบมากถึงร้อยละ 19 โดยกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีอาการรุนแรงในเด็ก ได้แก่ ทารกและเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี⁴ เด็กกลุ่มนี้จะมีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสกับเชื้อสูง เนื่องจากเด็กจะมีกิจกรรมการเล่นที่อาจสัมผัสกับสิ่งทำให้เกิดการติดเชื้อได้

เช่น การจับของใช้สาธารณะร่วมกัน แล้วมาสัมผัสเย็บในร่างกาย โดยการขี้น้ำ สัมผัสปาก หรือหยิบของกินเข้าปากหรือมีประวัติสัมผัสกับบุคคลในครอบครัวที่มีการติดเชื้อเนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยังไม่เหมาะสมทำให้เกิดการเจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย⁵ ถึงแม้ว่าการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กจะมีความเสี่ยงและอาการความรุนแรงน้อยกว่าการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและมีพยากรณ์โรคที่ดี มีระยะการฟื้นตัว ของโรครายใน 1-2 สัปดาห์ หรือ 14 วัน จากการศึกษาในผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อโควิด-193 จำนวน 44,672 ราย พบ ผู้เสียชีวิต จำนวน 965 ราย (ร้อยละ 2.2) มีผู้ป่วยเด็ก กลุ่มอายุ 10-19 ปี เสียชีวิต 1 ราย และไม่พบการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 9 ปี⁶ แต่ผู้ป่วยเด็กที่เคยติดเชื้อโควิด-19 สามารถมีภาวะลองโควิด (Long COVID) ซึ่งเกิดจากกระบวนการอักเสบต่อเนื่องระยะยาวในระบบต่างๆ ของร่างกาย หรืออาจเกิดภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานตนเอง (Autoantibody) ลองโควิดเป็นกลุ่มอาการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้นมากถึง 200 อาการ ทั้งในระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือดทางเดินอาหาร ผิวหนัง ฯลฯ อาการแสดงในแต่ละระบบที่แตกต่างกันไป ในปีพ.ศ. 2563 มีรายงานผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 21 ปี เกิดกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบอย่างรุนแรงซึ่งคล้ายกับโรคคาซากิ (Kawasaki disease) และในปัจจุบันได้มีปรากฏหลักฐานมากขึ้นว่าเด็กส่วนน้อยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 อาจเกิดกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบอย่างตามหลังการป่วยแบบเฉียบพลัน โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)⁷ เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19 ส่วนศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) เรียกว่า Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C⁷ ซึ่งภาวะ MIS-C เป็นอาการที่เกิดตามหลังการเป็นโควิด-19 ในเด็ก โดยจะมีอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหายโควิด ไปแล้ว 2-8 สัปดาห์ มีอาการรุนแรงในหลายๆ ระบบของ ร่างกาย ซึ่งอาการที่ควรสังเกต ได้แก่ ไข้สูงเกิน

38 องศาเซลเซียส นานเกิน 1 วัน หรือมีอาการระบบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ท้องเสีย รุนแรงไม่ดีขึ้น หรือมีอาการทางระบบหัวใจและระบบหายใจ ภาวะ MIS-C จะเป็นในเด็กโตมากกว่าเด็กเล็ก ซึ่งบางรายมีแทรกซ้อนอาการอักเสบรุนแรงทั่วร่างกายมากกว่า จึงอาจมีอันตรายร้ายแรงหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้^{8,9}

ถึงแม้การระบาดของโควิด 19 ในเด็กจะส่งผลเกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) มีอัตราการเกิดไม่มากเท่าผู้ใหญ่ แต่เมื่อเกิดแล้วเด็กจะมีภูมิคุ้มกันต่ำและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนการอักเสบหลายๆ ระบบหรือที่เรียกว่า ภาวะ MIS-C ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ผู้เขียนจึงมีความสนใจที่จะนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับภาวะมิสซี รวมถึงการดูแลรักษา การป้องกันและบทบาทของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เกิดภาวะ MIS-C เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะมิสซี (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: MIS-C)

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะมิสซี (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: MIS-C) คือกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เป็น ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะที่พบได้ยาก อาจเริ่มมีอาการได้ตั้งแต่ระยะที่ กำลังจะหายจากโรค หรือ ตามหลังการติดเชื้อประมาณ 2-6 สัปดาห์โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการแสดงของโรคโควิด-19 เพียงเล็กน้อย หรือไม่แสดงอาการ อายุเฉลี่ยของเด็กที่พบอาการดังกล่าว คือ 9 ปี พบในเด็กผู้ชาย มากกว่าเด็กผู้หญิง มีอาการอักเสบระบบต่างๆ ทั่วอวัยวะของร่างกาย ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป มีการคาดการณ์ว่าเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่สูงผิดปกติ มีอาการคล้ายโรคคาวาซากิ ที่มีอาการไข้สูง ตาแดง ผื่นขึ้นตามลำตัว ปากแห้งแตก ลิ้นบวม ปวดท้อง อาเจียน หรือต่อมน้ำเหลืองบวมบริเวณคอ หากมีอาการรุนแรงสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งภาวะ MIS-C สามารถพบได้ในเด็กที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 ที่มีภาวะลองโควิด ในเด็ก ประมาณ 25 - 45 % มักจะเกิดตามหลังการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 2-6 สัปดาห์ การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะมิสซี (MIS-C) ได้เช่นกัน ส่วนใหญ่มักเกิดหลังจากการติดเชื้อโควิด-19 กักตัว 14 วัน หรือเกิดเมื่อรักษาโรคโควิด-19 หายไปแล้ว ภาวะ MIS-C มักเกิดตามมามากใน 2 - 6 สัปดาห์ หลังจากการติดเชื้อ

โควิด-19 ทำให้หลายคนเรียกภาวะมิสซีว่า ลองโควิดในเด็ก¹⁰

ภาวะมิสซี ((MIS-C) จะมีอาการและอาการแสดงของ MIS-C ได้แก่ ไข้ การอักเสบ (ดูจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) และ อาการทรุดทางระบบร่างกาย หรือ ช็อก ผู้ป่วย MIS-C แสดงอาการได้ หลากหลาย ได้แก่ กลุ่มอาการคล้ายโรคคาวาซากิคือมีไข้ ผื่น ตาแดง มือ เท้าบวมแดง ปากแดง แห้ง แตก ต่อมน้ำเหลืองโต และมีอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง หรือ ท้องเสีย อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ พบได้ ใน MIS-C มากกว่าโรคคาวาซากิ อาการทางระบบทางเดินอาหารเช่นปวดท้องถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้อักเสบ ดับอักเสบ และ อาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ อาการคล้าย toxic shock syndrome การหมุนเวียนโลหิตล้มเหลว การทำงานของหัวใจบกพร่อง มี ภาวะ cytokine storm, macrophage activation syndrome หรือลักษณะของภาวะ hyperinflammatory Thrombosis หรือ ไตวายเฉียบพลัน หายใจหอบ จากหัวใจล้มเหลว หรือ pulmonary embolism อาการระบบทางเดินหายใจที่พบแบบเดียวกับโควิด-19 ในผู้ใหญ่ มักไม่พบในผู้ป่วยเด็กที่เป็น MIS-C เมื่อเปรียบเทียบกับโรคคาวาซากิ ผู้ป่วย MIS-C มักจะมีอาการ myocarditis มากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะ ช็อก และมีอาการที่รุนแรงกว่า¹¹

เด็กดั่งนั้นที่มีประวัติหลังการติดเชื้อ Covid -19 และมีกลุ่มอาการของ MIS-C อาจมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว อาจถึงแก่ชีวิตได้ การวินิจฉัยโรคจึงเป็นสำคัญต่อการป้องกันไม่ให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นได้ แพทย์จึงได้ต้องทำการตรวจร่างกาย การตรวจเลือดเพื่อประเมินค่าปฏิกิริยาการอักเสบในร่างกาย การตรวจหัวใจเพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) ประเมินการทำงานของหัวใจ การประเมิน Volume Status ว่ามีภาวะการโป่งพองของหลอดเลือดร่วมด้วยหรือไม่ และการตรวจอวัยวะที่อาจจะเกิดการอักเสบร่วมด้วย

แนวทางการดูแลรักษาภาวะมิสซี (MIS-C)

แนวทางการดูแลรักษาภาวะมิสซี (MIS-C)¹² ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางในการรักษาภาวะมิสซี (MIS-C) อย่างชัดเจน เพราะเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ ยังคงต้องใช้เวลาในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม แต่การรักษาภาวะมิสซี (MIS-C) ยังคงใช้แนวทางในการรักษาแบบเดียวกับโรคคาวาซากิ ได้แก่

การรักษาแบบประคับประคอง การรักษาแบบ

ประคับประคองอาการ (Palliative care) หรือ การรักษาตามอาการ (Supportive care) แพทย์จะเน้นรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีการดูแลดังนี้

1. เมื่อมีไข้ ทานยาลดไข้ เช็ดตัว ระวังไม่ให้ไข้สูง และชัก
2. เมื่อมีอาการไอ ทานยาแก้ไอละลายเสมหะ ลดน้ำมูก
3. ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาจจะต้องให้ออกซิเจนในการช่วยเหลือ พ่นยาละลายเสมหะเมื่อจำเป็น

การให้ยากลุ่มด้านการอักเสบ เช่น อิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulins) การรักษาภาวะ MIS-C ด้วยกลุ่มยาต้านการอักเสบ แพทย์ส่วนใหญ่มักใช้ยาอิมมูโนโกลบูลิน (Human normal immunoglobulin, intravenous: IVIG) ที่มักใช้รักษาในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ตัวเอง และสตรีรอยด์ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะ MIS-C ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี

หากผู้ป่วยที่มีภาวะ MIS-C อาการหนัก (cardiac dysfunction และ/หรือ ช็อก และ/หรือ sepsis) ผู้ป่วยเข้า ICU จะได้รับการรักษาโดยการ Echocardiogram เมื่อแรกเริ่ม Empiric antibiotics ให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการ MIS-C รุนแรงจนกว่าจะรู้ผลเพาะเชื้อ ให้ IVIG: 2 กรัม/กิโลกรัม 1 ครั้ง (ตาม ideal body weight) ในผู้ป่วยที่มี cardiac dysfunction อาจแบ่ง IVIG ให้ 1 กรัม/กิโลกรัม วันละครั้ง 2 วัน Steroids: ให้ methylprednisolone 1-2 มก./กก./วัน (ไม่เกิน 60 มก./วัน) ทางหลอดเลือดดำ ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องให้ขนาดสูง 10- 30 มก./กก./วัน 1-3 วัน ให้ Aspirin: ขนาดต่ำ (3-5 มก./กก./วัน ขนาดสูงสุด 81 มก./วัน) ใน MIS-C (รวมทั้งเด็กที่มี ลักษณะ KD) ยกเว้นรายที่มีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 80,000/มม³

ภาวะ MIS-C ที่มาจากภาวะ Long COVID ในเด็ก ถือเป็นภาวะที่อาจจะมีอาการรุนแรงและอันตรายถึงแก่ชีวิต นั่นดังหากเข้าข่ายที่จะเป็นภาวะ MIS-C โดยสังเกตจากอาการเริ่มต้นที่ได้กล่าวมาทั้งหมด ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อตรวจประเมินร่างกายและเข้ารับการรักษาโดยทันที เป้าหมายของการรักษา MIS-C คือ ลดการอักเสบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยในการรักษาเด็กจะต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น แพทย์จะทำการรักษาตามอาการ เพื่อป้องกันการอักเสบกลับเป็นซ้ำ ควบคุมและปรับการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน และต้อง

ติดตามอาการต่อเนื่องในระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี

แนวทางการป้องกันภาวะ MIS C

แนวทางการป้องกันภาวะ MIS-C (MIS-C)¹³ ในปี 2565 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้มีการจัดฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ไฟเซอร์ ให้กับกลุ่มเด็กอายุ 5-11 ขวบ โดยมีประสิทธิภาพในการป้องกันเช่นเดียวกับของผู้ใหญ่ แต่ปริมาณในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีปริมาณเพียง 1 ใน 3 ที่ฉีดให้ผู้ใหญ่เท่านั้น ภาวะ MIS-C (ลองโควิดในเด็ก) แม้ว่าจะมีโอกาสเกิดได้น้อย แต่ผู้ปกครองจำเป็นต้องเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยให้ดี เนื่องจากภาวะ MIS-C มีความรุนแรงอาจอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ วิธีป้องกันภาวะ MIS-C ที่ดีที่สุดคือการป้องกันเชื้อโควิด-19 หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ป่วย เว้นระยะห่างจากสังคม 1.5 - 2 เมตร สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ รวมไปถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เนื่องจากโรคโควิด-19 นับเป็นสาเหตุหลักที่อาจจะนำไปสู่ภาวะ MIS-C หรือ ลองโควิดในเด็กได้ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้ผู้ป่วยลองโควิด-19 ควรดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของตนเองอยู่เสมอ ด้วยการกินอาหารที่ดีมีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ประชุม สะอาด เน้นอาหารย่อยง่าย เนื่องจากอาจมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และหากมีอาการเบื่ออาหาร ควรแบ่งอาหารเป็นมื้อย่อย ๆ หลาย ๆ มื้อ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ตลอดวัน ไม่ให้ร่างกายอ่อนล้า อ่อนเพลีย และควรเลือกกินอาหารที่มีโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม เนยแข็ง ถั่วต่าง ๆ เต้าหู้ รวมทั้งบริโภคอาหารที่มีจุลินทรีย์สุขภาพ หรือ โพรไบโอติกส์ (Probiotics) ได้แก่ โยเกิร์ต นมเปรี้ยว โดยควรเลือกชนิดที่มีน้ำตาลน้อย กินร่วมกับอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง ถั่วลิสง ถั่วพุด กล้วย หัวหอมใหญ่ กระเทียม เป็นต้น เพื่อเป็นอาหารให้จุลินทรีย์สุขภาพ และยังช่วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารประเภท Junk Food อาทิ อาหารสำเร็จรูป อาหารแช่แข็ง อาหารหมักดอง อาหารปิ้งย่าง ของทอด ของมัน หรืออาหารรสจัด ย่อยยาก รวมทั้งควรงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอาหารเหล่านี้มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดต่ำลง ทั้งนี้ วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ก็มีส่วนช่วยให้ร่างกายฟื้นฟู แข็งแรง และสร้างภูมิคุ้มกัน ได้แก่

- 1) วิตามินซี พบมากในผักและผลไม้สด เช่น ส้ม

มะละกอ ฝรั่ง มะนาว มะเขือเทศ พริกหวาน เป็นต้น ควรกินแบบสด หากหนึ่งหรือผัด ควรใช้ระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อรักษาคุณค่าจากวิตามินซีไว้ได้ดียิ่งขึ้น

2) วิตามินเอ เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง นม ผลิตภัณฑ์จากนม ผักใบเขียวเข้ม ผักและผลไม้สีเหลือง และสีส้ม เช่น ตำลึง ผักบุ้ง แครอท ฟักทอง มันเทศสีเหลือง มะละกอสุก เป็นต้น

3) วิตามินดี ได้แก่ ปลาเนื้อขาว ปลาตัวเล็ก เห็ด ไข่แดง เป็นต้น

4) วิตามินอี ได้แก่ ไข่ ผักและผลไม้ต่าง ๆ เช่น ถั่วต่าง ๆ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน อะโวคาโด เป็นต้น

5) แร่ธาตุสังกะสี ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องใน ตับ หอยนางรม ข้าวกล้อง เป็นต้น

และการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัดดังนี้

- D ย่อมาจาก Distancing คือการเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เพราะละอองฝอยจากการพูด ไอ จาม จะฟุ้งมากในระยะ 1-2 เมตร

- M ย่อมาจาก Mask Wearing คือการสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยเพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย โดยประชาชนทั่วไปสามารถสวมหน้ากากผ้าได้ตลอด เพราะยังชักบอยก็จะยังมีประสิทธิภาพในการกรองเชื้อที่ดี

- H ย่อมาจาก Hand Washing คือการหมั่นล้างมือบ่อยๆ ทั้งน้ำสบู่ และเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เพราะมีโอกาสที่เราจะนำมาสัมผัสใบหน้าโดยไม่รู้ตัวได้

- T ย่อมาจาก Testing คือตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มีประวัติ ไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจโควิด-19

- T ย่อมาจาก Thai Cha na คือการสแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ และโหลดแอปหมอชนะพร้อม ลงทะเบียนหากทำได้ เพื่อให้ทราบความเสี่ยงติดเชื้อของตนเอง หากมี SMS แจ้งเตือนว่ามีประวัติไปที่เสี่ยงมาจะได้กักตัว หรือตรวจโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้ผู้ปกครองควรหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของบุตร หากมีอาการแสบ ควรรีบกลับมาพบแพทย์ตรวจหาสาเหตุเพื่อทำการรักษาป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีภาวะมิสซี (MIS-C)

การดูแลเด็กที่มีภาวะมิสซี (MIS-C) ถือได้ว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากเด็กไม่สามารถดูแล ตนเองได้อย่างเต็มที่โดยเฉพาะเด็กเล็ก เมื่อเด็กที่เกิดการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการติดเชื้อโควิด-19 คือภาวะมิสซี (MIS-C) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วยหลายระบบ พยาบาลจึงมีบทบาทเป็นผู้ดูแลที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความปลอดภัยจากอาการเจ็บป่วย เพราะการรักษาภาวะมิสซี (MIS-C) นอกจากการรักษาแบบประคับประคองด้วยการรักษาตามอาการ (Supportive care) ซึ่งแพทย์จะเน้นการรักษาตามอาการ อีกหนึ่งในการรักษาคือการให้ยาในกลุ่มต้านการอักเสบ เช่น อิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulins) เป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากพลาสมา มักถูกนำมาใช้ในการรักษาในโรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาด้วย IVIG อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวด กล้ามเนื้อ ไข้ หนาวสั่น อาการแน่นหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดหลัง ถ่ายเหลว ผื่นลมพิษ เม็ดเลือดขาวต่ำ ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็ว ซึ่งปฏิกิริยาเหล่านี้มักจะหายไปเมื่อหยุด ให้ยาหรือให้ยาในอัตราที่ช้าลง นอกจากนี้ต้องเฝ้าระวังการให้ยาที่อาจทำให้เกิดอาการแพ้แบบ anaphylaxis เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี มีภาวะ MIS-C มีอาการ ถ่ายผิดปกติ คือถ่ายเหลว มีสีดำ และมีไข้ แพทย์ให้การรักษา แบบประคับประคอง และการรักษาตามอาการ โดยใช้ยา IVIG รวมทั้งให้การพยาบาลตามแผนและแนวทางที่วางไว้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ¹⁴ จะเห็นได้ว่าบทบาทพยาบาลในการบริหารยาให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยขณะให้ยาจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายขณะให้ยาอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulins) โดยมีการบริหารยา ดังนี้

ตารางที่ 1 การบริหารยา Human Immunoglobulin Intravenous (IVI)¹⁵

รูปแบบยา: Human immunoglobulin G 50 mg/ml (solution for injection), วิธีบริหารยาหยดทางหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ (IV drip infusion or direct IV infusion)

ขนาดยา	อัตราการบริหารยา
intravenous immunoglobulin (IVI) ขนาด 2 กรัม/กก. ทางหลอดเลือดดำ โดยคือน้ำหนัก จาก ideal body weight หรือ weight for height ภายใน 8-12 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการที่ เข้าได้กับ MIS-C ทุกระดับ	เริ่มให้ยา 0.6 ml/kg/hr (30 mg/kg/hr) และเพิ่ม rate ครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาทีจนได้ rate ที่ต้องการ Max rate : 4.8 ml/kg/hr (240 mg/kg/hr) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของ IVIG ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลง ผู้ป่วยโรคไต เบาหวาน ผู้สูงอายุผู้อยู่ในภาวะขาดน้ำหรือมีปริมาตร เลือดน้อย ภาวะพิษจากการติดเชื้อ ภาวะ paraproteinemia หรือผู้ได้รับยาที่มีพิษต่อไตร่วมด้วย ควรลด rate การให้ยาสูง เช่นควรให้ยาไม่เกิน 0.5 ml/kg/hr (0.025 g/kg/hr) และเพิ่ม rate ช้าๆจนได้max 4 ml/kg/hr (0.2g/kg/hr) เลือกใช้ยาที่มีความเข้มข้นต่ำที่สุด เช่น เลือกใช้ ยาที่มีความเข้มข้น 5% แทนยาที่มีความเข้มข้น 10%

เนื่องจากการให้ IVIG มีโอกาสการเกิดภาวะ hemolytic anemia และ volume overload ดังนั้น ก่อนที่จะให้ IVIG ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมิน cardiac function และ volume status เพื่อระมัดระวังการเกิด ภาวะน้ำท่วมปอด แบบเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) กรณีที่สงสัย ภาวะน้ำเกินหรือมี LV dysfunction ควรพิจารณาแบ่งให้ IVIG 1 กรัม/กก. วันละครั้งเป็นระยะเวลา 2 วันแทน ดังนั้น ขณะให้ยาพยาบาลควรมีการติดตามขณะให้ยาอุณหภูมิของหลอดเลือด (Immunoglobulins) อย่างเคร่งครัด โดยการติดตามสัญญาณชีพก่อนให้ยา ขณะให้ยาทุก 15 นาทีจำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด และวัดอีกครั้งหลังยาหมด 60 นาที สังเกตว่ามีความดันโลหิตตก ชีพจรเร็วขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นหรือไม่ หากพบบริเวณใบหน้าผื่นลมพิษ หน้าแดง เหงื่อแตก แขน หน้าอก ให้หยุดยาเนื่องจากอาจเกิดการแพ้ยา และให้รักษาอาการแพ้ดังกล่าว อาจเกิด Anaphylaxis ใน 30-60 นาที จึงควรมี adrenaline พร้อมใช้ หากเกิดอาการข้างเคียง เช่น มีไข้ หนาวสั่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน ให้แก้ไขโดยลดอัตราการให้ยาลงร้อยละ 25-50 และข้อควรระวัง ไม่ควรให้ยาทางกล้ามเนื้อ (IM) หรือใต้ผิวหนัง (SC) และไม่ควรรักษาด้วยยาแก้แพ้ หรือของเหลวอื่นที่ให้ทางหลอดเลือดหรือให้

ผ่านท่อร่วมกัน เนื่องจากอาจเกิดการไม่เข้ากัน และส่งผลต่อ ความคงตัวของยาได้ ซึ่งการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมจะ ส่งผลดีกับเด็กต่อการพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ การเจริญเติบโตทาง ด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากการบริหารยาที่เหมาะสมแล้ว ส่วนหนึ่งที่สำคัญยิ่งในบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย คือ พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการ บริหารจัดการบริการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการ บริการพยาบาลแบบวิถีชีวิตใหม่¹⁶ โดยการปฏิบัติการ พยาบาล พยาบาลจะต้องจึงต้องมีการรอบการทำงานที่ได้มาจาก แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้มาช่วยในการคิด วิเคราะห์และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการ พยาบาล (Nursing Process) ซึ่งเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติ การพยาบาลที่มีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลจะครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟู สุขภาพ พยาบาลจะต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ ดูแลเด็กที่เกิดภาวะ MIS C) เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมี คุณภาพในทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน¹⁷ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านสุขภาพ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อเป็นฐานข้อมูล

การเจ็บป่วยและวางแผนการดูแลผู้ป่วย

- การซักประวัติ : ซักประวัติการติดเชื้อโควิด 19
ระยะเวลาที่หายจากการติดเชื้อโควิด

- ตรวจร่างกาย : การประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ
อุณหภูมิกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับการสังเกตการ
อักเสบ โดยประเมินควบคู่กับการตรวจการตรวจทางห้องปฏิบัติ
การ รวมถึงตรวจร่างกาย เช่น มีผื่น ตาแดง มือ เท้าบวมแดง
ปากแดง แห้ง แดง ต่อมทอนซิลโต และมีอาการของระบบ
หัวใจและหลอดเลือด หรือ อาการทางระบบทางเดินอาหาร
เช่น ปวดหัว หรือท้องเสีย อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะ
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นการนำปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยมาเขียน
เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพ
ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อก
เนื่องจากได้รับยา IVIG ที่มีความเสี่ยงสูง อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า
ปกติ อาการอักเสบในระบบต่างๆ ภายในร่างกาย รวมถึงการ
พยาบาลด้านจิตใจ เช่น ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย
ของผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวรวม

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

โดยการวางแผนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้
1. การจัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญ
และความเร่งด่วนของปัญหาเป็นการดูแลลำดับแรก เช่น
เด็กที่มีภาวะภาวะช็อกจากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ
2. การกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การ
ประเมินผล 3. การเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถดูแล
และแก้ไขปัญหาได้ และ 4. การเขียนแผนการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)

เป็นการนำแผนการพยาบาลไปสู่การลงมือปฏิบัติ
เช่น การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยา IVIG โดยพยาบาลที่ต้องปฏิบัติ
ได้แก่ ตรวจสอบยา IVIG ก่อนนำมาใช้ โดยดูส่วนประกอบสำคัญ
ในเอกสารกำกับ ขณะให้ยาควรวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการ
ผื่นบวมและบันทึก ขณะให้ยา ทุก 15 นาทีของชั่วโมงแรก
ทุก 30 นาทีในชั่วโมงต่อมา ทุก 1 ชั่วโมง อีก 2 ครั้ง เมื่อปกติ
ให้วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง จนให้ยาครบตามแผนการรักษา
เป็นต้น ซึ่งการพยาบาลในเด็กมีสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ
ความร่วมมือของผู้ปกครองในการช่วยดูแลเด็ก รวมถึงการจัด
สิ่งแวดล้อมให้อบอุ่น ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กเกิด

ความร่วมมือในการพยาบาลด้วย

5. การประเมินผล (Evaluation)

เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ
ประเมินปัญหาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเด็กมีปัญหาทางเดินหายใจ
ล้มเหลวและต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ หลังให้การพยาบาล
ผู้ป่วยเด็กสามารถถอดท่อช่วยหายใจและสามารถหายใจได้ด้วย
ตัวเอง ผู้ป่วยที่อุณหภูมิร่างกายสูงหลังให้การพยาบาลมีอุณหภูมิ
กายลดลง หรือการดูแลขณะให้ยา IVIG ผลคือไม่เกิดภาวะ
แทรกซ้อนจากยา IVIG เป็นต้น

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการ
พยาบาล 5 ขั้นตอนจึงมีความสำคัญตั้งแต่การประเมินภาวะ
สุขภาพ (Health Assessment) ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพ
เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล การวินิจฉัย
การพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนที่จะสรุปว่า
ผู้ป่วยมีปัญหาอะไร นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล
(Nursing care plan) ในการลำดับความสำคัญที่จะ
แก้ไขปัญหาเป็นลำดับแรก การใช้แผนการพยาบาล
(Implementation of nursing care plan) ในการปฏิบัติ
และการแก้ไขปัญหาและการประเมินผลการพยาบาล
เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล จะเห็นได้ว่า
การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาล
มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถเผชิญกับ
สถานการณ์ ต่างๆ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย
ได้ทันเหตุการณ์ ตลอดจนการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์
วิกฤตและนำมาพัฒนาตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาล
ที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพต่อไป

ข้อสรุป

การอักเสบหลายระบบ (MIS-C) ซึ่งเป็นภาวะ
แทรกซ้อน แม้ว่าภาวะ MIS-C จะพบได้น้อยในประเทศไทย
และมีโอกาสเสียชีวิตเพียงน้อยนิด แต่ไม่ควรนิ่งนอนใจ และ
ปล่อยทิ้งไว้ หากเด็กที่มีประวัติเป็น COVID 19 และเริ่มมีอาการ
ที่เป็นสัญญาณเตือนว่าเข้าข่ายภาวะ MIS-C ควรรีบไปพบแพทย์
เพื่อทำการตรวจประเมินร่างกาย และรับการรักษาโดยทันที
ซึ่งการรักษามี 2 แบบ แบบประคับประคองอาการและการให้
ยากดภูมิคุ้มกันการอักเสบ Immunoglobulins พยาบาลจึงมี
บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนการอักเสบ
หลายระบบ (MIS-C) โดยนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์
ใช้ในการดูแลเด็กที่เกิดภาวะ MIS-C เพื่อไม่ให้ส่งผล

กระทบต่อการเจริญเติบโตและการเรียนรู้พัฒนาการของเด็ก รวมถึงผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดติดเชื้อโควิด 19 นอกจากการฉีดวัคซีนแล้ว การปฏิบัติตัวตามหลัก DMHTT รวมถึงการรับประทานยาที่มีประโยชน์ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนการอักเสบหลายระบบ (MIS-C) จึงเป็นสิ่งสำคัญ

References

1. Manmana S, Iamsirithaworn S, Uttayamakul S. Coronavirus Disease-19 (COVID-19). Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.2020;14 (2):124-33. (in Thai)
2. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics.2020;58(4): 712- 3.
3. Potarin W, Chaiyasit Y, Chanbunlawat K, Piboonrungraj P, Imnamkhao S. The Outbreak of Novel Coronavirus (COVID-19): The Nursing Roles. Journal of Health Boromrajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2020;4(2):1-19. (in Thai)
4. Wattanayingchareonchai S. The trend of COVID-19 infection among pregnant women in Thailand. Department of Health, Ministry of PublicHealth;2022. (in Thai)
5. Jamphalikit S, Baramree C. Teaching Guide for Health Promotion in the Bachelor of Nursing. KhonKaen:LPPrinting Depot Limited Partnership; 2012. (In Thai)
6. Kriangburapa W. Coronavirus disease 2019 in children. Burapha Journal of Medicine. 2020;7(1):96-102. (in Thai)
7. World Health Organization (WHO). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Geneva, Switzerland: Author; 2020.
8. Pongsri P, Nursing Care for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents Temporally Related to COVID-19: Case Study Nursing Care for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents Temporally Related to COVID-19: Case Study. Journal of Region 3 Medical and Public Health. 2023;20(1):44-50. (in Thai)
9. Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. Lancet.2020;395(10237):1607-8.
10. Feldstein LR, Tenforde MW, Friedman KG, Newhams M, Rose EB, Dapul H, et al. Characteristics and Outcomes of US Children and Adolescents With Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Compared With Severe Acute COVID-19. JAMA.2021;325(11):1074-87.
11. Evans C, Davies P. SARS-CoV-2 paediatric inflammatory syndrome. Paediatr Child Health (Oxford).2021;31(3):110-5.
12. The Royal College of Pediatricians of Thailand, Pediatric Infectious Disease Society of Thailand, The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King, The Thai Society of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine, Thai Rheumatic Association, The Thai Society of Hematology. Guidelines for diagnosis Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C Hyperinflammation in Pediatric COVID-19. ;2021. (in Thai)
13. Department of Disease Control. Guidelines for the prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) or covid 19 for the general public and Risk group. Nonthaburi;2022. (in Thai)

14. Pongsri P, Nursing Care for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents Temporally Related to COVID-19: Case Study Nursing Care for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents Temporally Related to COVID-19: Case Study. Journal of Region 3 Medical and Public Health. 2023;20(1):44-50. (in Thai)
15. Human normal immunoglobulin. Guidelines for rational use of drugs according to the National List of Essential Drugs(2) Immunoglobulin 5 TRCS. [package insert]. Chonburi: Plasma Products Production Center, Thai Red Cross Society;2017. (in Thai)
16. Sathira-Angkura T, Leelawong S, Amon prompukdee A, Janta-Um-Mou U. Driving The Operation of the Nurse Collaboration Center in COVID-19 Outbreak. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2021;22 (1):83 – 91. (in Thai)
17. Harnyoot O.Nursing Process and Implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3):137 – 43. (in Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

Nursing Care for Orthopedic Patients in Aeromedical Evacuation

จรรยาภรณ์ มงคล* สิรินันท์ ชูเชิด อรุณตรี เครือแก้ว

Junyaporn Mongkol* Sirinan Choocherd Aroontree Kaukeaw

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220

Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บต่อกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ เป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรักษา เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ดังนั้น การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงนับเป็นสิ่งที่ท้าทายมาก เพราะต้องลำเลียงผู้ป่วยภายใต้ข้อจำกัดจากอากาศยานที่คับแคบ มีการจำกัดน้ำหนักบรรทุก จำกัดจำนวนเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบิน ร่วมกับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศอาจต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางอากาศยานได้ตลอดเวลา ดังนั้น การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศต้องมีการเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ทั้งการคัดเลือกผู้ป่วยและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมตลอดระยะเวลาในการลำเลียงทางอากาศด้วยเหตุนี้ พยาบาลเวชศาสตร์การบินซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยขณะลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะด้านการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ, ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ, พยาบาลเวชศาสตร์การบิน

Abstract

Bone, muscle, and joint injuries are emergency conditions that can cause harmful complications in the patient's life. Aeromedical evacuation plays an essential role in helping patients receive timely medical care in a high-capacity hospital to treat them to reduce complications. Therefore, aeromedical evacuation is a considerable challenge as it transportation under limited of narrow aircraft, less of personnel for safety flight and it may be an aircraft emergency all the time so it requires proper patient selection, preparation, and appropriate nursing care throughout the air transport period. For this reason, flight nurses who take care of the patient while transporting must have knowledge and skills in aviation medicine nursing in order to provide nursing care to orthopedic patients correctly and suitably.

Keywords: Aeromedical Evacuation, Orthopedic Patients, Flight Nurse

Corresponding Author: *Email: janyaporn.puirtaf@gmail.com

วันที่รับ (received) 3 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 พ.ค. 2566

บทนำ

การบาดเจ็บต่อกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ เป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยได้หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า อาทิเช่น ภาวะช็อกจากไขสันหลัง (Spinal Shock) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บของไขสันหลังเฉียบพลัน¹ ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) ซึ่งส่งผลให้เกิดการกดการไหลเวียนของหลอดเลือดฝอยและการทำงานของเส้นประสาท เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงเน่าตาย ก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ ความพิการจากเส้นประสาทสูญเสียหน้าที่ได้² ร่วมกับการบาดเจ็บต่อกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันจากอุบัติเหตุ ทำให้ต้องให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีกระดูกขนาดใหญ่หัก เช่น กระดูกเชิงกราน กระดูกแขน-ขาท่อนบน การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการดูแลรักษาและให้การักษาพยาบาลได้อย่างทันทั่วถึงจะส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ³ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 48 ชั่วโมง ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมงถึง 4 เท่า⁴ ทั้งนี้การผ่าตัด หรือการรักษาการบาดเจ็บของกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อจะมีการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น การใส่เหล็กตามกระดูกภายใน การใส่เหล็กตามกระดูกภายนอก การใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (Traction) หรือการใส่เฝือก ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) ต้องรักษาแก้ไขด้วยการทำผ่าตัดเปิดผิวหนังและเนื้อเยื่อที่หุ้มกล้ามเนื้อ (Fasciotomy) บริเวณแขนหรือขาที่มีภาวะความดันในช่องระหว่างกล้ามเนื้อสูง หรือแก้ไขโดยการตัดเฝือกตามมา⁵ ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจสามารถให้การพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อได้ โดยเฉพาะเมื่อต้องลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจะมีความเครียดจากการบิน (Stresses of Flight) มาเป็นปัจจัยกระตุ้นที่จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ พยาบาลลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงมีหน้าที่สำคัญในการให้การดูแลและป้องกันการเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ⁶

ปัจจุบันการลำเลียงผู้ป่วยหรือการส่งต่อผู้ป่วยโดย

เฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการลำเลียงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการลำเลียงหรือส่งต่อผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศและความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่นั้น ๆ⁷ ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนั้นมีการดำเนินการโดยหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ โดยเฉพาะกองทัพอากาศ กองทัพบก กองทัพเรือ สถาบันตำรวจแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และภาคเอกชน โดยโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ได้เริ่มมีการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่เกาะ พื้นที่ประสบภัยพิบัติ ซึ่งไม่สามารถลำเลียงผู้ป่วยทางบกได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล

การบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ^{8,14}

การบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Injuries) พบระดับความรุนแรงจากระดับน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก และเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การพร่องความสามารถในการเคลื่อนไหว กระดูกหักเป็น การบาดเจ็บในระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อย มักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ โดยภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ที่สำคัญ ได้แก่

1. ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic Shock) โดยเฉพาะในผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหัก (Pelvic Fracture) อาจมีการเสียเลือดภายในช่องท้อง ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดเป็นสำคัญ

2. การบาดเจ็บของเส้นประสาทและหลอดเลือด (Neurovascular injury) เมื่อเกิดการหักของกระดูก ปลายของชิ้นกระดูกอาจเคลื่อนไปทำอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทรอบ ๆ ได้ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินการทำหน้าที่ของเส้นเลือดและเส้นประสาทที่อยู่รอบ ๆ เช่น ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหัก โดยเฉพาะบริเวณ mid and shaft of humerus หากมีการบาดเจ็บของ radial nerve จะส่งผลให้ข้อมือตก (wrist drop) เป็นต้น

3. ภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือด (Fat Embolism) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ไม่บ่อยนัก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีอันตรายถึงชีวิต มักเกิดภายใน 12 - 48 ชั่วโมงหลังได้รับการบาดเจ็บ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกยาว (Long Bone) เกิดจากไขมันจากไขกระดูกเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจและปอด ส่งผลให้การกำซาบของออกซิเจนลดลงผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ อาจสับสน ซึม หายใจลำบาก

4. กลุ่มอาการลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน (Venous Thromboembolism: VTE) เช่น Deep Vein Thrombosis (DVT) และ Pulmonary Embolism (PE) เป็นภาวะที่เกิดหลังจากการได้รับบาดเจ็บ หรือผลจากการจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างน้อย 10 - 14 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการบวม แดง ปวดตึงใต้ท้อง และเมื่อก้อนเลือดมีการเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอด (Pulmonary Embolism) ส่งผลให้การกำซาบของออกซิเจนลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวาย หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว เจ็บหน้าอก หายใจสั้น ๆ ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ค่า PO₂ น้อยกว่า 60 mm.Hg

5. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) เกิดเมื่อมีการเพิ่มปริมาตรในช่องกล้ามเนื้อ หรือการบีบรัดของช่องกล้ามเนื้อจากกลไกการบาดเจ็บ เกิดมีความดันในช่องกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการบวม กดเบียดหลอดเลือด เส้นประสาท ส่งผลให้กล้ามเนื้อและเส้นประสาทขาดเลือดไปเลี้ยง มักเกิดกับการบาดเจ็บที่รุนแรงของกระดูกชั้นยาว หากขาดเลือดในระยะนาน ๆ จะส่งผลให้เส้นประสาท และเนื้อเยื่อตาย เกิดการติ่งรังของมัดกล้ามเนื้อ จนอาจทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะได้

6. ภาวะที่มีการสูญหายของกระดูก และเนื้อเยื่อ (Bone and Soft Tissue Defect) เช่น การหักของกระดูกแบบมีแผลเปิด เนื้อเยื่อโดยรอบจะบาดเจ็บรุนแรง และอาจมีปลายชิ้นกระดูกที่หักขาดหายไป

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยอากาศยาน ภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์การบิน พยาบาลเวชศาสตร์การบิน และเจ้าหน้าที่ลำเลียงทางอากาศ ผู้ป่วยที่ต้องการลำเลียงทางอากาศ

คือ ผู้ป่วยที่ต้องการความเร่งด่วนในการเคลื่อนย้าย หรือมีคำสั่งการเคลื่อนย้ายจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลขั้นต่อไป รับการตรวจพิเศษบางประการที่โรงพยาบาลเดิมมีศักยภาพไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้ป่วยในระยะพักฟื้นที่ต้องส่งกลับหน่วย ต้นสังกัดหรือภูมิลำเนาเดิม⁹

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีความแตกต่างจากการลำเลียงผู้ป่วยทางภาคพื้น คือ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศโดยอากาศยานที่มีขีดความสามารถสูง แต่มีความจำกัดด้านพื้นที่ภายในอากาศยานที่คับแคบ จำกัดน้ำหนักบรรทุกเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบิน ดังนั้น เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ต้องจัดเตรียมให้พร้อมใช้และเพียงพอตามจำนวนผู้ป่วย อุปกรณ์มีขนาดกะทัดรัดหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพภายในอากาศยาน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อีกทั้งมีโอกาสเผชิญกับภาวะฉุกเฉินของอากาศยานได้ตลอดเวลา⁹ ด้วยเหตุนี้ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะ “พยาบาลเวชศาสตร์การบิน” ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทโดยตรงและมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บให้รอดพ้นจากภาวะอันตราย ลดความเจ็บปวด ความพิการ หรือทุพพลภาพ และเสียชีวิต ด้วยวิธีการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เพื่อส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากความล่าช้าหรือการรักษาที่มีขีดความสามารถไม่เพียงพอของหน่วยรักษาพยาบาลเดิม โดยเฉพาะในผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อจากอุบัติเหตุหรือภัยพิบัติต่าง ๆ และผลดีอีกด้านของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในยามสงครามหรือมีเหตุการณ์ความไม่สงบ คือ การลดปริมาณเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และพยาบาลที่จะต้องส่งไปช่วยในพื้นที่ส่วนหน้าบริเวณที่เกิดเหตุฯ หรือเกิดการก่อการร้าย และยังเป็นการช่วยให้ขวัญ กำลังใจของเหล่าทหารและประชาชนดีขึ้น

หลักการสำคัญของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (Principle of Aeromedical Transportation)^{9,11}

ปัจจุบันการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีความปลอดภัยค่อนข้างสูง เนื่องจากองค์ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์การบิน อากาศยานที่ใช้ในการลำเลียง และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาให้ทันสมัยมากขึ้น

อย่างไรก็ตามการเดินทางโดยอากาศยานมักเกิดผลกระทบต่อร่างกายของมนุษย์ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงความกดดันบรรยากาศ ความหนาแน่นของอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น และสภาพอากาศในชั้นบรรยากาศที่สูงขึ้นไปหรือผลจากสภาพของอากาศยานที่ใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเอง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ความเครียดจากการบิน” (Stresses of Flight) หรือ “ความเครียดจากการบินที่มีผลกระทบต่อร่างกาย” (Physiological Stresses of Flight) ทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศได้

ความเครียดจากการบินที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยขณะลำเลียงทางอากาศ มีดังนี้

1. การลดลงของความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด (Decreased partial pressure of oxygen) เมื่อทำการบินอยู่ที่ระยะสูงจากระดับน้ำทะเล ส่งผลต่อปริมาตร อุณหภูมิ และความดันของก๊าซ โดยแรงดันก๊าซทุกตัวรวมทั้งออกซิเจนจะลดต่ำลง ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนัก มักจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเนื้อเยื่อ (Hypoxia) ได้ง่าย ซึ่งเป็นผลมาจากความกดดันย่อยของออกซิเจน (PaO_2) ที่ลดลง และทำให้เกิดความต้องการใช้ออกซิเจนที่มากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงความกดดันบรรยากาศ (Barometric Pressure Change) เกิดขึ้นเมื่อขึ้นไปสู่ชั้นบรรยากาศสูง ๆ ความกดดันบรรยากาศจะลดลง ทำให้อากาศหรือก๊าซที่ขังอยู่ตามโพรงต่าง ๆ ของร่างกาย (Trapped Gases) ขยายตัวตามกฎของ Boyle's Law อวัยวะที่ได้รับผลกระทบต่อการขยายตัวของก๊าซ ได้แก่ กระเพาะอาหาร ลำไส้ ปอด กะโหลกศีรษะ หูชั้นกลาง ไชนัส และฟัน นอกจากนี้การขยายตัวของอากาศยังมีผลต่ออุปกรณ์แพทย์ เช่น เปือกลม เปือกปุน และที่นอนสุญญากาศ สายน้ำเกลือ และกระเปาะใส่ลมของท่อหลอดลม หรือกระเปาะใส่ลมของท่อหลอดลมคอ

3. อุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง (Thermal Changes) เมื่อขึ้นสู่ที่สูงทุก ๆ ระยะ 1,000 ฟุต อุณหภูมิจะลดลงประมาณ 2 องศาเซลเซียส (คุณสมบัติของชั้นบรรยากาศ Troposphere) ทำให้อุณหภูมิในห้องโดยสารเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยขณะที่บินอยู่ในอากาศอุณหภูมิจะลดลง และเมื่อร่อนลงสู่สนามบินอุณหภูมิจะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการที่อุณหภูมิเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ยังขึ้นอยู่กับอุณหภูมิภายนอกอากาศยานของสนามบินที่ลงจอดด้วย ดังนั้นในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงควรตระหนักในเรื่องอุณหภูมิ ฤดูกาล และสภาพภูมิอากาศของสนามบินต้นทาง - ปลายทาง เพราะภาวะ Hyperthermia

จะทำให้ร่างกายเพิ่มอัตราการเผาผลาญ และภาวะ Hypothermia จะทำให้เกิดการหนาวสั่น ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวนี้อาจทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถทำให้เกิดภาวะ Vasoconstriction และ Vasodilation อีกด้วย

4. การลดลงของความชื้น (Decreased Humidity) เมื่อขึ้นไปบนที่สูงอากาศเย็นลงจะทำให้ความชื้นในอากาศลดลงทำให้เกิดภาวะ “อากาศแห้ง” เป็นภาวะที่มีความชื้นน้อยกว่า 5 - 10% ผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์อาจจะมีริมฝีปากแห้งหรือแตก คอแห้ง เสียงแหบ (Hoarseness) แต่ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจจะรู้สึกไม่สบายและอาการอาจกำเริบมากขึ้น

5. การสั่นสะเทือน (Vibration) เป็นผลมาจากการทำงานของเครื่องยนต์ ปีกเครื่องบินส่วนที่ขยับขึ้นลง ล้อเครื่องบิน ใบพัดทาง - ใบพัดหลักของเฮลิคอปเตอร์ นอกจากนี้การเกิดกระแสลมแปรปรวน การบินอยู่กับที่ของ เฮลิคอปเตอร์ และการเคลื่อนที่ของเครื่องบินทั้งที่พื้นและในอากาศก็ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนได้ เมื่อร่างกายได้สัมผัสโดยตรงกับการสั่นสะเทือนจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการสั่นเพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้อัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้นมีผลให้หายใจเร็วขึ้นเพื่อทำการขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย รวมทั้งทำให้เกิดอาจทำให้เกิดการเจ็บปวดมากขึ้น นอกจากนี้การสั่นสะเทือนยังรบกวนทำให้มองเห็นไม่ชัดเจน รบกวนการพูด และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ต้องการความละเอียดอ่อน เช่น การเตรียมสารน้ำและยาฉีดยา การเปิดเส้นให้ของเหลวทางหลอดเลือดทำได้ยาก เป็นต้น

6. เสียงรบกวน (Noise) เมื่ออยู่บนที่สูงบางครั้งเสียงรบกวนซึ่งอาจเกินขีดจำกัดของรับฟังของมนุษย์เสียงเครื่องยนต์ที่ดังกลบเสียงพูด เสียงที่ไม่พึงปรารถนา เสียงที่ทำให้รำคาญจะรบกวนจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ และเสียงดังทำให้การสื่อสารพูดคุยกันไม่ค่อยได้ยิน ผลจึงสะท้อนออกมาในรูปของการเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายและเกิดการหดตัวของหลอดเลือดในระบบไหลเวียนโลหิต

7. ความเหนื่อยล้า (Fatigues) เป็นผลจากความเครียดจากการบินต่าง ๆ มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอเมื่อเดินทางด้วยเครื่องบินโดยเฉพาะเมื่อขึ้นบินนานเกิน 4 ชั่วโมงหรือเมื่อขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศที่สูงกว่าระดับน้ำทะเล ความเครียดเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ จนในที่สุดทำให้เกิดความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิด

ความเหนื่อยล้าที่เราเรียกว่า “ความเครียดโทรมตนเอง” (Self-Imposed Stress) ได้แก่ การรับประทานยา เครื่องดื่ม คาเฟอีน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานยาไม่เพียงพอหรือมากเกินไป

8. แรงโน้มถ่วงของโลก Gravitation forces (G-forces) การเพิ่มความเร็วหรืออัตราเร่ง และการลดความเร็ว หรือลดอัตราเร่งจะทำให้เกิดแรงจีชนิด +Gx ที่กระทำในทิศทาง จากด้านหน้าไปทางด้านหลัง เช่น แรงที่กระทำในขณะที่ เครื่องบินกำลังวิ่งขึ้นจากสนามบินซึ่งเป็นแรงจีที่สำคัญมีผลต่อการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ แรงจีที่จะมีผลกระทบต่อร่างกาย ของมนุษย์เมื่อมีแรงจีมากกว่า 1.5 G ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการ ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของพลเรือนเครื่องบินมักจะมีแรงจี เกิดขึ้นไม่ถึง 1.5 G แต่เครื่องบินทางทหารมีโอกาสเกิดแรงจีที่มี ผลต่อผู้ป่วยได้มากกว่า

9. การหลงสภาพการบิน (Spatial Disorientation) คือ การที่ผู้ปฏิบัติงานในอากาศยานรับรู้ถึงตำแหน่งที่อยู่ ท่าทาง การทรงตัวและการเคลื่อนที่ของอากาศยานที่สัมพันธ์ กับแนวขอบฟ้าผิดไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดการเมาอากาศ และอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย บนอากาศยานได้

10. อาการเวียนศีรษะ (Flicker Vertigo) เกิดจาก การมองแสง สัญญาณไฟ หรือแสงอาทิตย์ที่ลอดผ่านทางใบพัด อากาศยานเป็นระยะเวลานานทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง และสับสนได้

11. กลิ่นน้ำมันของอากาศยาน (Fuel Vapor) การสูดดมกลิ่นของน้ำมันอากาศยานเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และทำให้ ร่างกายเกิดการขาดออกซิเจน

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ในการลำเลียงทางอากาศ

การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก ข้อ และ กล้ามเนื้อก่อนการลำเลียงทางอากาศ (Preflight Assessment)^{8,10-12}

การประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนบินลำเลียงทางอากาศ โดยหัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และมั่นใจในการเตรียมผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อการวางแผนการรักษายาบาลอย่างต่อเนือง ระหว่างภาคพื้นและภาคอากาศ ซึ่งการประเมินในผู้ป่วย

บาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ประวัติการ ได้รับบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับ และประเภทผู้ป่วย
2. อุปกรณ์พิเศษที่ต้องใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น Kendrick traction, stryker frame เป็นต้น
3. ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพระดับ ความเข้มข้น ของออกซิเจนในเลือดที่เป็นปัจจุบัน
4. ประเมินอาการปวด (Pain score) ลักษณะ ของอาการปวด ตำแหน่งที่เจ็บปวด การได้รับยาบรรเทาปวด รวมทั้งสอบถามแผนการรักษาจากเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ ดันทางถึงข้อมูลชนิดของยาแก้ปวด ขนาด วิธีที่ให้ และระยะเวลา ที่ให้ยา การได้รับยาแก้ปวดครั้งล่าสุดเมื่อใด และควรมียา ให้เพียงพอตลอดการลำเลียง

5. ผู้ป่วยที่เข้าเฝือก (Splint) ควรประเมิน ดังนี้

5.1 ประวัติการบาดเจ็บ ตำแหน่ง วัน-เวลาที่ ได้รับบาดเจ็บ เข้าเฝือก หรือดัดถ่วงน้ำหนัก

5.2 ประเมินการทำงานของเส้นประสาท และหลอดเลือดส่วนปลาย (Neurovascular Status) รวมทั้ง อาการปวดและบวมของแขน ขา นิ้วมือ นิ้วเท้าของข้างที่บาดเจ็บ เปรียบเทียบกับข้างที่ปกติ ควรประเมินทุกครั้งก่อนและหลัง พลิกตัว เปลี่ยนท่าหรือเปลี่ยนแปลงนอน และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

5.3 ผู้ป่วยที่เข้าเฝือกใหม่ในช่วง 48 ชั่วโมงแรก หรือได้รับบาดเจ็บแบบเฉียบพลันรุนแรงต้องประเมินแขน-ขา ข้างที่บาดเจ็บว่ามีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) หรือ Soft tissue expansion หรือไม่ ถ้าพบว่ามีภาวะดังกล่าวให้พิจารณา Bivalve เฝือก ก่อนบิน เพื่อลดผลกระทบจาก Barometric pressure change ที่อาจมีส่วนเสริมทำให้เกิด Compartment syndrome มีอาการรุนแรงมากขึ้นมีผลทำให้เกิดภาวะ Hypo-perfusion ของแขนขาข้างที่เข้าเฝือก

5.4 ถ้าเฝือกมีขนาดใหญ่จะขัดขวางทางออก อุณหภูมิ ควรพิจารณา Bivalve เฝือก

5.5 ข้อพิจารณา ในผู้ป่วยบางราย แพทย์อาจ สั่งห้าม Bivalve เฝือก เพราะอาจเป็นผลเสียต่อกระดูกหัก ที่จัดเข้าที่ไว้ดีแล้ว ในกรณีนี้ควรต้องเตรียมกรรไกรตัดเฝือก ไว้ให้พร้อมถ้าจำเป็นจะต้องใช้ขณะบิน

5.6 เฝือกที่เข้าไว้แล้วนั้นต้องแห้งดี ไม่มีรอย แตกร้าว ขอบเฝือกเรียบไม่ขรุขระ ไม่มีของเหลว หรือเลือดซึม และเฝือกได้เจาะ window บริเวณที่มีแผลอยู่ใต้เฝือกมาแล้ว

6. ตรวจสอบผู้ป่วยที่ใช้เครื่องดึง (Traction) หรือเปลี่ยนเป็นเครื่องดึงแบบไม่ใช้การถ่วงน้ำหนัก เช่น Kendrick, Hare or sager traction splint ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ Air splint ควรเปลี่ยนเป็นเฟือกแบบอื่นก่อนบิน

7. ผู้ป่วยที่มีกระดูกขนาดใหญ่หัก เช่น กระดูกเชิงกราน และกระดูกแขน-ขาที่นอนบน (Humerus / Femur) ต้องประเมินการเสียเลือด ภาวะช็อค ค่า Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำหรือไม่ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) อันเป็นผลจาก Decreased partial pressure of oxygen

8. ผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหัก และมี External fixation หรือกระดูกแขน-ขาที่นอนบนหัก (Humerus / Femur) ควรจัดให้อยู่ในบริเวณที่นิ่งที่สุด เช่น ไม่วางเปลชิดติดผนังหรือบนพื้นของอากาศยานโดยตรง ถ้ามีความจำเป็นต้องจัดวางบนพื้นควรนำผ้าห่มหนา ๆ รองไว้ได้เปลและใช้หมอนหรือผ้าห่มหนา ๆ วางประคองบริเวณที่หักเพื่อลดการสั่นสะเทือน (Vibration) ซึ่งการสั่นสะเทือนจะทำให้มีอาการปวดมากขึ้น หรืออาจมีเลือดออกซ้ำ ทำให้แนวกระดูกที่จัดเข้าที่เคลื่อนออกจากตำแหน่งเดิม และเกิดภาวะ Fat embolism syndrome รวมทั้งควรใช้หมอนวางรองไว้ได้แขน-ขาที่บาดเจ็บหรือเข้าเฟือกเพื่อยกอวัยวะส่วนนั้นให้สูงนอกจากช่วยลดการสั่นสะเทือนยังช่วยลดอาการบวมด้วย

9. สอบถามหน่วยแพทย์ต้นทางเกี่ยวกับประวัติการให้ยา Low molecular weight heparin (LMWH) ก่อนบิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) หรือผ่าตัดกระดูกเชิงกราน และกระดูกขา เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน (Venous thromboembolism: VTE) เช่น Deep Vein Thrombosis, Pulmonary Embolism เป็นต้น

10. ประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ทรายน้ำ ว่างซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง ตาแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะน้อยกว่าปกติ ท้องผูก มีน้้ำ วิงเวียน และปวดศีรษะ ถ้าพบว่ามีอาการดังกล่าวควรรีบแก้ไข เพราะในขณะบินลำเลียงอาจจะได้รับผลกระทบจาก Decreased humidity ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน (Venous thromboembolism: VTE) และผิวหนังแห้ง ทำให้มีอาการคันในเฟือก

11. ประเมินอาการเพื่อวางแผนป้องกันผลกระทบจาก Thermal changes ซึ่งมีผลต่อการไหลเวียนโลหิต เช่น อุณหภูมิที่สูงมากในฤดูร้อน หรือขณะอยู่ที่ลานจอดจะทำให้มี

เหงื่อออกภายในเฟือก หรือเกิดภาวะ Vasodilation แต่ในขณะที่ยานลำเลียงฯ อุณหภูมิลดลงทำให้เกิด Vasoconstriction และ Shivering ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น

12. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการประเมินอาการของตนเอง เมื่อพบมีความผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงฯ ทราบโดยเร็ว เช่น มีอาการปวดแขน-ขาข้างที่เข้าเฟือกมากขึ้น มีอาการชาคล้ายเหน็บ บวม เฟือกคับแน่น และอ่อนแรง

13. จัดเตรียมเปลหรือรถเข็นนั่งให้ผู้ป่วยที่ใช้ไม้ค้ำยัน ให้นำขึ้นเครื่อง ไม่ควรให้ผู้ป่วยเดินขึ้น-ลงอากาศยานเองเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อขณะบินลำเลียงทางอากาศ (Inflight nursing)^{8,9,11,13-14}

เจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศหรือพยาบาลเวชศาสตร์การบินทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคนทันทีที่เครื่องบินระดับและสัญญาณรัศมีขัดดับลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ดังนี้

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ
2. ประเมินอาการปวดบริเวณที่กระดูกหักหรือบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ดูแลเรื่องการผูก มัด รัศมี ตรึง และการใช้หมอนหรือผ้านุ่มรองบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อลดผลกระทบจากการสั่นสะเทือน (Vibration) ที่จะส่งผลให้มีอาการปวดมากขึ้น พร้อมให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด รวมทั้งการบริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3. ประเมินการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลาย (Neurovascular status) ได้แก่ ลักษณะและอัตราชีพจร (Pulse) การรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายที่บาดเจ็บ (sensation and motor function) สีผิว (skin color) อุณหภูมิ (temperature) ความร้อน-เย็นของอวัยวะส่วนปลาย การไหลเวียนของหลอดเลือดฝอยบริเวณเล็บ (capillary refill) รวมทั้งอาการปวดและบวมของแขน ขา และนิ้วมือ นิ้วเท้า ข้างที่บาดเจ็บเปรียบเทียบกับข้างที่ปกติ ควรทำก่อน และหลังพลิกตัวเปลี่ยนท่า หรือหลังจากเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

4. ประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเพิ่มความดันในช่องกล้ามเนื้อจนทำให้เกิดการกดหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อและเส้น

ประสาทลดลงจนเกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทในช่องกล้ามเนื้อ พบบริเวณขาและแขนมากกว่าส่วนอื่น พยาบาลต้องทำการประเมินแขน ขา ข้างที่บาดเจ็บเปรียบเทียบกับข้างที่ปกติ ด้วยหลัก 7P ได้แก่ Pain - อาการปวดโดยปวดเมื่อเหยียดกล้ามเนื้อ (Pain on passive stretching) และ/หรือ อาการปวดจะไม่ดีขึ้นแม้จะได้รับการแก้ปวด (Pain on disproportionate), Puffiness - การบวมตึงของกล้ามเนื้อ, Paresthesia - อาการชา, Pallor - อาการซีด, Polar - อวัยวะส่วนปลายเย็น, Paresis - อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และ Pulselessness - ภาวะที่คลำชีพจรส่วนปลายไม่ได้

5. ผู้ป่วยที่เข้าเฝือกมาใหม่ ๆ ไม่เกิน 48 ชั่วโมงหรือได้รับบาดเจ็บแบบเฉียบพลันรุนแรง (Acute injury) ต้องประเมินแขน ขาข้างที่บาดเจ็บควรมีภาวะ Compartment syndrome หรือ Soft tissue expansion หากยังไม่ได้ทำการ Bivalve ก่อนบินลำเลียง ขณะบินจำเป็นต้องประเมินเพื่อดูผลกระทบจาก Barometric pressure change ที่อาจมีส่วนเสริมทำให้เกิดภาวะ Compartment syndrome ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินดูความคับแน่นของเฝือกและการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

6. ประเมินเฝือก หากมีแผลและเจาะเปิดเฝือก (window) ไว้ ควรตรวจประเมินของเหลวหรือเลือดซึม หากพบว่ามีของเหลวหรือเลือดซึมผ้าปิดแผล ควรใช้ผ้าก๊อชปิดแผลเพิ่มไว้ก่อน ไม่ควรเปิดทำแผลขณะบินลำเลียงเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ

7. ในผู้ป่วยที่มีประวัติการเสียเลือด มีค่า Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำ ควรเฝ้าระวังและดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ซึ่งเป็นผลมาจาก Decreased partial pressure of oxygen

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำ หรือได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเพียงพอ เพื่อผลกระทบจาก Decreased humidity อันจะทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน (Venous thromboembolism: VTE) และผิวหนังแห้ง ทำให้มีอาการคันในเฝือก พร้อมทั้งประเมินอาการของ DVT และ PE

9. ดูแลห่มผ้าให้ความอบอุ่นร่างกายในขณะที่บินลำเลียง เนื่องจากอุณหภูมิลดลงทำให้เกิด vasoconstriction และ shivering ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น อันเป็นผลมาจาก Thermal changes

สรุป

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในปัจจุบันเป็นการลำเลียงผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงและเป็นที่ยอมรับอย่างมาของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บได้มีโอกาสเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง ช่วยลดอัตราการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการสำคัญของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ และการพยาบาลผู้ป่วยลำเลียงทางอากาศ สามารถประเมินสภาวะความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการลำเลียงทางอากาศที่ถูกต้องและปลอดภัย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกพื้นที่ให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม อีกทั้งควรมีการส่งเสริม พัฒนา และฝึกอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเวชศาสตร์การบินอยู่เสมอเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ อันจะส่งผลต่อการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศต่อไปได้

References

1. Kongklang J, Butsankot P. Nursing Care of Cervical Spinal Injury Patients with Spinal Shock from Spinal Cord Injury. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(2):55-74. (in Thai)
2. Taiwong A, Baothong K, Palachai T, Paenghom C, Nuchphool J. Compartment Syndrome among Orthopedic Patient: Nurse' Roles in Assessment and Prevention. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19 Supplement:17-24. (in Thai)
3. Janpilom N, Chutitharamanan L, Sanphanya T. Development of a Model of Emergency Medical Service for the Older People with Hip fractures. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2021;31(3):176-88. (in Thai)

4. Termsombatborwon W, Chaiwiset C, Chamnan P, Chanthana P. Comparison of complications and mortality in patients with closed osteoporotic intertrochanteric fracture who underwent internal fixation within and after 48 hours in Sunpasitthiprasong Hospital. Sanpasitthiprasong Medical Journal. 2022; 42(3):71-85. (in Thai)
5. Kraisriwattana S. Nursing Practice Guideline Development for Surveillance of Compartment Syndrome in Orthopedic Department Udonthani Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2020;28(2):192-202. (in Thai)
6. Khamrath J, Mahaviriyothai K, Ladawan T, Prabipoo T. Caring of Chest Trauma Patients with Intercostal Drainage: Role of nurses in Aeromedical Evacuation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):63-9. (in Thai)
7. Krairojananan N. First Time; Transport of Remote Airborne Injuries from Southernmost Province by Royal Thai Army Personnel and Equipment. Royal Thai Army Medical Journal. 2017;70(2):105-14. (in Thai)
8. Thosingha O, Tengphanich P, Chuentaleng T, Thongteratharm N. Orthopedic Nursing. Bangkok:Mahidol Publishing; 2016. (in Thai)
9. Institute of Aviation Medicine. Aeromedical Evacuation. Pathum Thani: Thammasat Printing House; 2019.
10. Deerungroj E. Aeromedical evacuation: sick or injured police officers air transportation by police medical evacuation center, police general hospital. Journal of The Police Nurses. 2021;13(1):208-17.(in Thai)
11. Department of the Air Force (US). En Route Care and Aeromedical Evacuation Medical Operations. Washington: The Institute; 2020.
12. Piyasuwanikul T, editor. Southern Aeromedical Transport Manual 2018. Songkla: MB. Home & Service; 2020.
13. Rimsrithong S, Thunjira S, Taechushong A, Phatiprajuk S. Pathophysiology in nursing. Bangkok: Samjareonpanich Publishing; 2013. (in Thai)
14. Norasan S, Saimai P. Trauma nursing. Nonthaburi: Beyond Enterprise Publishing; 2016. (in Thai)

บูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐานสู่ความเป็นเลิศ ของนักศึกษาพยาบาล

Integrating STEM Education through Project-Based Learning: Towards Excellence in Nursing Students

อชมา วารีย์* เยาวเรศ สมทรัพย์

Acha Varee* Yaowares Somsap

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50100

Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50100

บทคัดย่อ

การแข่งขันเพื่อนำพาประเทศไปสู่ความเป็นเลิศในการให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานระดับสากล ให้มีความโดดเด่น และสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับบริการ เป็นความท้าทายในการกำหนดทิศทางการจัดการศึกษาพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานอย่าง มีอาชีพเป็นเลิศ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเป็นหัวใจสำคัญของทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 การจัดการเรียนรู้ที่มุ่งแก้ไข ปัญหาที่พบเห็นในชีวิตจริง เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ ทักษะชีวิต ความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การสร้างนวัตกรรม ซึ่งวิธีการจัดการ เรียนการสอนด้วยบูรณาการสะเต็มศึกษาโดยใช้โครงงานเป็นฐาน เป็นการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม หรือโครงงานจะช่วยให้มีความพร้อม ในการนำองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีความ ซับซ้อนมากขึ้นจากสถานการณ์ของโลกในปัจจุบัน บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอการบูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครง งานเป็นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมีสาระเกี่ยวกับ แนวทางการจัดการเรียนรู้ การบูรณาการด้วยสะเต็มศึกษาโดยโครงงาน เป็นฐาน ประโยชน์ การประเมินผล บทบาทของอาจารย์พยาบาล และกรณีตัวอย่างรายวิชาวิชาชีพสุขภาพทางเลือก เพื่อให้ผู้เรียนนำ ความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา ค้นคว้า พัฒนาทักษะให้เป็นการพยาบาลที่มีศักยภาพ และเป็นโอกาสของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทั้งนี้ เพื่อนำมาเป็นข้อมูล พัฒนาการจัดการเรียนการสอนในการก้าวสู่ความเป็นเลิศของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: บูรณาการ, สะเต็มศึกษา, โครงงานเป็นฐาน, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The leading trail of the country to meet the excellent in the healthcare service and international standard is the outstanding and value-added service. This is the challenge for creating the nursing curriculum to meet the implementation with perfect skills. The nursing curriculum is the basis to enhance the 21st Century skills of the nurses, for solving the problems in the implementation, create more experience, skills and new innovation. The project-based learning by integrating the STEM Education by active learning is corresponding to the knowledge management for the future of the production section and healthcare. The purposes of this article are introduce the project-based learning by integrating the STEM Education for the nursing students which focus on the definition, the nursing curriculum, the Interdisciplinary integration, the

Corresponding author: *E-mail: rn.wall@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 มิ.ย. 2566

evaluation, the role of nursing instructors and the case study. The know-how and the skills of the nursing students can solve the problems in practice, more study and self-development to the disruption change for the nursing students and can utilize the informations to develop the nursing curriculum towards excellence in nursing students.

Keywords: Interdisciplinary Integration, STEM Education, Project-based learning, nursing students

บทนำ

การรักษายาบาลในปัจจุบันมุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล และมีประสิทธิภาพ ต้องใช้พลังในการขับเคลื่อนแบบก้าวกระโดด ด้วยการพัฒนาเครือข่ายร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการผลิตพยาบาล ตามแผนหลักการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศ และเป็นความท้าทายด้านการพยาบาลในศตวรรษที่ 21¹ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ในระบบบริการสุขภาพ จึงควรรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงด้วยการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องให้มีทักษะความรู้ที่จำเป็นต่อวิชาชีพพยาบาล จากสถานการณ์เปิดเสรีของอาเซียนทำให้เกิดการบริการข้ามพรมแดนที่ผู้รับบริการมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพให้กับพยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะมีความรู้ที่ทันสมัยเชี่ยวชาญ และมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เพื่อปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีมาตรฐาน² แนวโน้มทางการศึกษาที่ต้องปรับตามนโยบายของประเทศ อาจารย์พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมการปฏิรูปการเรียนการสอน พัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ให้มีทักษะแห่งการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21³ การจัดการศึกษาของประเทศไทยยังมีปัญหาในเชิงคุณภาพของผู้เรียนและสมรรถนะที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการแรงงานทั้งในและต่างประเทศ ประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัย การลดลงของประชากร และการแข่งขันอย่างเสรี⁴ ระบบสุขภาพยังคงเน้นการรักษายาบาลมากกว่าการป้องกันโรค ดังนั้นการจัดการศึกษาจึงจำเป็นต้องบูรณาการศาสตร์ต่างๆ มาบูรณาการเรียนในห้องเรียน เพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพเพิ่มเติมนอกเหนือจากสมรรถนะหลักได้แก่ ความรู้และทักษะการดูแลแบบทางเลือก การใช้ภาษาต่างประเทศ ความเข้าใจหลากหลายทางวัฒนธรรม และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล⁵ เพื่อนำไปสู่การสร้างแบรนด์ของตนเอง สามารถดำรงเอกลักษณ์พยาบาลไทย และมีความ

เข้มแข็งด้านวิชาชีพพยาบาล⁶ ดังนั้นการออกแบบการจัดการเรียนการสอนจึงจำเป็นต้องมีหลากหลายวิธีผสมผสานกันหนึ่งในวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ตอบโจทย์ผู้เรียนมุ่งสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 คือวิธีการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการ สะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐาน การศึกษาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศให้เดินไปข้างหน้า และเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะพัฒนาคนให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งเป็นการพัฒนาคนให้เป็นทุนมนุษย์ที่เก่ง ดี และมีความสุขให้สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม-จิตใจ และสติปัญญา ให้เป็นคนมีคุณภาพเพื่อเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องตระหนักให้ความสำคัญ⁷

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐานและได้นำเสนอกรณีตัวอย่างการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ที่มีปณิธานให้นักศึกษาให้รู้จักพัฒนาตนเอง มีความรู้รอบด้านมุ่งสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ความคิดสร้างสรรค์ ประพฤติดีงาม รับผิดชอบตนเอง และมีส่วนรวม และพัฒนาด้านสู่ความเป็นสากลได้มีการออกแบบหลักสูตรรายวิชาการศึกษาอิสระ ที่จัดการเรียนการสอนที่บูรณาการกลุ่มสาระวิทยาศาสตร์สุขภาพทางเลือกบูรณาการกับศาสตร์การพยาบาล ผู้เขียนได้รวบรวมประสบการณ์จากการเป็นประธานรายวิชาวิธีสุขภาพทางเลือกในช่วงแรกด้วยจัดการเรียนรู้แบบการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน ซึ่งผู้เขียนได้นำข้อมูลที่ได้จาก ม.ค.อ 5 ที่มีการจัดการเรียนการสอนเฉพาะแบบโครงงานเป็นฐาน ที่ยังไม่มีการทำนวัตกรรม ผู้เขียนได้ปรับปรุง และพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียน โดยการต่อยอดการทำงานนวัตกรรม จึงจัดการเรียนการสอนเป็นแบบบูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐานซึ่งมีชุมชนที่เป็นเสมือนห้องเรียนใหญ่ในการจัดการเรียนการสอน

ความหมายของแนวคิดที่นำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนสะเต็มศึกษาในศตวรรษที่ 21

1. การจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21: มุ่งเน้นทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ด้วยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดของมาตรฐานในการเรียนรู้ ประกอบด้วย ทักษะในการหาความรู้ด้วยตนเอง ทักษะการทำงานร่วมกัน ทักษะการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา ทักษะการพัฒนานวัตกรรม ทักษะการใช้ชีวิตที่มีค่า กิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการสะเต็มศึกษาในรูปแบบโครงงาน หรือการพัฒนานวัตกรรม⁹ แนวคิดสะเต็มศึกษาเริ่มต้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1980 เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและพัฒนาผู้เรียนให้มีความเข้มแข็งในสาขา วิทยาศาสตร์ วิศวกรรม เทคโนโลยี และคณิตศาสตร์ การจัดการเรียนสะเต็มศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ มีพื้นฐานการเรียนรู้ทางวิทยาศาสตร์ ใช้เทคโนโลยีในการพยาบาล และการดูแลสุขภาพที่ใช้ทักษะเฉพาะในการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล แก้ปัญหา ตัดสินใจดูแลผู้ป่วยในคลินิก และในชุมชน ดังนั้นการนำแนวคิดสะเต็มศึกษามาใช้จะช่วยพัฒนาให้เป็นการพยาบาลที่มีศักยภาพ และเป็นโอกาสของการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁹

2. ความหมายของสะเต็มศึกษา: ศูนย์สะเต็มศึกษาแห่งชาติให้ความหมายสะเต็มศึกษา เป็นการจัดการศึกษาที่บูรณาการความรู้ใน 4 สหวิทยาการ ได้แก่ วิทยาศาสตร์ วิศวกรรม เทคโนโลยี และคณิตศาสตร์ โดยเน้นการนำความรู้แก้ปัญหาในชีวิตจริง พัฒนาระบบการ ผลผลิตใหม่ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต และการทำงาน ทำให้ศักยภาพที่มีอยู่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เรียนรู้ด้วยตนเองปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลง¹⁰ การเรียนรู้สะเต็มเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการเตรียมทักษะศตวรรษที่ 21 ในด้านความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสาร และนวัตกรรม เทคโนโลยีในการทำงานทุกสาขา¹¹ จากความหมายของนักวิชาการหลายท่าน สรุปได้ว่าสะเต็มศึกษาหมายถึงการจัดการศึกษาที่บูรณาการความรู้ใน 4 สหวิทยาการ ได้แก่ วิทยาศาสตร์ วิศวกรรม เทคโนโลยี และคณิตศาสตร์ เพื่อเตรียมทักษะศตวรรษที่ 21 ในด้านความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสาร และนวัตกรรม ช่วยพัฒนาให้เป็นการพยาบาลที่มีศักยภาพในระบบสุขภาพ

3. รูปแบบการจัดการเรียนรู้สะเต็มศึกษา: การจัดการเรียนรู้แนวสะเต็มศึกษา ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้

ความเข้าใจ ผ่านขั้นตอนและกระบวนการการปฏิบัติจริงในการจัดการเรียนรู้ไม่เน้นการท่องจำทฤษฎี ซึ่งมีรูปแบบ 5 รูปแบบ ดังนี้¹²

รูปแบบที่ 1 การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Holistic) เป็นการศึกษาแบบองค์รวมมุ่งเน้นการเรียนรู้ของคนทุกเพศและทุกวัยที่สามารถเรียนรู้แบบองค์รวมได้ด้วยตนเอง (Life – long Holistic)

รูปแบบที่ 2 การเรียนรู้แบบบูรณาการ (Integrated) เป็นการเชื่อมโยงแนวคิดของการเรียนรู้แบบสะเต็มศึกษาและ ศิลปะเข้าด้วยกันโดยบูรณาการศิลปะแทรกเข้าไปในเนื้อหาสาระผ่านกิจกรรมการเรียนรู้

รูปแบบที่ 3 การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชา (Multidisciplinary) เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นสะเต็มศึกษาเพื่อสร้างผลงานโดยแยกศิลปะ ออกมาเป็นส่วนเสริมหรือเพิ่มเติมในส่วนของภาคปฏิบัติ

รูปแบบที่ 4 กลุ่มวิชาเฉพาะ (Discipline Specific) เป็นองค์ความรู้ที่แบ่งตามศาสตร์หรือวิชาเฉพาะ เป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานของแต่ละรายวิชา

รูปแบบที่ 5 การเรียนเนื้อหาสาระที่เฉพาะเจาะจง (Content Specific)

4. ขั้นตอนการจักการเรียนการสอนแบบสะเต็มศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล: สภาการพยาบาลได้กำหนดการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน เป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของวิชาชีพ และบัณฑิตพยาบาลที่จำเป็นมีสมรรถนะ มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำโครงงาน การผลิตนวัตกรรม ดังนั้นในการจัดหลักสูตรพยาบาล นักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้ที่จำเป็นในวิชาชีพพยาบาล และความรู้รอบด้านจนสำเร็จเป็นบัณฑิตพยาบาล โดยนำทุกศาสตร์ที่เรียนมาประยุกต์ใช้¹³ การจัดการเรียนสะเต็มศึกษาเป็นอีกหนึ่งวิธีการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมีความคิดสร้างสรรค์ในการทำโครงงาน การผลิตนวัตกรรม ซึ่งมีขั้นตอนการจักการเรียนการสอนแบบสะเต็มศึกษาดังนี้¹⁴ ขั้นที่ 1 การสร้างความสนใจ ขั้นที่ 2 การระบุปัญหาเป็นการทำความเข้าใจสถานการณ์ของปัญหา ขั้นที่ 3 การวางแผน และพัฒนา ขั้นที่ 4 การทดสอบและประเมินผล และขั้นที่ 5 เป็นการนำเสนอผลลัพธ์ ข้อมูลหรือผลที่ได้รับจากการดำเนินการ มีการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่เรียนด้วยการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการสะเต็มศึกษามีระดับที่สูงกว่าการจัดการเรียนรู้แบบปกติ¹⁵

สรุปแนวทางการจัดการเรียนรู้ตามแนวสะเต็มศึกษา ผู้สอนควรจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ 1) การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน 2) การจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน 3) การจัดการเรียนรู้โดยใช้วิธีสอดแทรกสะเต็มในเนื้อหา¹⁶ ในบทความวิชาการนี้ผู้เขียนได้เสนอวิธีจัดการเรียนรู้ตามแนวสะเต็มศึกษาเป็นแบบโครงงานเป็นฐาน ซึ่งผู้เขียนได้ออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับรายวิชา เพราะเป็นการจัดการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเลือกทำโครงการที่ตนเองสนใจ ค้นพบองค์ความรู้ใหม่

ความหมายของแนวคิดที่นำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนใช้โครงงานเป็นฐาน

การเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนศูนย์กลาง กำหนดหัวข้อโครงการที่สนใจ และสร้างชิ้นงานด้วยตนเอง ค้นพบความรู้ใหม่โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์

1. ความหมายของการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน: การจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน หมายถึง การเรียนรู้เชิงค้นคว้า เน้นผู้เรียนสนใจในปัญหาคำถามที่จะผลักดันให้เข้าถึงแก่นของแนวคิดทำให้ผู้เรียน สร้างสรรค์นวัตกรรมด้วยตนเอง¹⁷ การจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานหมายถึงการจัดการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนทำการศึกษาค้นคว้าและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองตามความสามารถความถนัดและสนใจโดยอาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ไปใช้ในการศึกษาหาคำตอบ โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้กระตุ้น แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้เรียนอย่างใกล้ชิด¹⁴ การจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน หมายถึง การจัดการเรียนรู้ที่มีครูเป็นผู้กระตุ้นเพื่อนำความสนใจที่เกิดจากผู้เรียนมาใช้ในการทำกิจกรรมค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองผ่านกระบวนการทำงานเป็นกลุ่มที่จะนำมาสู่การสรุปความรู้ใหม่ และได้ผลการจัดกิจกรรมเป็นผลงานแบบรูปธรรม¹⁸ พบว่าภายหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดโดยรวมสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

จากความหมายของนักวิชาการหลายท่านได้ข้อสรุปว่าการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน หมายถึงการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ได้ลงมือปฏิบัติเพื่อฝึกทักษะด้วยตนเองตามความสามารถความถนัดและสนใจ อาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มีอาจารย์เป็นผู้จัดประสบการณ์เรียนรู้

2. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน: การเรียนรู้ผ่านโครงงาน สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี ในการหาความรู้ด้วยตนเอง และเป็นหลักสูตรบูรณาการกลุ่มสาระวิชาที่ช่วยให้ผู้เรียนเตรียมตัวเพื่อใช้ชีวิตในโลกที่เป็นจริง นำความรู้ทุกแขนงมาใช้ในการแก้ปัญหาและสร้างนวัตกรรมใหม่²⁰ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยเต็มรูปแบบ การสร้างทักษะการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องจากวัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ เป็นอีกโจทย์ของระบบการศึกษา การจัดการเรียนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานโดยใช้ครัวเรือน ปลุกฝังให้พ่อแม่มีส่วนร่วมจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ²¹ ขั้นตอนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน¹⁴ มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างบรรยากาศในชั้นเรียน ขั้นที่ 2 ขั้นกระตุ้นความสนใจ ขั้นที่ 3 ขั้นวางแผนและปฏิบัติ ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล เป็นการวัดตามสภาพจริง ขั้นที่ 5 ขั้นนำเสนอผลงาน และทำโครงงานต่อยอดชุมชน การเรียนการสอนโดยใช้โครงงาน แต่ละกิจกรรมมีเป้าหมายเดียวกัน มีเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของงาน²² การเรียนรู้โดยใช้โครงงานสามารถใช้เทคนิคหลายๆ รูปแบบมาผสมผสานกัน การสอนแก้ปัญหากระบวนการกลุ่ม ซึ่งความรู้ที่ผู้เรียนได้มาไม่จำเป็นต้องตรงกับตำรา แต่ผู้สอนจะต้องสนับสนุนค้นคว้าเพิ่มเติม จนเกิดผลงานได้²³ การเรียนรู้โดยใช้โครงงาน จะพัฒนาทักษะสำคัญ 3 ด้านของผู้เรียนคือ 1) ทักษะในการค้นหาความรู้ สังคมปัจจุบันและอนาคต 2) ทักษะในการทำงาน 3) ทักษะในการคิด²⁴

3. การเรียนการสอนแบบโครงงานในนักศึกษาพยาบาล: การผลิตบัณฑิตพยาบาลให้พร้อมกับการทำงาน มีกระบวนการบ่มเพาะ หล่อหลอมให้เป็นผู้มีทั้งความรู้และความสามารถในการคิด วิเคราะห์นำสู่การแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ทำให้ผู้เรียนมีความสุข และมีความคงทนในความรู้²⁵ ช่วยเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลได้อย่างมั่นใจ²⁶ การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมหรือโครงงานที่มุ่งแก้ปัญหาที่พบเห็นในชีวิตจริง มีความพร้อมใช้องค์ความรู้ในภาคการผลิต และการบริการต่ออนาคตของประเทศ²⁷ การบูรณาการเรียนการสอนความรู้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติเพื่อไปประยุกต์ใช้ในด้าน การสร้างเสริมสุขภาพต้องผ่านการจัดโครงการให้กับผู้รับบริการในชุมชน นโยบายเชิงรุกของรัฐบาลที่ต้องการพัฒนากำลังคนในด้านสะเต็มศึกษา ปรับปรุงตัวชี้วัดและมาตรฐานของการเรียนรู้ เชื่อมโยงเนื้อหาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และเทคโนโลยี เข้าด้วยกันเพื่อบูรณาการได้มากยิ่งขึ้น¹⁰ ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญต่อการบริหารงานที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ

นำไปสู่การพัฒนาการศึกษาเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก²⁸ หลายประเทศ มุ่งหาทิศทางการศึกษาในอนาคต จัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความรู้รอบด้านเพื่อให้สามารถทำได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และแก้ไขสถานการณ์ได้ ในประเทศสิงคโปร์มุ่งไปในทิศทางดิจิทัล เยอรมันมุ่งไปในทิศทางอุตสาหกรรมพลังงานสะอาด ส่วนในประเทศไทยยังส่งสัญญาณที่ชัดเจนว่าจะมุ่งไปในทิศทางใดในการตอบโจทย์กับการพัฒนาเศรษฐกิจไทยในโลกที่เปลี่ยนแปลง ผู้สอนต้องออกแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน จัดกระบวนการเรียนรู้ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อม แหล่งเรียนรู้ทั้งใน และนอกห้องเรียนโดยครอบคลุมภูมิปัญญาท้องถิ่น²⁹

แนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐาน

การบูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐานเป็นการเรียนที่เน้นทักษะแบบรอบด้าน ด้านทักษะการใช้ชีวิตที่หลากหลายมิติ ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 คือทักษะที่ต้องมีตามแนวโน้มของงานในอนาคตคาดว่าในปี 2030 ประมาณ 60-80% ของงานจะเป็นงานใหม่ที่ไม่รู้จัก ไม่มีชื่อเรียก การใช้ปัญญาประดิษฐ์ หุ่นยนต์เข้ามาทดแทนแรงงานมนุษย์³⁰ การเรียนรู้สะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐานเพื่อส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะศตวรรษที่ 21 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ³¹ แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ด้วยสะเต็มโดยโครงงานเป็นฐานจะมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล นำมาสู่การสรุปความรู้ใหม่ในการจัดทำโครงงาน และได้ผลการจัดกิจกรรมเป็นแบบรูปธรรม¹⁸

1. บูรณาการกลุ่มสาระวิชาด้วยสะเต็มศึกษา: การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการใช้ความรู้ความเข้าใจ และทักษะในศาสตร์หรือวิชาความรู้มากกว่าหนึ่งวิชาขึ้นไปรวมเข้าด้วยกัน ภายใต้โครงการเดียวกัน เพื่อแก้ปัญหาแสวงหาความรู้ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การบูรณาการหมายถึงการผสมผสานองค์ความรู้ตั้งแต่ 2 องค์ความรู้ขึ้นไปเข้าด้วยกันอย่างลงตัวและเป็นระบบ ช่วยทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในลักษณะที่เชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการ ตอบสนองธรรมชาติความต้องการและความสนใจของผู้เรียน³² การทำให้สมบูรณ์การทำให้ส่วนย่อยที่มีความสัมพันธ์กันมารวมกันอย่างผสม

กลมกลืนเข้าเป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในตัวเอง³³ บูรณาการระหว่างกลุ่มสาระวิชาเป็นการแสวงหาความจริงโดยก้าวข้ามขอบเขตของความเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อให้ความหมาย แก่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโลก-ชีวิตของมนุษย์ และสังคมได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด³⁴ สรุปสะเต็มศึกษาเป็นการสอนแบบบูรณาการสาระวิชาวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ ได้แก่ โดยนำจุดเด่นของธรรมชาติ ตลอดจนวิธีการสอนของแต่ละสาขาวิชามาสผสมผสานกันอย่างลงตัว

2. ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ด้วยสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐาน: ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ด้วยสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐานมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การสร้างบรรยากาศ และความสนใจในชั้นเรียน เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจ ขั้นที่ 2 กระตุ้นความสนใจ และระบุปัญหา เพื่อให้เกิดการอยากรู้อยากลอง และเป็นการทำความเข้าใจสถานการณ์ของปัญหา ความต้องการอย่างละเอียด โดยวิเคราะห์เงื่อนไขหรือข้อจำกัดของสถานการณ์ เพื่อตัดสินใจเลือกปัญหาหรือความต้องการที่จะดำเนินการแก้ไข แล้วกำหนดขอบเขตของปัญหาให้ชัดเจน ขั้นที่ 3 วางแผนและดำเนินการ เป็นการกำหนดกระบวนการในการดำเนินการ ขั้นที่ 4 ทดสอบ ประเมินผล และปรับปรุง เป็นการดำเนินการจริง มีการทดลองตามขั้นตอน กระบวนการที่กำหนด สรุปผลการดำเนินงาน และปรับปรุงแก้ไข ขั้นที่ 5 นำเสนอผลงาน ข้อมูล ที่ได้รับการดำเนินการตามขั้นตอนหรือกระบวนการที่กำหนดไว้³¹

3. ประโยชน์การจัดการเรียนรู้ด้วยสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐาน: การจัดการเรียนการสอนด้วยสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐาน ผู้เรียนมีโอกาสได้เลือกประเด็นที่จะศึกษา แหล่งความรู้ด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทุกขั้นตอน มีทักษะในกระบวนการทำงานจริง เชื่อมโยงบูรณาการระหว่างความรู้ ทักษะเดิมกับสิ่งใหม่ การทำงานเป็นระบบ สะเต็มศึกษา เน้นการสร้างทักษะในการนำองค์ความรู้ในวิชาวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และเทคโนโลยี นำทักษะที่ได้มาแก้ปัญหาที่พบในชีวิตจริง นำประสบการณ์ไปใช้ในการประกอบอาชีพ และปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาตนเองเรียนรู้ตลอดชีวิต และสามารถนำไปพัฒนาทักษะชีวิตได้^{9,35} ผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานสะเต็มเพื่อส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล และพบว่าหลังการเรียนรู้แบบโครงงานสะเต็ม ทักษะที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 1) การคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม 2) การอ่านออก เขียนได้ และคณิตศาสตร์ 3) มี 2 ทักษะ คือ ความเข้าใจต่างวัฒนธรรม และ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ³¹

การประเมินผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสะเต็มศึกษาโดย โครงการเป็นฐาน

การประเมินผลการจัดการเรียนรู้ตามแนวสะเต็มศึกษาโดยโครงการเป็นฐาน จะประเมินดังนี้

1. โดยประเมินตามสภาพจริง ผู้สอน และผู้เรียน ร่วมกันประเมินผลว่ากิจกรรมที่ทำไปนั้นบรรลุตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร ปัญหาและอุปสรรคที่พบคืออะไร ได้ใช้วิธีการแก้ไขอย่างไร ผู้เรียนได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการทำโครงการนั้น

2. ประเมินโดยผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เรียนประเมินตนเอง เพื่อนช่วยประเมิน ครูที่ปรึกษาประเมิน ผู้สอนทำได้ โดยการใช้คำถาม การสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียน และการบันทึกข้อมูลงานที่ทำเสร็จตามเป้าหมาย ผู้สอนสามารถประเมินโครงการที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ

นอกจากมีการวัดผลการเรียนรู้ตามแนวทางการวัดผลของสาขาวิชาที่นำมาบูรณาการร่วมกัน และวัดสมรรถนะการนำความรู้ และทักษะที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ออกแบบพัฒนาชิ้นงาน ทักษะสำคัญในศตวรรษที่ 21 เช่น ทักษะการคิดวิเคราะห์วิจารณ์ การคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกันเป็นทีม และการสื่อสาร³⁶

บทบาทของอาจารย์พยาบาลในการสอนแบบบูรณาการ สะเต็มศึกษาโดยโครงการเป็นฐาน

บทบาทของอาจารย์พยาบาลในการปรับตัว ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงแบบมีอาชีพในอนาคตต้องมีสมรรถนะการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง การพัฒนาหลักสูตร การปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย และการสื่อสาร เพื่อให้การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ สอดรับกับความคาดหวังและความต้องการของสังคม³⁷ อาจารย์พยาบาลมีพันธกิจหลัก 4 ด้าน คือการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ การวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ การบริการวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม³⁸

บทบาทของอาจารย์ในการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงการเป็นฐาน โดยมีบทบาทดังนี้⁷

1. บทบาทครูเปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้สอนไปเป็นผู้ให้คำปรึกษา
2. บทบาทครูในฐานะผู้ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ สร้างความเชื่อมโยงระหว่างเนื้อหาวิชา พัฒนาทักษะมีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดการกิจกรรม และประเมินผลเรียนรู้ กระตุ้นเกิดกระบวนการคิด
3. บทบาทครูในฐานะผู้ส่งเสริม และสร้าง

องค์ความรู้ จัดกิจกรรมปัญหาที่ท้าทายความคิด เตรียมบรรยากาศ สถานที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เตรียมแหล่งความรู้ ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้และประยุกต์ในชีวิตจริง และ 4. บทบาทในการส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการวิจัย การจัดการเรียนรู้ตามแนวทางสะเต็มศึกษา พบว่านักเรียนมีความพึงพอใจในบทบาทครูผู้สอนในระดับดีมาก ซึ่งครูจะเป็นผู้ชี้แนะให้ผู้เรียนได้นำความรู้ที่ได้เรียนมาใช้ในการเรียน³⁹

สรุปอาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องปรับกระบวนการศึกษาโดยใช้วิธีการสอนที่ตอบโจทย์ความต้องการผู้รับบริการ ในระบบสุขภาพของสังคม สู่การเรียนรู้วิถีชีวิตตัวเอง จากภูมิปัญญา โดยมีปราชญ์ชาวบ้านเป็นผู้นำพาองค์ความรู้ที่มีคุณค่า³⁰ ผู้เขียนได้นำแนวคิดสะเต็มศึกษาที่ใช้โครงการเป็นฐาน เพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่จำเป็นในอนาคต โดยการบูรณาการข้ามกลุ่มสาระวิชา ในมิติที่ทะลุไปถึงการบูรณาการระหว่างมหาวิทยาลัยกับชุมชน ในรายวิชาวิถีสุขภาพทางเลือก โดยการทำโครงการอภิมหาโครงการ นำมาทำเป็นโครงการ และได้ชิ้นงานนวัตกรรม สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์โดยตรงหรือโดยอ้อมได้⁴⁰ ดังนั้นผู้เขียนจึงการจัดการเรียนการสอนรายวิชาวิถีสุขภาพทางเลือกซึ่งเป็นวิชาเลือกเสรี ที่มีการใช้โครงการเป็นฐาน นักศึกษาจะได้รับประสบการณ์การสำรวจชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยทำโครงการสุขภาพในชุมชน รวมทั้งนวัตกรรมสุขภาพ ที่มีการบูรณาการความรู้จากทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติใช้ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบตอบสนองความต้องการของชุมชน เพื่อมุ่งสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน ผสมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเอง⁴¹

กรณีตัวอย่างการจัดการเรียนรู้ด้วยสะเต็มศึกษาโดย โครงการเป็นฐาน:สู่ความเป็นเลิศนักศึกษาพยาบาล

กระแสความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการรักษาโรค การป้องกันโรคด้วยทางเลือกที่นอกเหนือจากกรอบของการแพทย์แผนปัจจุบัน ภายใต้บริบทของกระบวนการทัศน์แบบองค์รวม ในฐานะของ “การเสริมซึ่งกันและกัน” ในระบบการแพทย์ทางเลือก⁴² ดังนั้นหนึ่งในภารกิจของฝ่ายการศึกษาพยาบาล คือ บูรณาการการเรียนการสอนความรู้ในวิชาชีพส่วนทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติให้ได้ เพื่อจะนำทศวรรษความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในอนาคต การจัดการเรียนการสอนรายวิชาเสรี วิชาวิถีสุขภาพทางเลือก เป็นวิชาที่ให้ความ

สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ในชุมชนมหาวิทยาลัยพายัพ จัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่มุ่งพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลประชาชนอย่างมีคุณภาพ รายวิชานี้ สอนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก การแพทย์แผนไทย การนวด โยคะเพื่อสุขภาพ และสมุนไพร จัดการเรียนรู้โดยการบูรณาการ วิชาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิศวกรรมศาสตร์ และคณิตศาสตร์ เข้าด้วยกัน โดยมุ่งเน้นให้เกิดองค์ความรู้ไปพัฒนาจนเกิดทักษะ ในการแก้ปัญหา และสร้างสรรค์รูปแบบนวัตกรรม ได้ทดลอง ประยุกต์ใช้ความรู้ก่อนที่จะนำความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพโดยจัดโครงการบริการวิชาการอีกด้วย” ให้ผู้ใช้บริการ ในชุมชนโครงการจัดเป็นฐานความรู้⁴³

ดังนั้นผู้เรียนจึงบูรณาการความรู้และประสบการณ์
เข้าด้วยกัน มีการประสานงานกับชุมชน อสม. และชมรม
ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเปรียบเสมือนครูที่สอนให้เรียนรู้วิถีชีวิต
คนในชุมชนเป็นอย่างดี มีความสำคัญในการช่วยให้กิจกรรม
ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย และ ผลงานที่ค้นพบสามารถนำ
ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้44 ผู้เขียนบทความได้นำประสบการณ์
การจัดการเรียนรายวิชาวิถีสุขภาพ ด้วยสะเต็มศึกษาโดยผ่าน
โครงงาน เป็นรายวิชาเสรีที่นักศึกษาตัดสินใจเลือกลงทะเบียน
เรียน มีการจัดทำโครงการ “ฮักตัวเก่า” ที่ทำกิจกรรมในชุมชน
แบ่งนักศึกษาเป็น 8 กลุ่มๆละ 6 คน มีใบงาน 4 งาน บูรณาการ
ความรู้ในศาสตร์การแพทย์ทางเลือกสู่บริการวิชาการ มีการ
จัดการเรียนรู้บูรณาการสะเต็มศึกษาโดยโครงงานเป็นฐาน
ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 การจัดการเรียนการสอนรายวิชาวิถีสุขภาพทางเลือก⁴³

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน
ร่วมกับแนวคิดแบบสะเต็ม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุปัญหาที่พบ และสร้างกิจกรรม
และนวัตกรรมที่อยากทำโดยการสืบค้นปัญหาสุขภาพที่พบ
ในชุมชนด้วยการประเมินสุขภาพองค์กรรวมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินสุขภาพ
ของโรคตามธาตุเจ้าเรือน จากนั้นนำเสนอกิจกรรม, โครงการงาน
และสาระวิชาที่บูรณาการแก้ปัญหาด้วยวิธีการ mind mapping
โดยปรึกษา และอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบวิธีการแก้ปัญหา (Science + Math & Technology) เพื่อนำมาออกแบบนวัตกรรม และคัดสรรเทคโนโลยีที่นำมาใช้สร้างนวัตกรรมโดยปรึกษา และอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ขั้นตอนที่ 4 วางแผน, แก้ปัญหา, ทดสอบ และปรับปรุง (Engineering) โดยการทดลองใช้นวัตกรรมภายในทีม และประเมินผลโดยใช้ค่าตัวเลข (Mathematics) โดยการออกแบบวิธีประเมินผลโดยปรึกษา และอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ขั้นตอนที่ 5 เสนอวิธีการแก้ปัญหาลงสู่การพัฒนา นวัตกรรมโดยการเสนอกิจกรรม และนวัตกรรมในโครงการ อีกตัวเก่า โดยการเสนอผลงานก่อนการลงชุมชน จากนั้น จึงทำการบริการวิชาการในชุมชน

บทสรุป

การจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล กิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน ถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญ ในการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะและประสบการณ์ เรียนรู้ การทำงานเป็นทีม รู้จักคิด รู้จักวางแผนอย่างเป็นกระบวนการ สามารถวางระบบการทำงานที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับ สภาพแวดล้อม การเรียนรู้โดยสะสมเต็มศึกษาโดยโครงการ เป็นฐานเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ การตัดสินใจร่วมกัน ทำให้ได้ชิ้นงานที่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในชีวิตจริงได้ ควรนำแผนการจัดการเรียนรู้ในบทความนี้ไปใช้ในการเสริมสร้าง ทักษะ การเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาในรายวิชา วิชาอื่นๆ โดยให้ความสำคัญกับขั้นกระตุ้นความสนใจ เพื่อให้ ผู้เรียนเกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนานวัตกรรม ตามกระแส ระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันที่มุ่งหวังสู่ความ เป็นเลิศของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากบทความ เพื่อตอบสนองต่อ การเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นระบบ smart healthcare การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้มีความต้องการการช่วยเหลือ ทางแพทย์เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนทางการ ดูแลสุขภาพ⁴⁵ ดังนั้นบทบาทของอาจารย์พยาบาลจึงจำเป็นต้องผสมผสานเทคโนโลยีเข้ากับระบบสุขภาพครอบคลุม แบบองค์รวมภายใต้ความรู้วิชาชีพพยาบาลเพื่อให้ผู้เรียน เกิดการพัฒนานวัตกรรม การเตรียมรับในเรื่องที่เปลี่ยนแปลง การจัดการศึกษาพยาบาลศาสตร์ให้เป็นเลิศ เพื่อตอบโจทย์ ระบบสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน

References

1. Bruce JC. Nursing in the 21st century - challenging its values and roles. Professional Nurse Today. 2018; 22(1): 44-8.
2. Wongsuttitham S, Mahakayanun S, Potaros D, Boonnate N, Vatanasin D, Wonginjun S. Competencies of Professional Nurses in ASEAN Economic. Nursing Journal. 2020; 47(4): 444-57. (in Thai)
3. Saraketin A, Rongmuang D, Chandra R. Nursing Education in the 21st Century: Competencies and Roles of Nursing Instructors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 12-20. (in Thai)
4. Office of the Education Council. The National Education Plan B.E. 2560-2579. Bangkok: Prikwarn Graphic. 2017. (in Thai)
5. Thailand nursing and midwifery council. Second national nursing and midwifery development plan (2007-2016). Bangkok: Siriyod printing. 2010. (in Thai)
6. Somsap Y, Varee A. Thai Nurse Brand in 21st Century: Challenges for Nursing Profession. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019; 39(3): 169-78. (in Thai)
7. Orapiriyakul S. STEAM EDUCATION: Innovative Education Integrated into Learning Management. Journal of Research and Curriculum Development. 2019; 9(1): 1-16. (in Thai)
8. The Institute for the Promotion of Teaching Science and Technology. Holistic Education Activity Guidebook for Elementary School Levels 4-6. Bangkok: suksapan. 2015. (in Thai)
9. New York University [Internet]. STEM Nursing Initiative. [update 2018; cited 2022 March 1] Available from New York University.
10. STEM Education thailand. Holistic Education Network Handbook. Bangkok: The Institute for the Promotion of Teaching Science and Technology. 2015. (in Thai)

11. Besa N. Effects of STEM Education Approach on Biology Achievement, Problem Solving Ability and Instructional Satisfaction of Grade 11 Students. Master thesis of Education in Teaching Science and Mathematics Prince of Songkla University. 2015. (in Thai)
12. Yakman G [Internet]. STEAM Education: an overview of creating a model of integrative education. [update 2008; cited 2022 March 1] Available from ACADEMIA.
13. Royal Thai Government Gazette [Internet]. Thailand Nursing Council Regulations on Recognized Nursing And Midwifery Curriculum B.E. 2563. [update 2020; cited 2022 March 1] Available from Thailand Nursing and Midwifery Council. (in Thai)
14. Yolsuriyan N, Sithsungnoen C. Project-Based Learning Management with STEM EDUCATION Concepts To Promote Innovator and Creative Work of Grade 5 Student. Journal of Education Silpakorn University. 2022; 20(1): 357–72. (in Thai)
15. Siripatharachai P. STEM Education and 21st Century Skills Development. Executive Journal. 2013; 33(2): 49–56. (in Thai)
16. Charnprasert S. Designing Learning Management in accordance with the Holistic Education Approach and Skill Development in the 21st Century. The Institute for the Promotion of Teaching Science and Technology Magazine. 2016; 19(2): 14-6. (in Thai)
17. Thomas JW, Mergendoller JR. Managing project-based learning: Principles from the field. Paper presented at the Annual Meeting of the American Education Research Association. 2000.
18. Yolao D. Studying PBL learning management obtained from the project of building knowledge to enhance 21st century skills of children and youth: From the experiences and successes of Thai schools. Bangkok: Tipvisut. 2014. (in Thai)
19. Wanchai A, Kaewasari A, Kuljoo A, Vichitkaew N. The Effects of the Project Based-Learning on Reflection Thinking's Behaviors of Nursing Students. Songklanagarind Journal of Nursing. 2018; 38(2): 11-9. (in Thai)
20. Onthanee A. Perspectives on Curriculum Development Through the National Scheme of Education B.E. 2560 – 2579. Journal of Education Naresuan University. 2020; 22(1): 366–80. (in Thai)
21. Achavanuntakul S [Internet]. New Dicease Create New World of Learning: The Future of Thai Education After The Era of COVID-19. [update 2021; cited 2022 March 1] Available from Equitable Education Fund. (in Thai)
22. Promjui S. Project Evaluation Techniques. Nonthaburi: Jatuporn Design. 2020. (in Thai)
23. Thongaime A. Project Based Learning for Developing Student in The 21st Century. Valaya Alongkorn Review. 2018; 8(3): 185-99. (in Thai)
24. Watanabutr B. Factors Affecting that Impact on Soft Skills Development of Thai Youth in 21st Century. The Journal of Research and Academics. 2021; 4(1): 87-94. (in Thai)
25. Art-in S. Sciences and Art of Learning in 21st Century. Konkaen: Khon Kaen University Printing House. 2020. (in Thai)
26. McGonigle D, Mastrian K, McGonigle C. Introduction to information, information science, and information systems in K. M. Dee Mc Gonigle, Nursing informatics and the foundations of knowledge. 3rd printing, Massachusetts: jones and bartlett. 2015.
27. STEM Education [Internet]. STEM Thailand. [update 2018; cited 2022 March 1] Available from STEMEDTHAILAND. (in Thai)
28. Chaonarin P, Chinatongkul C, Chaisirithanya K. Administrative Skills in 21st Century of Administrators in Faculty of Nursing Under Private Higher Education Institution of Thailand. The Journal of Reserch and Academics. 2022; 5(1): 113-27. (in Thai)

29. Wechayaluck N. Classroom Management Principles. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. 2018. (in Thai)
30. Kanchoochat V [Internet]. New Disease Create New World of Learning: The Future of Thai Education After The Era of COVID-19. [update 2021; cited 2022 March 1] Available from Equitable Education Fund. (in Thai)
31. Turner K, Mamark N, Srilamai N, Jamjan L. Effects of the STEM Project-Based Learning to Enhance the 21st Century Skills in College Nursing Students. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018; 26(2): 11-9. (in Thai)
32. Wongyai V, Pattapol M. The Development of Creative Innovation Skill. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. 2019. (in Thai)
33. Dechakupt P. Teaching How to Write a Strategic Plan Based on Students. Bangkok: Innovative Leaders Center in Curriculum and Learning. 2017. (in Thai)
34. Mumbansao J. Transdisciplinary Research. Journal of Social Work. 2017; 25(1): 119-32. (in Thai)
35. Wurdinger S, Qureshi M. Enhancing college students' life skills through project based learning. Innovative Higher Education. 2015; 40(3): 279-86. learning. Innovative Higher Education, 40(3), 279-286. doi:10.1007/s10755-014-9314-3/
36. Thongchai A. STEM Education with The Holistic Education and The Development of Science, Technology, Engineering, and Mathematics in The United States. Science Mathematics & Technology Teachers Association of Thailand Journal. 2013. (in Thai)
37. Sarakettrin A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing Education in the 21st Century: Competencies and Roles of Nursing Instructors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 12-20. (in Thai)
38. National Health Commission Office. Guidelines for promoting the quality of teaching and learning management of instructors in higher education institutions. Bangkok: Pappim. 2018.
39. Julphoon T, Jansoon N, Disawat M. Effect of Learning STEM Education together with Electro Plating Copper of Electrochemistry on Scientific Creativity Ability Thinking of Grade 11th Students. STOU Education Journal. 2020; 13(1): 205-19. (in Thai)
40. Soonthonroj W. Project learning process. Kalasin: Prasan Printing. 2008. (in Thai)
41. Boonchoochuay R, Saichamchan S. The Study of Learning Outcomes under Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF: HEd) in Community Health Nursing Practicum Subject as Perceived by 4th Year Air Force Student Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(2): 161-9. (in Thai)
42. Prasittivatechakool A. Alternative Health and Perspective to Select without Overlook. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 38-43. (in Thai)
43. Varee A, Somsap Y. Course Specification of Alternative Healthcare for 2nd Year Bachelor Degree Students. Chiang Mai: Faculty of Nursing Payap University. 2022. (in Thai)
44. Thamwipat K. Social Lab: The Answer for Research, Media Development for community, and Learning in The 21st Century. Bangkok: CU Printing House. 2019. (in Thai)
45. Zhu H, Wu CK, KOO CH, Tsang YT, Liu Y, Chi HR, Tsang KF. Smart Healthcare in the Era of Internet-of-Things. Institute of Electrical and Electronics Engineers. 2019; 8(5): 26-30.

กระท่อมกับความท้าทายในงานระงับความรู้สึก Challenges in Anesthesia Practice with Kratom

อัญชลา จิระกุลสวัสดิ์* พาพิรุณ น้อยตาแสง นิสา หนูเจริญ ปาริชาติ อภิตะชากุล พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล

Anchala Jirakulsawat* Papiroon Noitasaeng Nisa Noocharoen Parichad Apidechakul

Phongthara Vichitvejpaisal

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University Nakhon Pathom Thailand 73170

บทคัดย่อ

กระท่อมเป็นพืชพื้นเมืองในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีตัวยาที่สำคัญคือ ไมตราจินีน และเซเว่นไฮดรอกซีไมตราจินีน ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางคล้ายโอปิออยด์ ขนาดน้อยช่วยกระตุ้นให้ออกกำลังกายได้นานขึ้น แต่เมื่อใช้ในปริมาณมาก มีฤทธิ์กล่อมประสาทและฤทธิ์ข้างเคียงในระบบอื่นๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เมื่อไม่ได้เสพจะมีอาการขาดยา จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ แต่ไม่รุนแรงถึงขั้นก่ออาชญากรรม นอกจากนี้ไมตราจินีนยังมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ไซโตโครมพี 450 ในกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาหลายชนิดที่ตับ จึงอาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาได้ แม้กระท่อมจะถูกปลดออกจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ การนำมาใช้เป็นทางเลือกเพื่อการรักษาโรค ยังควรอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์สำหรับบุคลากรทางวิสัญญีควรให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติการเสพและต้องเข้ารับการระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด ไม่แตกต่างจากผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ ทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ: กระท่อม, ไมตราจินีน, ไซโตโครมพี 450, ปฏิกิริยาต่อกันของยา, งานระงับความรู้สึก

Abstract

Kratom, also known as *Mitragyna speciosa*, is a plant native to Southeast Asia. Its active ingredients, mitragynine and 7-hydroxymitragynine, affect the central nervous system in a manner similar to opioids; at low doses, kratom can increase work endurance and productivity, but at high doses it can have sedative effects and cause adverse reactions such as digestive and circulatory problems. Withdrawal symptoms, such as uncontrolled behavior, may occur if kratom consumption is stopped, but it is not known to lead to serious crimes. Kratom can also interfere with the liver's metabolism of other drugs by inhibiting the cytochrome P-450 enzyme. As a result, drug interactions may occur. Despite being legalized by the Thai Traditional Medical Council, the use of kratom as alternative medicine should be monitored by healthcare professionals. Anesthesia personnel should be especially cautious with patients who have a history of kratom use as ones who have used other addictive drugs before, during, or after surgery.

Keywords: Kratom, Mitragynine, Cytochrome P-450, Drug interaction, Anesthesia practice,

Corresponding Author: E-mail: phongthara@gmail.com

วันที่รับ (received) 11 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 พ.ค. 2566

กระท่อมเป็นพืชสมุนไพรกลางบ้าน ที่มีการนำมาใช้อย่างยาวนานในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้^{1,2} สำหรับประเทศไทยในต้นสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ กระท่อมถูกใช้เพื่อบรรเทาและรักษาโรคต่างๆ ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รวบรวมการใช้พืชกระท่อมในตำรับคัมภีร์ยาหลวงได้ถึง 18 ตำรับ³

กระท่อมในปริมาณต่ำๆ ช่วยกระตุ้นให้ผู้ที่ใช้สามารถออกแรงทำงานได้นานขึ้น^{1,4} โดยไม่ก่อปัญหาอาชญากรรมร้ายแรง แต่การใช้ในปริมาณมากเป็นเวลานาน จะกดประสาทส่วนกลาง จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ มีอาการดื้อยา (tolerance) มีความต้องการยาเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม เมื่อไม่ได้เสพหรือลดปริมาณการใช้ลง จะมีอาการถอนยา (withdrawal symptom) เกิดเป็นปัญหาต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลกจึงพิจารณาให้กระท่อมเป็นยาเสพติดที่ต้องอยู่ในความควบคุม⁵ ด้วยหลักเกณฑ์คือ เป็นสารที่มีประโยชน์ทางการแพทย์น้อย มีอาการขาดยาเมื่อหยุดเสพ ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุข และสังคมได้⁶

กระท่อม (Kratom)

พืชกระท่อมในประเทศไทยมี 3 สายพันธุ์คือ พันธุ์ก้านแดง พันธุ์แดงขาว (ก้านเขียว) และพันธุ์ยักษ์ใหญ่หรือหางกั้ง ชาวบ้านนิยมนำใบสดๆ มาเคี้ยวคล้ายหมากฝรั่ง หรือนำมาต้มพร้อมดื่ม (เรียกว่า สักคูนร้อย) หรือเคี้ยวนำดื่มจนแห้งจะได้ยาสูบแทนฝิ่น หรือนำใบไปตากแห้งแล้วขงเป็นชาดื่ม หรือผสมกับน้ำผึ้งปั่นเป็นลูกกลอนเพื่อเก็บไว้ได้นาน ใช้เพิ่มกำลังวังชา แก้ปวดเมื่อย รักษาอาการปวดท้อง ท้องร่วง เบาหวาน แก้อา หรือขับพยาธิ⁷

กระท่อมในขนาดน้อย มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กระสับกระส่าย จิตหลอน ปวดเวียนศีรษะ เหงื่อออก ความดันโลหิตสูง ในปริมาณมาก มีฤทธิ์คล้ายโอปิออยด์ (opioids) กดประสาทส่วนกลาง ช่วยบรรเทาอาการปวด ทำให้เคลิ้ม ง่วงซึม⁸⁻¹⁰ หากเสติดต่อกันเป็นเวลานานๆ อาจเกิดความผิดปกติทางจิต นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ชูบผอม ผิวน้ำคล้ำ ท้องผูก และปัสสาวะบ่อยครั้ง^{8,11}

แต่ผู้เสพใบกระท่อมจะมีพัฒนาการการติดยาช้ากว่ามอร์ฟีนหลายเท่า และไม่รุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายตนเองหรือคนรอบข้าง¹² กระท่อมจึงเป็นเพียง habituation ในขณะที่

มอร์ฟีนเป็น addiction, dependence

แม้องค์การสหประชาชาติ จะไม่ได้จัดพืชกระท่อมให้อยู่ในบัญชียาเสพติด หรือวัตถุออกฤทธิ์ตามอนุสัญญาระหว่างประเทศ หรือระบุว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่จาก World drug report 2013 ของสำนักงานควบคุมยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) ได้ขอความร่วมมือให้ประเทศสมาชิกเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ของสารออกฤทธิ์ตัวใหม่ๆ ซึ่งมีพืชกระท่อมรวมอยู่ด้วย^{6,11,13}

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

กระท่อมมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า ไมตราจินา สเปซิโอซา คอร์ท (Mitragyna speciosa Korth) จัดอยู่ในตระกูลรูเบียซี (Rubiaceae) โดยตัวยาคือสำคัญคือ ไมตราจินีน (Mitragynine)¹⁴ มีเมตะบอลิซึมที่ตับด้วยกลุ่มเอนไซม์ไซโครโครมพี 450 (Cytochrome P-450, CYP 450) ได้เมตะบอลิท์คือ ไมตราจินิน และ เซเวนไฮดรอกซีไมตราจินิน (7-Hydroxymitragynine) ซึ่งเป็นสารสกัดอัลคาลอยด์ออกฤทธิ์ที่ opioid receptor มีครึ่งชีวิต (half-life) ประมาณ 2-4 ชั่วโมง และหมดฤทธิ์ภายใน 5-7 ชั่วโมง โดยไมตราจินีนออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 3.5 ชั่วโมง ในขณะที่เซเวนไฮดรอกซีไมตราจินิน มีค่าครึ่งชีวิต 2.5 ชั่วโมง ก่อนถูกขับออกทางปัสสาวะ¹⁵⁻¹⁷

เนื่องจากไมตราจินินมีฤทธิ์ยับยั้ง CYP2D6, CYP3A4, CYP1A2 และ CYP2C19 ซึ่งเป็นเอนไซม์ร่วมในกระบวนการเมตะบอลิซึมของยาหลายชนิด จึงอาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาได้ (drug interaction)¹⁸⁻²⁰ เมื่อบริหารยาร่วมกัน เช่น การเสกใบกระท่อมร่วมกับยาแก้ปวด tramadol จะส่งผลเสริมฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น

ผลต่อระบบประสาท

ไมตราจินินมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system, ANS) และระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system, CNS) โดยเฉพาะส่วน medulla การกระตุ้น α -2 adrenergic receptor ทำให้สงบ (sedation) และลดอาการปวด จึงมีสรรพคุณคล้ายมอร์ฟีน แต่มีฤทธิ์ระงับปวด ผลข้างเคียงจากการเสกและการถอนยาน้อยกว่า อีกทั้งไม่เกิดการหายใจ²¹ นิยมนำมาใช้รักษาอาการถอนยาจากสารเสพติดที่รุนแรงกว่า²² เช่น ผื่นมอร์ฟีน เฮอร์นิน กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยากลุ่ม benzodiazepine เป็นต้น⁸

จากการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่าสารสังเคราะห์จากกระห่อมออกฤทธิ์ในสมองที่ μ -opioid receptors โดยเซเว่นไฮดรอกซีไมตรีจินีน ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 2 มีฤทธิ์แก้ปวด (antinociceptive effect) ดีกว่าไมตรีจินีน 30 เท่าและแรงกว่ามอร์ฟีน 13 เท่า^{23,24} แต่สารเมตะบอไลต์ของกระห่อมมีความเกี่ยวข้องกับตัวรับ μ -opioid น้อยกว่ามอร์ฟีน²⁵ จึงทำให้กระห่อมมีฤทธิ์ระงับปวดด้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า^{6,26,27}

นอกจากนี้ ไมตรีจินีนยังช่วยเพิ่มระดับของสารสื่อประสาท ได้แก่ Serotonin, Noradrenaline และ Dopamine จึงช่วยด้านการซึมเศร้า (antidepressant effect)²⁸ ทำให้รู้สึกกระฉับกระเฉง และกระตุ้นความจำในช่วงระยะเวลาสั้นๆ²⁹

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

ไมตรีจินีนมีฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (gastric secretion)²² การใช้ในปริมาณที่ค่อนข้างสูงจะช่วยป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารที่เกิดจากความเครียดได้ มีผลลดพฤติกรรมความอยากอาหารและน้ำ ทั้งยังลดการหดตัวของลำไส้เล็กส่วนต้น ทำให้ท้องผูก โดยเฉพาะผู้ที่ใช้เพียงครั้งคราว แต่หากใช้เป็นระยะเวลานาน ระบบทางเดินอาหารจะสามารถปรับตัวได้⁷

ไมตรีจินีนยังทำให้อัตราการนำกลูโคสกลับเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จึงช่วยควบคุมระดับน้ำตาล (anti-diabetic effect)⁷ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอินซูลิน จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังเมื่อใช้ควบคู่กับยา Glibenclamide³⁰

ฤทธิ์ด้านการอักเสบ

ไมตรีจินีนเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายและกระตุ้นกระบวนการสมานแผล ด้านการอักเสบ โดยสามารถยับยั้งการหลั่งสาร prostaglandin E2 (PGE-2) โดยอาศัยเอนไซม์ cyclooxygenase 2 (COX-2)²⁸

ฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

ไมตรีจินีนมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียในลำไส้ โดยยับยั้งกระบวนการ ATP synthesis²⁸

ผลต่อระบบอื่นๆ

ไมตรีจินีนมีผลยับยั้งการส่งผ่านแคลเซียม (Ca^{++} channel) ที่ neuromuscular junction จึงช่วยหย่อนกล้ามเนื้อ²⁸

การเกิดพิษ

พิษส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ใบกระห่อมร่วมกับยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตัวอื่นๆ การวินิจฉัยจึงจำเป็นต้องได้ประวัติที่ถูกต้อง

ใบกระห่อม 1-5 กรัม (ใบสด 1-3 ใบ) ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย ขนาดที่สูงกว่านี้ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่อยล้า ท้องผูก นอนไม่หลับ ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย ผิวน้ำค้ำ ขาลิ้น แขนขากระตุก ชัก และอาจเกิดพิษต่อตับและไต ขนาด 5-15 กรัม หรือมากกว่า อาจทำให้มีฤทธิ์คล้ายโอปิออยด์ และง่วงซึมได้^{11,15}

แม้กระห่อมถูกนำมาใช้อย่างยาวนานหลายศตวรรษ แต่มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยมาก และไม่สามารถอธิบายกลไกได้ชัดเจนว่า เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการใช้กระห่อมเพียงอย่างเดียวหรือการใช้ร่วมกับยาตัวอื่น

การถอนยา

การเสพเป็นเวลานานและหยุดกระทันหัน ทำให้เกิดอาการถอนยา ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ หงุดหงิด อ่อนเพลีย ท้องเสีย น้ำมูกไหล หรือแขนขากระตุก โดยอาการส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและจะสามารถรักษาให้หายได้ภายใน 1-3 วัน จึงนิยมนำกระห่อมไปทดแทนการติดยาเสพติดตัวอื่นๆ ที่รุนแรงกว่า^{7,31}

การรักษา

เนื่องจากไม่มียาต้านพิษโดยเฉพาะ (specific antidote) จึงนิยมรักษาตามอาการ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่าย วุ่นวาย หมดสติ โคมา หรือชักจากภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง การรักษาจำเป็นต้องให้ยาสงบประสาทในกลุ่ม benzodiazepines พร้อมพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและให้กินผงถ่าน (activated charcoal) เพื่อดูดซับสารพิษที่ยังหลงเหลืออยู่ในระบบทางเดินอาหาร หากมีภาวะกดการหายใจ ง่วงซึม อาจพิจารณาให้ naloxone 40 มก. ทางหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ สูงสุดไม่เกิน 2 มก.¹⁵

ผู้ป่วยที่หมดสติหรือหยุดหายใจควรใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว อาจพิจารณาบริหารสารน้ำ ตรวจคลื่นหัวใจ ฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแพทย์เฉพาะทาง

การควบคุมตามกฎหมาย

ในปีพ.ศ. 2486 รัฐบาลกำหนดให้กระท่อมเป็นพืชควบคุมการปลูกหรือมีไว้ในครอบครอง เพื่อจำหน่ายหรือเสพ และในปี พ.ศ. 2522 ยังระบุให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5

อย่างไรก็ตาม ในวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2564 รัฐบาลได้ปลดกระท่อมออกจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8)^{3,32} ส่งผลให้ประชาชนสามารถปลูกหรือแปรรูป หรือใช้ส่วนหนึ่งส่วนใดเป็นส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์ต่างๆ ได้ นอกเหนือจากการใช้ทางการแพทย์และงานวิจัยโดยไม่ผิดกฎหมาย แต่ยังคงห้ามผสมกระท่อมในสารเสพติด เช่น สีสันร้อยซึ่งเป็นส่วนผสมของน้ำต้มใบกระท่อม น้ำอัดลมประเภทโคล่า ยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีน และยากันยุง ห้ามซื้อขายในสถานศึกษา-วัด กับผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือสตรีมีครรภ์¹

และยังกำหนดว่า ผู้ดำเนินการส่งออก-นำเข้า ต้องเป็นบุคคลธรรมดาสัญชาติไทยและมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ไม่เป็นผู้เคยถูกเพิกถอนหรือถูกพักใบอนุญาต และต้องทำการต่ออายุทุก 1 ปี

การนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

กระท่อมถูกใช้เป็นสมุนไพรกลางบ้าน ในหลายประเทศทั่วโลกมาช้านาน และตำรายาแพทย์แผนไทยได้กล่าวถึงภูมิปัญญาในการนำกระท่อมมาใช้เพื่อการรักษาโรคหลากหลายเรียงตามลำดับความนิยม เช่น โรคท้องร่วง โรคเบาหวาน โรคปวดเมื่อย แก้อา และขับพยาธิ เป็นต้น^{6,33}

นอกจากนี้ กระท่อมยังถูกนำไปใช้เพื่อลดความอยากอาหาร เพื่อรักษาโรคอ้วน หรือลดอาการขาดยาจากสารเสพติด เช่น กัญชา เฮโรอีน ฟีน และมอร์ฟีน หรือใช้เพื่อต้านภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ปริมาณยาและระยะเวลาที่เหมาะสมในการใช้ยา ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ หรือผู้มีประสบการณ์อย่างใกล้ชิด

ปัจจุบัน หากต้องการนำกระท่อมมาเป็นยาทางเลือกในการรักษาโรค จำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยถึงสายพันธุ์ที่ดีที่สุด ดำเนินการเพาะปลูกตามมาตรฐานที่ดี (GAP: Good Agricultural Practice) ขั้นตอนการสกัดและเก็บรักษาวัตถุดิบ ก่อนนำเข้าสู่กระบวนการผลิตในเชิงอุตสาหกรรมที่ได้มาตรฐานต่อไป (GMP: Good Manufacturing Practice) ต่อไป⁷

ผลของพืชกระท่อมหรือสารสกัดต่อการระงับความรู้สึก

ยาดมชนิดไอระเหย

สารสกัดจากกระท่อมมีฤทธิ์ด้านยาดมสลบชนิดไอระเหย อาทิ sevoflurane, isoflurane และ desflurane เนื่องจากเพิ่มจำนวน receptor ที่ปลายประสาท ทำให้หลับหรือหมดสติยากขึ้น³³

ยานำสลบทางหลอดเลือดดำ

ไมตราจินินเสริมฤทธิ์ยานำสลบทางหลอดเลือดดำ เช่น pentobarbital, thiopental, ketamine และ propofol รวมถึงยากล่อมประสาทอื่นๆ ในกลุ่ม benzodiazepine เนื่องจากการกระตุ้น α -2 adrenergic receptor ทำให้สงบส่งผลให้ยาออกฤทธิ์นานขึ้น เกิดผลข้างเคียง เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรง จึงมีความจำเป็นต้องลดขนาดยาลงในผู้ที่ใช้เป็นครั้งคราว³⁴ แต่ต้องเพิ่มขนาดยานำสลบในผู้ที่ใช้กระท่อมปริมาณมากและเป็นเวลานาน เนื่องจากการกระตุ้น receptor ซ้ำๆ ทำให้เกิดอาการดื้อยา³⁴

ยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีน

ไมตราจินินและเซเว่นไฮดรอกซีไมตราจินิน เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาที่ μ -opioid receptor ทำให้ยากล่อม opioid ออกฤทธิ์แรงและนานขึ้น อย่างไรก็ตาม กลับมีความจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาในกลุ่มนี้ สำหรับบรรเทาอาการปวดเรื้อรังกับผู้ป่วยที่ใช้พืชกระท่อมมาเป็นเวลานาน เนื่องจากการดื้อยา³⁵

ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

กระท่อมทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว จึงเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อทั้งชนิด non-depolarizing และ depolarizing ทำให้ออกฤทธิ์นานขึ้น โดยสารสกัดจากพืชกระท่อมเข้าปิดกั้นช่องแคลเซียม (Ca^{++} channels) โดยตรง

อื่นๆ

ไมตราจินินและเซเว่นไฮดรอกซีไมตราจินิน เป็นอัลคาลอยด์ที่มีฤทธิ์ด้านการแข็งตัวของเลือด ดังนั้นหากไม่ใช้กรณีฉุกเฉิน ควรพิจารณาเลื่อนการผ่าตัดออกไปก่อนเป็นเวลาอย่างน้อย 72 ชั่วโมง

การดูแลผู้ป่วยในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก

บุคลากรวิสัญญี มีความจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้กระท่อม ไม่แตกต่างจากผู้ใช้ยาเสพติดประเภทอื่นๆ ซึ่งนอกจากการเฝ้าระวังเพื่อประเมินสภาพร่างกายทั่วไปแล้วยังต้องเน้นการซักประวัติในเรื่องปริมาณ ความเข้มข้น วิธีการระยะเวลาและการใช้กระท่อมครั้งสุดท้าย พร้อมวางแผนแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแผนการรักษาที่เหมาะสม

ระยะการนำสลบ ฝ้าระวังระดับความลึกและเป็นแนวทางในการบริหารยาที่มีผลต่อสมอง ด้วยเครื่อง Bispectral index monitoring system (BISTM)³³

ระยะการผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพและระบบไหลเวียนโลหิตอย่างต่อเนื่อง ด้วยการใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดงโดยตรง (arterial line) เลือกบริหารยาแก้ปวดหลายๆ ชนิด (multimodal analgesia) ร่วมกับการใช้ยาชาเฉพาะที่ (local anesthetics) เพื่อลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีน

ระยะพักฟื้น ฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมพิจารณาให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายความวิตกกังวลตามความเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการยามากกว่าปกติ ควรปรึกษาแพทย์จากหน่วยระงับปวดเรื้อรัง (chronic pain) เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (alteration of consciousness) ประสาทหลอน (hallucinations) สับสน กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เหงื่อออก ความดันโลหิตสูง หรือซึมลง (stupor) ควรปรึกษาแพทย์จิตเวชเพื่อประเมินและให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 25 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ผิวดำ ภูมิลำเนาภาคใต้ น้ำหนัก 57kg สูง 170 cm มีประวัติสูบบุหรี่ 15 มวน/วัน ระยะเวลา 5 ปี ดื่มน้ำกระห่อม 250 มิลลิลิตร/วัน เป็นประจำ 1 ปี แกร็บ สัญญาณชีพปกติ BP100/60 mmHg PR 88/ min การวินิจฉัย Skeletal class iii deformity Set OR for 2-Jaws surgery

ระยะการนำสลบ ใช้ยานำสลบ fresofol 200 mg, succinylcholine 100 mg ,fentanyl 100 mcg, Cisatracurium 8 mg และยาดมสลบไอระเหย 1.5 MAC (Minimum alveolar concentration (MAC)

ระยะการผ่าตัด ใช้ยาแก้ปวดหลายๆ ชนิด (multimodal analgesia) ร่วมกับการใช้ยาชาเฉพาะที่ (local anesthetics) Morphine 4 mg, Paracetamol 1,000 mg IV drip, Dynastat 40 mg IV.

ปกติการบริหารยา Cisatracurium ซึ่งเป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยรายนี้จะให้ครั้งละ 2 มิลลิกรัม ห่างกันทุก 30 นาทีโดยประมาณ แต่ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาบริหารยาเท่ากับ

หรือมากกว่า 45 นาที ซึ่งได้ไปทั้งหมดจำนวน 16 มิลลิกรัม

ระยะพักฟื้น เมื่อถึง Recovery room PS = 10 คะแนน จึงให้ Morphine = 6 mg ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นระดับความปวดลดลงเหลือ PS = 3 คะแนน จึงสามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยได้ ซึ่งการใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อและยาแก้ปวดสอดคล้องตามเนื้อหาที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ และได้รับยาแก้ปวดหลายๆ ชนิดร่วมกัน

สรุป

กระห่อมเป็นสมุนไพรที่ถูกจัดอยู่ในตำรับยาพื้นบ้านมาช้านาน มีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญต่อระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทส่วนกลาง คือ ไมตรากินีและเซเวนไฮดรอกซีไมตรากินี จึงมีฤทธิ์ระงับปวดคล้ายกับมอร์ฟีน และช่วยลดอาการขาดยาเสพติดประเภทกัญชา เฮโรอีน หรือฝิ่นได้ ผู้เสพกระห่อมมีความต้องการปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อหยุดใช้จะทำให้เกิดอาการขาดยา กระห่อมยังมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ร่วมในกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาหลายชนิด จึงอาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาเมื่อบริหารร่วมกัน โดยเฉพาะยาระงับความรู้สึก บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้การดูแลผู้เสพที่เข้ารับบริการ เช่นเดียวกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ

References

1. Veltri C, Grundmann O. Current perspectives on the impact of Kratom use. Substance abuse and rehabilitation. 2019; 10(1): 23-31.
2. Galbis-Reig D. A case report of kratom addiction and withdrawal. Wisconsin Medical Journal. 2016; 115(1): 49-52.
3. Swogger MT, Walsh Z. Kratom use and mental health: A systematic review. Drug Alcohol Depend. 2018; 183(1): 134-40.
4. Fluyau D, Revadigar N. Biochemical benefits, diagnosis, and clinical risks evaluation of kratom. Frontiers in psychiatry. 2017; 24(8): 62.

5. Stanciu C, Ahmed S, Gnanasegaram S, Gibson S, Penders T, Grundmann O, et al. Kratom as an opioid alternative: harm, or harm reduction? A systematic review of literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2022; 48(5): 509-28.
6. Wungsintaweekul J, Keawpradub N. Biology and Chemical Constituents of Kratom In: Chittrakarn S, editor. *Summary of Kratom*. 2th ed. Songkla: The Center for Studying the Problems of Epidemiology of the Faculty of Medicine Prince of Songkla University. 2020; 2(3): 17-24. (in Thai)
7. Sethi R, Hoang N, Ravishankar DA, McCracken M, Manzardo AM. Kratom (*Mitragyna speciosa*): friend or foe?. *The primary care companion for CNS disorders*. 2020; 22(1): 19.
8. Prozialeck WC, Jivan JK, Andurkar SV. Pharmacology of kratom: an emerging botanical agent with stimulant, analgesic and opioid-like effects. *Journal of Osteopathic Medicine-American Osteopathic Association*. 2012; 112(12): 792-9.
9. Coe MA, Pillitterib JL, Sembowerb MA, Gerlachb KK, Henningfield JE. Kratom as a substitute for opioids: results from an online survey. *Drug and Alcohol dependence*. 2019; 202(1): 24-32.
10. Kucharik M, Gupta A, Averkiou P, Luck GR, Ross AS. Complicated postoperative course secondary to kratom withdrawal: a case report. *Journal of Surgical Case Reports*. 2019; 5(11): 309.
11. Singh D, Narayanan S, Vicknasingam B, Corazza O, Santacroce R, Roman-Urrestarazu A. Changing trends in the use of kratom (*Mitragyna speciosa*) in Southeast Asia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2017; 32(3): 1-6.
12. White CM. Pharmacologic and clinical assessment of kratom. *American journal of health-system pharmacy*. 2018; 75(5): 261-7.
13. Hassan Z, Muzaimi M, Navaratnam V, Yusoff NH, Suhaimi W, Vadivelu R, et al. From Kratom to mitragynine and its derivatives: physiological and behavioural effects related to use, abuse, and addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2013; 37(2): 138-51.
14. Rungroung W. Kratom Toxicology. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*. 2020; 30(2): 118-24. (in Thai)
15. Trakulsrichai S, Sathirakul K, Auparakkitanon S, Krongvorakul J, Sueajai J, Noumjad N, et al. Pharmacokinetics of mitragynine in man. *Drug Des Devel Ther*. 2015; 9(1): 2421-9.
16. Meireles V, Rosado T, Barroso M, Soares S, Gonçalves J, Luís Â, et al. *Mitragyna speciosa*: clinical, toxicological aspects and analysis in biological and non-biological samples. *Medicines (Basel)*. 2019; 6(1): 35.
17. Hanapi NA, Ismail S, Mansor SM. Inhibitory effect of mitragynine on human cytochrome P450 enzyme activities. *Pharmacognosy Research*. 2013; 5(4): 241-6.
18. Kamble SH, Sharma A, King TI, Berthold EC, León F, Meyer PKL, et al. Exploration of cytochrome P450 inhibition mediated drug-drug interaction potential of kratom alkaloids. *Toxicology Letters*. 2020; 319(1): 148-54.
19. Sriwiriyan S. Serious Drug Interactions from Kratom: Part 1. *Thailand Narcotics Journal*. 2020; 36(3): 6-9. (in Thai)
20. Amornyotin S. Kratom and Anesthesia. *Thai J Anesthesiol*. 2022; 48(4): 255-7. (in Thai)
21. Ramanathan S, Parthasarathy S, Murugaiyah V, Magosso E, Tan SC, Mansor SM, et al. Understanding the physicochemical properties of Mitragynine, a principal alkaloid of *Mitragyna speciosa*, for preclinical evaluation. *Molecules* 2015; 20(3): 4915–27.

22. Vicknasingam B, Narayanan S, Beng GT, Mansor SM. The informal use of ketum (*Mitragyna speciosa*) for opioid withdrawal in the northern states of peninsular Malaysia and implications for drug substitution therapy. *International Journal of Drug Policy*. 2010; 21(4): 283-8.
23. Matsumoto K, Horie S, Takayama H, Ishikawa H, Aimi N, Ponglux D, et al. Antinociception, tolerance and withdrawal symptoms induced by 7-hydroxymitragynine, an alkaloid from the Thai medicinal herb *Mitragyna speciosa*. *Life sciences*. 2005; 78(1): 2-7.
24. Havemann-Reinecke U. P01-50-Kratom and alcohol dependence: Clinical symptoms, withdrawal treatment and pharmacological mechanisms - A case report. *European Psychiatry*. 2011; 26(2): 50.
25. Horie S, Koyama F, Takayama H, Ishikawa H, Aimi N, Ponglux D, et al. Indole alkaloids of a Thai medicinal herb, *Mitragyna speciosa*, that has opioid agonistic effect in guinea-pig ileum. *Planta medica*. 2005; 71(3): 231-6.
26. Watanabe K, Yano S, Horie S, Yamamoto LT. Inhibitory effect of mitragynine, an alkaloid with analgesic effect from Thai medicinal plant *Mitragyna speciosa*, on electrically stimulated contraction of isolated guinea-pig ileum through the opioid receptor. *Life sciences*. 1997; 60(12): 933-42.
27. Obeng S, Kamble SH, Reeves ME, Restrepo LF, Patel A, Behnke M, et al. Investigation of the Adrenergic and Opioid Binding Affinities, Metabolic Stability, Plasma Protein Binding Properties, and Functional Effects of Selected Indole-Based Kratom Alkaloids. *Journal of Medicine Chemistry*. 2020; 63(1): 433-9.
28. Warner ML, Kaufman NC, Grundmann O. The pharmacology and toxicology of kratom: from traditional herb to drug of abuse. *International Journal of Legal Medicine*. 2016; 130(1): 127-38.
29. Purintrapiban J, Keawpradub N, Kansanalak S, Chittrakarn S, Janchawee B, Sawangjaroen K. Study on glucose transport in muscle cells by extracts from *Mitragyna speciosa* (Korth) and mitragynine. *Natural Product Research*. 2011; 25(15): 1379-87.
30. Demick DS, Lee TT, Summers AT, El-Mallakh RS. Kratom: A growing substance of abuse in the United States. *Ann Clin Psychiatry*. 2020; 32(4): 275-80.
31. Settle AG, Yang C. A Case of Severe Kratom Addiction Contributing to a Suicide Attempt. *Cureus*. 2022; 14(9): 1-5.
32. Prawatviteesuk A, Supan W, Sombood P, Vorasanon K, Vichitvejpaisal P. Cannabis, Kratom and Kariyat: Issues of Concern in Perianesthetic Care. *Siriraj Medical Bulletin*. 2022; 15(4): 266-74.
33. Lund E, Low A B, Allan J D, Puentes J A, Flynn D N. Anesthetic Challenges Posed by Heavy Kratom Users. *Cureus*. 2022; 14(3): 1-6.
34. Vermaire DJ, Skaer D, Tippetts W. Kratom and General Anesthesia: A Case Report and Review of the Literature. *A & A Practice*. 2019; 12(4): 103-5.
35. Chittrakarn S, Keawpradub N, Sawangjaroen K, Kansanalak S, Janchawee B. The neuromuscular blockade produced by pure alkaloid, mitragynine and methanol extract of kratom leaves (*Mitragyna speciosa* Korth). *Journal of Ethnopharmacology*. 2010; 129(3): 344-9.

การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพด้วยการคิดเชิงออกแบบ

Development of Health Innovation by Using Design Thinking Process

วิวัฒน์ เหล่าชัย อังคินันท์ อินทรกำแหง* พลเทพ พูนพล

Wiwat Laochai Ungsinun Intarakamhang* Polthep Poonpol

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10110

Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University Bangkok Thailand 10110

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีการแข่งขันการผลิตนวัตกรรมทางสุขภาพทั่วโลกเพื่อให้ก้าวทันกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชากรโลก ซึ่งสาเหตุและการเจ็บป่วยในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและเพิ่มคุณภาพการส่งเสริมป้องกันดูแลและรักษาผู้ป่วย บุคลากรด้านสุขภาพรวมถึงนิสิตนักศึกษาในสาขาด้านสุขภาพ สามารถนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบมาประยุกต์ในการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อการทำงานให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบโจทย์ผู้ใช้นวัตกรรมได้อย่างตรงจุด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพด้วยการคิดเชิงออกแบบให้บุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด มีความตระหนักที่จะนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบไปพัฒนานวัตกรรมในการทำงานด้านสุขภาพ และเพื่อการรับรู้ในการสนับสนุนของผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญกับการนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรให้มีการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน/ผู้รับบริการได้อย่างตรงกับความต้องการทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของการเจ็บป่วยในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความพึงพอใจและความผูกพันในการบริการด้านสุขภาพของหน่วยงาน

คำสำคัญ: การคิดเชิงออกแบบ, นวัตกรรม, นวัตกรรม, นวัตกรรมทางสุขภาพ, สร้างนวัตกรรม

Abstract

Currently, there is a global health innovation production competition to keep up with the world's sickness situation. The causes and current illnesses are more complex. In order to prevent and increase the quality of promotion, prevention, care and treatment of patients. Health personnel, including students in the field of health Be able to apply the design thinking process to develop health innovations for effective work results. and can meet the needs of innovative users exactly to the point. This article aims to develop health innovations through design thinking for health personnel. such as nurses, doctors, pharmacists, physiotherapists Be aware of applying design thinking to develop innovations in health work, and to recognize the support of executives, the agency recognizes the importance of applying the design thinking process to develop personnel to develop health innovations. In order to meet the needs of the people / service recipients to meet the needs and be able to effectively solve the complex problems of current illnesses, and increase satisfaction and engagement in the health service of the agency.

Keywords: Design thinking, Innovation, Innovator, Health Innovation, Innovate

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

ส่วนหนึ่งของปริญาญานิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่รับ (received) 25 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ก.ค. 2566

บทนำ

ระบบสุขภาพของโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยและเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด โดยเฉพาะในสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข เภสัชกร และเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านการเรียนการสอน และส่งเสริมการผลิตนวัตกรรมทางสุขภาพที่ช่วยให้การเรียนการสอนมีความทันสมัยและสอดคล้องกับการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในปัจจุบัน ซึ่งในประเทศมหาอำนาจของโลก เช่น จีน สหรัฐอเมริกา ได้ให้ความสำคัญกับธุรกิจนวัตกรรมด้านสุขภาพอย่างมาก และมีอัตราการเติบโตของกลุ่มธุรกิจทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วง 5 ปี และ 10 ปีเป็นอันดับต้นๆ ของโลก¹ ส่วนประเทศไทย ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการนวัตกรรมทางการแพทย์ พ.ศ. 2562-2570 เพื่อสนับสนุนบุคลากรให้เป็นนักนวัตกรรมทางการแพทย์ชั้นนำของประเทศ ส่งผลให้บรรลุปเป้าหมายในการนำไปใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพรวมถึงการต่อยอดเชิงพาณิชย์² สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรม 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรับมือกับโรคสำคัญของคนไทย³

ในปัจจุบันมีการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อให้สามารถนำมาใช้กับผู้ใช้บริการให้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนงานวิจัยผู้เขียนบทความพบว่า กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking process) เป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถช่วยให้ทีมสามารถผลิตนวัตกรรมทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้นวัตกรรม โดยการใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นแนวคิดที่เป็นกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์โดยเน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลาง เน้นการลงมือปฏิบัติและการเรียนรู้จากการทดลอง กระบวนการทำงานวนซ้ำจากการสร้างความเข้าใจมนุษย์ การคิดสร้างสรรค์ และการทดสอบกับผู้ใช้เพื่อเรียนรู้และลดข้อผิดพลาดหลายๆ ครั้ง เพื่อให้สามารถพัฒนาความคิดและทางออกใหม่ที่ดียิ่งขึ้นเรื่อยๆ และเพิ่มโอกาสความสำเร็จของโครงการ⁴ จากประสบการณ์ที่ใช้การคิดเชิงออกแบบมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรม⁴ โดยศึกษาประสบการณ์การคิดเชิงออกแบบโดยการสัมภาษณ์นักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน พบว่า

การคิดเชิงออกแบบ ทำให้มีความสนใจการคิดเชิงออกแบบ เพราะช่วยส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมและเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของบุคลากรด้านสุขภาพ และการศึกษาการใช้การคิดเชิงออกแบบมาประกอบในการดูแลสุขภาพ⁵ โดยนำการคิดเชิงออกแบบมาใช้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าช่วยให้องค์กรด้านการดูแลสุขภาพสามารถปรับแผนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดขึ้นงานทางนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ เกิดความพึงพอใจ ประทับใจของผู้ใช้บริการมากขึ้น⁶ และมีการศึกษาการใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบในการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะนวัตกรรมมากขึ้น⁷

บุคลากรด้านสุขภาพรวมทั้งนิสิตนักศึกษาในสาขาสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาการคิดเชิงออกแบบเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ระบบบริการสุขภาพ การดูแลรักษา และสามารถนำไปใช้ในเชิงธุรกิจในอนาคต ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีความตระหนักและให้ความสำคัญถึงการบูรณาการหรือนำแนวคิดเชิงออกแบบไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานเพื่อให้เกิดนวัตกรรมในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาระบบสุขภาพให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกและการเจ็บป่วยในปัจจุบัน⁸ ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความประทับใจ ความพึงพอใจในการใช้บริการ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพมากขึ้น

ความหมายของนวัตกรรมทางสุขภาพ

ปัจจุบันมีองค์กรด้านสุขภาพและนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้ให้ความหมายของคำว่า “นวัตกรรมทางสุขภาพ” หรือ “นวัตกรรมทางสุขภาพ” หรือ “นวัตกรรมด้านสาธารณสุข” ที่หลากหลาย

ตามท้องถื่นการอนามัยโลก⁸ ได้ให้ความหมายนวัตกรรมทางสุขภาพว่า หมายถึง สิ่งที่ได้รับการพัฒนาหรือการปรับปรุงเพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อสุขภาพ

ในขณะที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁹ ได้ให้ความหมายนวัตกรรมทางสุขภาพกว้างขึ้นอีกว่า หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือสิ่งประดิษฐ์ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บนฐานของ

วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้เป็นผลงานที่นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

สำหรับนักวิชาการไทย¹⁰ ได้ให้ความหมายของนวัตกรรมทางสุขภาพ หมายถึง การสร้างและพัฒนาสิ่งใหม่ๆ ที่มาจากการประยุกต์ใช้ความรู้ ประสบการณ์ ตลอดจนทักษะที่สามารถทำให้เกิดนวัตกรรมเพื่อใช้ในการบริการด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ก่อให้เกิดความคุ้มค่าสำหรับการใช้การบริการสุขภาพ

จากความหมายที่กล่าวมา ผู้เขียนบทความสามารถสรุปคำว่า “นวัตกรรมทางสุขภาพ” หมายถึง การนำความรู้ด้านสุขภาพมาบูรณาการกับศาสตร์อื่นที่นำไปสู่การสร้างสิ่งประดิษฐ์หรือกระบวนการที่ช่วยสร้างเสริมหรือดูแลสุขภาพของมนุษย์ หรืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ

ประเภทของการสร้างนวัตกรรมทางสุขภาพ

การสร้างนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นผลผลิตที่จะช่วยให้ผู้ใช้นวัตกรรมเกิดความสะดวกสบายและความสุขสบายตามวัตถุประสงค์ของนวัตกรรมที่สร้างนวัตกรรม โดยเกิดจากการนำปัญหาที่พบในแหล่งปฏิบัติงานหรือที่พบในองค์กรมาพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ โดยสามารถแบ่งนวัตกรรมออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่¹¹

1. ประเภทนวัตกรรมแบบสิ่งประดิษฐ์ เป็นประเภทนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถเห็นเป็นรูปธรรม จำต้องได้สามารถนำมาใช้ในด้านทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ มีการพัฒนาให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้การผู้รับบริการหรือผู้ใช้ นวัตกรรม เช่น นวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัว หรือนวัตกรรมเครื่องช่วยนวดผ่อนคลาย เป็นต้น

2. ประเภทนวัตกรรมแบบระบบบริการ เป็นประเภทนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ออกมาเป็นกระบวนการ แนวทาง รูปแบบการบริการ หรือโปรแกรมที่ช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ใช้นวัตกรรมเกิดผลลัพธ์ในทางบวก หรือสามารถช่วยรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันโรคได้ เช่น รูปแบบการบริหารเข้า หรือแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นต้น

ทั้งนี้ในการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ยังสามารถแบ่งระดับของการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ ตามบริบทและวัตถุประสงค์ของผู้สนใจ ได้แก่

ระดับรายบุคคล เป็นนวัตกรรมผู้ปฏิบัติงานสร้างนวัตกรรมขึ้นจากความสนใจหรือปัญหาที่พบในงานที่ปฏิบัติอยู่ เช่น นวัตกรรมช่วยเตือนเวลาแจกยาผู้ป่วย เป็นต้น

ระดับหน่วยงาน เป็นนวัตกรรมที่หน่วยงานได้เล็งเห็นปัญหา สร้างจากปัญหาของหน่วยงานที่ให้ความสำคัญและต้องการแก้ไขปัญหาด้วยนวัตกรรม โดยมีทีมบริหารสนับสนุนในการพัฒนาให้เกิดนวัตกรรม เช่น นวัตกรรมการป้องกัน แผลกดทับ เป็นต้น

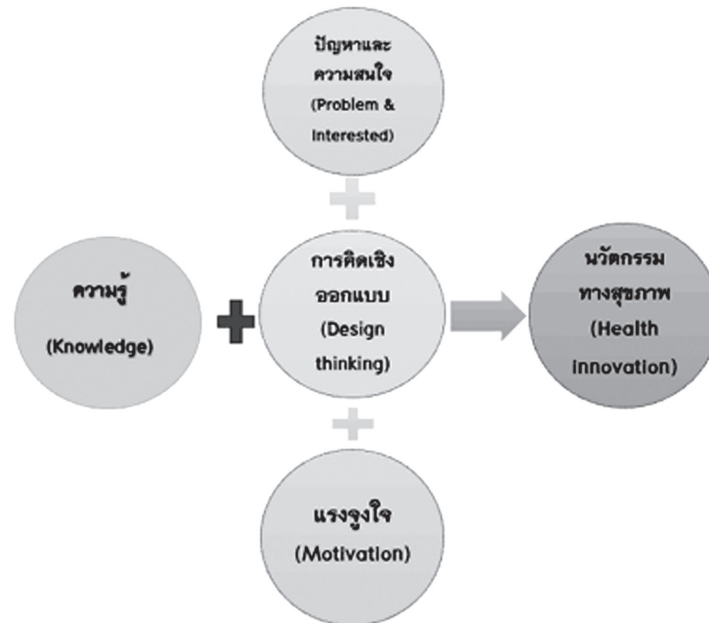
ระดับนโยบาย เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการกำหนดของหน่วยงานส่วนกลาง หรือผู้บังคับบัญชาระดับสูงให้ความสนใจ หรือให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมในเรื่องนั้นๆ เพื่อให้ตอบสนองต่อบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ชุดป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นต้น

การคิดเชิงออกแบบสู่การพัฒนาวัตกรรมการดูแลสุขภาพ

การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในด้านการพยาบาล การดูแลรักษา หรือแม้กระทั่งระบบบริการ ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพ หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ โดยเริ่มต้นจากปัญหาหรือสิ่งที่สนใจในหน่วยงานที่พบ ร่วมกันองค์ความรู้ประสบการณ์ของผู้พัฒนานวัตกรรมนั้นๆ โดยนำการคิดเชิงออกแบบมาเป็นกระบวนการสู่การเกิดพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ในส่วนของปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมที่สำคัญ คือ แรงจูงใจที่ทำให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมจากองค์กร เช่น หัวหน้างาน ผู้อำนวยการ หรือผู้บริหารระดับสูง ต้องให้ความสำคัญกับผู้พัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ¹² หากกระบวนการที่กล่าวมาได้มีการพัฒนาและส่งเสริมจะนำไปสู่นวัตกรรมทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ผู้ใช้ นวัตกรรมอย่างมาก ในการศึกษาการคิดเชิงออกแบบในการดูแลสุขภาพในนักศึกษา ด้านสุขภาพ 14 มหาวิทยาลัย พบว่าการคิดเชิงออกแบบช่วยให้มีการพัฒนากรอบความคิดและสามารถแก้ไขปัญหาโดยใช้ นวัตกรรมได้ดีขึ้น¹³ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการคิดเชิงออกแบบจะช่วยให้มีแรงจูงใจในการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ และทำให้ผู้รับบริการมีความพึง

พอใจและประทับใจในการบริการมากขึ้น¹⁴ จากการสังเคราะห์
งานวิจัยร่วมกับประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

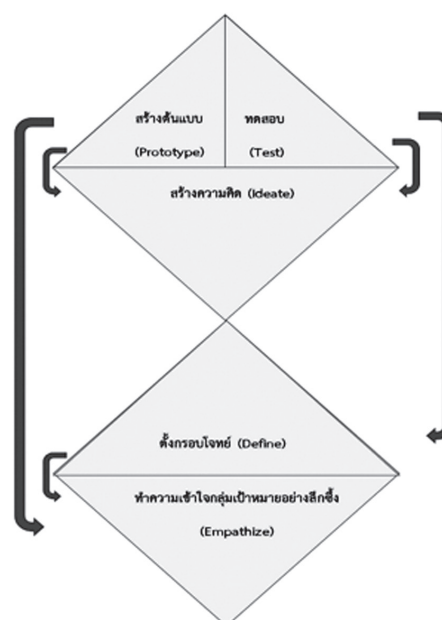
ในโรงพยาบาลของผู้เขียนบทความสามารถอธิบายได้ ตามภาพ
ที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 การคิดเชิงออกแบบสู่การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

การคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) เป็นกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์โดยมีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง เน้นการลงมือปฏิบัติและการเรียนรู้จากการทดลองทำ กระบวนการทำงานวนซ้ำจนได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการความเข้าใจปัญหาของผู้ใช้บริการ หรือผู้นำนวัตกรรมไปใช้ โดยมีการคิดสร้างสรรค์ และมีการทดสอบกับผู้ใช้เพื่อเรียนรู้และลดข้อผิดพลาดหลายครั้ง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถ

พัฒนาความคิดและหาทางออกใหม่ที่ดียิ่งขึ้นเรื่อย ๆ ตอบโจทย์ผู้ใช้ และเพิ่มโอกาสความสำเร็จของงานหรือเพิ่มประสิทธิภาพของงานมากขึ้น ซึ่งกระบวนการคิดเชิงออกแบบในที่นี้ จะกล่าวถึงกระบวนการคิดเชิงออกแบบสู่การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ประกอบไปด้วยการทำงาน 5 ขั้นตอน¹⁵ สามารถอธิบายได้ ตามภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 กระบวนการคิดเชิงออกแบบ¹²

1. ทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง (Empathize) เป็นการสร้างความเข้าใจกับกลุ่มผู้ที่ใช้นวัตกรรมอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของกระบวนการคิดเชิงออกแบบ โดยเฉพาะการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยที่ต้องใช้ความระมัดระวังในการสอบถามหรือการเก็บข้อมูล เนื่องจากอาจจะทำให้มีผลกระทบด้านจิตใจได้ในประเด็นที่ละเอียดอ่อน ขั้นแรกผู้พัฒนานวัตกรรมต้องทำความเข้าใจกับปัญหาให้ถ่องแท้ในทุกมุมมองก่อนตลอดจนเข้าใจผู้ใช้กลุ่มเป้าหมาย หรือเข้าใจในสิ่งที่เราต้องการแก้ไขนี้ เพื่อหาหนทางที่เหมาะสมและดีที่สุดให้ได้ โดยมีวิธีการหลัก 2 วิธี¹⁶ ดังนี้ 1) การสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มผู้รับบริการหรือผู้ปฏิบัติงาน โดยเลือกเก็บข้อมูลจากคนที่น่าสนใจเพื่อให้ทีมสามารถเข้าใจและได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสร้างโจทย์ใหม่ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น พฤติกรรมการรอคิวในแผนกผู้ป่วยนอก 2) การสัมภาษณ์ผู้รับบริการหรือผู้ปฏิบัติงาน เป็นวิธีการที่ส่วนใหญ่ใช้ในขั้นตอนการทำความเข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างลึกซึ้งเพื่อที่จะสามารถได้ทราบถึงข้อมูลที่เป็นความจริง โดยการสัมภาษณ์ ควรใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบหรือสิ่งประดิษฐ์ในการช่วยให้ประหยัดเวลาในการรอคิว หรือลดความสับสนในกระบวนการรอคิวในแผนก ซึ่งพบบ่อยในโรงพยาบาลจากปัญหาผู้รับบริการมีจำนวนมาก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมากในระหว่างที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ควรมีระบบบริการ หรือนวัตกรรมทางสุขภาพช่วยให้การจัดระบบการรอคิวมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ตั้งกรอบโจทย์ (Define) เป็นขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสามารถนำมาพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพได้ ซึ่งต่อเนื่องมาจากขั้นตอนการสร้างความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย โดยจะนำข้อมูลที่ได้ทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง รวมถึงบริบทที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและเป้าหมายของการออกแบบนวัตกรรมให้ตอบโจทย์ตรงประเด็น โดยมีวิธีการหลัก 2 วิธี ได้แก่ 1) รวบรวมจากสังเกตการณ์พฤติกรรม โดยจากรูปถ่าย วิดีโอ และการจดบันทึกจากการสังเกตพฤติกรรม 2) รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยการถอดเทปหรือการบันทึกข้อมูลระหว่างสนทนา

ภายหลังที่มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ควรนำข้อมูลมาจัดระบบระเบียบข้อมูลให้ชัดเจนเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกโดยมีการอภิปรายและหารือกันภายในกลุ่ม

3. สร้างความคิด (Ideate) เป็นขั้นตอนที่สำคัญ

ในกระบวนการคิดเชิงออกแบบ โดยมีการสังเคราะห์คำตอบหรือทางเลือกใหม่ๆ หลากหลาย ซึ่งประกอบไปด้วยความคิดสร้างสรรค์ มุ่งเน้นการสร้างความคิดแตกต่างหลายหลายให้ได้เป็นจำนวนมากและการคิดสร้างสรรค์มุ่งเน้นการคิดรวบสานความคิดที่ดีเข้าด้วยกันให้ได้คำตอบหรือทางเลือกใหม่ที่มีคุณภาพและสมบูรณ์ขึ้น โดยมีวิธีการระดมสมอง (Brainstorm) จากกลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้¹⁷

3.1 เริ่มต้นจากการเลือกหัวข้อหรือเรื่อง 2-3 เรื่องที่เร่่งด่วนหรือสำคัญที่สุด ตามความคิดเห็นของกลุ่ม

3.2 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสมเตรียมอุปกรณ์เครื่องเขียนสำหรับบันทึกและถ่ายทอดสิ่งที่ทุกคนคิด เช่น post-it note ปากกา กระดาษ และภาพที่ได้จากการเก็บข้อมูล

3.3 วางแผนการระดมสมองในแต่ละช่วงโดยใช้เวลาไม่ควรเกิน 60 นาทีเพื่อให้ผู้ที่มาร่วมระดมสมองมีสมาธิและใช้ความคิดได้เต็มที่

3.4 เลือกเชิญคนที่มีมุมมองที่แตกต่าง มีความรู้พื้นฐานหลากหลาย 6-8 คนมาร่วมระดมสมองสำหรับโครงการที่ต้องการคิดสร้างสรรค์ร่วม (Co-creation) อาจเชิญตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย และผู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วมระดมสมองด้วย

3.5 เมื่อระดมสมองจนได้แนวคิดจำนวนมากขณะที่ทุกคนอธิบายความคิดของตน หรือภายหลังการอธิบายให้ทีมร่วมกันจัดกลุ่มแนวคิดที่คล้ายคลึงเข้าด้วยกันเป็นหมวดๆ เพื่อให้ง่ายต่อการผนวกรวม และคัดกรองหรือคัดสรรแนวคิดที่น่าสนใจนำไปพัฒนาต่อในการทำงานขั้นตอนถัดไป

4. สร้างต้นแบบ (Prototype) เป็นการถ่ายทอดความคิดเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพที่ได้จากการระดมสมองให้เกิดเป็นรูปเป็นร่างอย่างง่ายที่สุด ถูกสุด เร็วสุด¹⁸ ให้เป็นต้นแบบและนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้รับบริการหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยนวัตกรรมทางสุขภาพในช่วงแรกของการพัฒนาแนวคิดควรสร้างต้นแบบ (Conceptual Prototype) อย่างง่ายๆ เช่น ทำจาก Post-it ภาพวาด การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) หรือการเล่าเรื่อง (Scenario) ภายหลังที่มีการจัดทำต้นแบบแล้ว ควรให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาต้นแบบก่อนนำไปขึ้นการทดสอบ

5. ทดสอบ (Test) เป็นการทดสอบต้นแบบ โดยใช้กระบวนการทดสอบเพื่อพัฒนาและปรับแก้วิธีการให้ดีขึ้น การทดสอบกับผู้ใช้งานเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการออกแบบ

โดยมีผู้รับบริการหรือผู้ใช้นวัตกรรมเป็นจุดศูนย์กลาง (Human-centered Design) โดยจะทำความเข้าใจกับการสร้างต้นแบบ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ใช้ได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตามการพัฒนาวัตกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการคิดเชิงออกแบบให้ประสบผลสำเร็จนั้น โดยเน้นการจัดกิจกรรมการพัฒนานวัตกรรมให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดการคิดเชิงออกแบบเพื่อพัฒนานวัตกรรมและทักษะการนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบมาใช้พัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพด้วยการคิดเชิงออกแบบ

นวัตกรรมทางสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์จากการคิดเชิงออกแบบมาใช้ในการพัฒนาเป็นเจลประคบเย็นสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อลดปวด โดยมีการพัฒนาอุปกรณ์สำหรับประคบเย็นที่สามารถมีที่ยึดติดตำแหน่งที่ต้องการลดปวดได้กับแผ่นเมจิกเทปได้โดยไม่มีการเลื่อนหลุดและมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดได้ดี โดยมีกระบวนการพัฒนานวัตกรรมดังนี้

1. ขั้นตอน Empathize ผู้พัฒนาทำความเข้าใจกับผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีอาการปวดอย่างลึกซึ้ง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 6 ราย ประมาณ 15-20 นาที ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการจัดการความปวดของผู้ป่วย

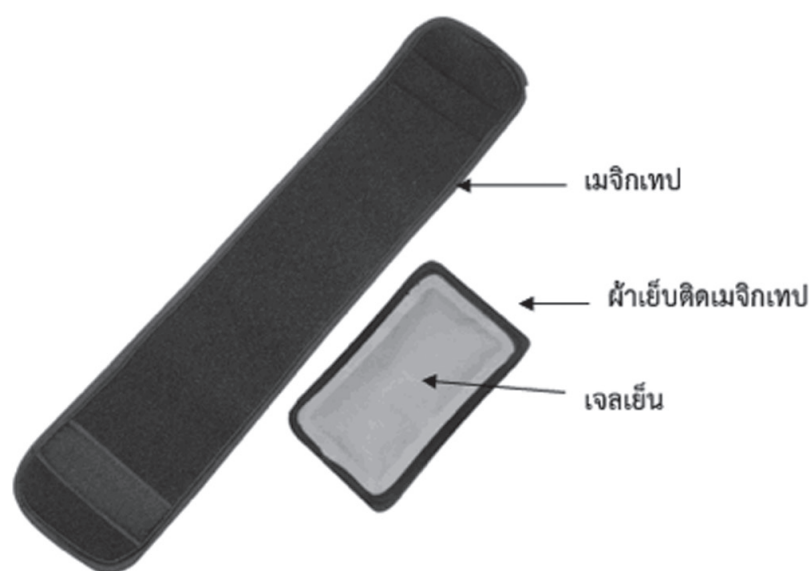
2. ขั้นตอน Define ผู้พัฒนานำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตที่ได้มาวิเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูล

ตามหมวดหมู่ แล้วนำข้อมูลมาประชุมกับสมาชิกในกลุ่ม โดยนำหัวข้อที่เป็น Pain point มากที่สุดมาแก้ไขปัญหา ซึ่งจุด Pain point เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกกับผู้พัฒนา ในการพัฒนานวัตกรรมครั้งนี้สรุปประเด็นที่สำคัญได้ว่า “เจลที่ใช้ประคบเย็นบ่อย ไม่อยู่ตรงที่ปวด จึงไม่กล้าขยับไปมาขณะใช้เจลเย็นประคบ”

3. ขั้นตอน Ideate สมาชิกในกลุ่มระดมสมอง (Brainstorm) โดยแจกกระดาษ Post-it ให้กับสมาชิกในกลุ่มได้เขียนวิธีการ หรือ How to ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย แล้วเขียนข้อคิดเห็นลงใน กระดาษ Post-it นำไปแปะที่กระดาน และนำข้อคิดเห็นทั้งหมดจากสมาชิกในกลุ่มมาจัดเป็นหมวดหมู่ อาทิ มีแผ่นติดเจลเย็น ความเย็นนานขึ้น ประคบบริเวณข้อได้ เป็นต้น

4. ขั้นตอน Prototype สมาชิกในกลุ่มได้ถ่ายทอดความคิดสร้างสรรค์ที่เรียบง่ายโดยการสร้างต้นแบบด้วยวิธีการวาดภาพของนวัตกรรมจากข้อมูลที่ได้จากขั้นตอน Ideate ที่จะสื่อถึงลักษณะหรือวิธีการที่จะช่วยได้นวัตกรรมประคบเย็นที่ไม่มีการเลื่อนและสามารถประคบเย็นได้ตรงตำแหน่งที่ปวด ภายหลังจากนั้นนำต้นแบบนวัตกรรมให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ให้คำแนะนำและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

5. ขั้นตอน Test นำนวัตกรรมไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวด และสอบถามความคิดเห็นจากผู้ป่วยเพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งในการพัฒนานวัตกรรมประคบเย็นลดปวด ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 นวัตกรรมประคบเย็นลดปวด

ประโยชน์ของกระบวนการคิดเชิงออกแบบ

การนำการคิดเชิงออกแบบมาประยุกต์ใช้ในระบบสาธารณสุข จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อระบบการทำงานในด้านของประสิทธิภาพการทำงาน ทั้งตัวบุคลากร เช่น พยาบาล วิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร รวมไปถึงนิสิตนักศึกษาในสาขาด้านสุขภาพ เป็นต้น อีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยสามารถแยกเป็นประเด็นในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ทำให้สามารถฝึกกระบวนการแก้ไขปัญหาตลอดจนหาทางออกที่เป็นลำดับขั้นตอนอย่างถูกต้อง จะนำไปสู่กระบวนการนี้จะทำให้เรามองอย่างรอบคอบและละเอียดมากขึ้น ทำให้เข้าใจปัญหาได้อย่างถ่องแท้ และแก้ไขได้ตรงจุดตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง
2. ทำให้เกิดทางเลือกหลากหลาย ตัวเลือกที่เหมาะสมที่สุด ตลอดจนความพยายามคิดหาวิธีทาง ทำให้สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาจริง หรือนำไปปฏิบัติจริง¹⁹
3. ทำให้ฝึกการคิดวิเคราะห์ เกิดความคิดสร้างสรรค์ โดยมีการระดมความคิดเห็นจากสมาชิกในทีมสุขภาพ ทำให้สมองได้ฝึกคิดหลากหลายรูปแบบ และทำให้เรารู้จักหาวิธีแปลกๆ ใหม่ ๆ
4. ทำให้เกิดกระบวนการใหม่ๆ ที่จะนำไปสู่การเกิดนวัตกรรมใหม่ที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง
5. ทำให้องค์กรมีการทำงานอย่างเป็นระบบ และทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรและองค์กรขยายไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย

บทสรุป

การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพด้วยการคิดเชิงออกแบบ เป็นการประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ ประกอบด้วย การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย (Empathize) การตั้งกรอบโจทย์ (Define) การสร้างแนวคิด (Ideate) การสร้างต้นแบบ (Prototype) และการทดสอบ (Test) โดยผู้พัฒนานวัตกรรมต้องเข้าใจถึงจุดเจ็บปวด (Pain point) ของผู้ที่ใช้นวัตกรรม ซึ่งจะนำสู่ผลลัพธ์ทางนวัตกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรด้านสุขภาพหรือนิสิตนักศึกษาในสาขาด้านสุขภาพ ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมจากปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานหรือการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ

โดยมีหน่วยงานให้การสนับสนุนทั้งด้านความรู้ อุปกรณ์ และแหล่งทุนต่างๆ ในการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ มีการจัดอบรมแนวทางการคิดเชิงออกแบบเพื่อให้เกิดการบูรณาการหรือเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมต่อไป หากบุคลากรสุขภาพหรือนิสิตนักศึกษาในสาขาด้านสุขภาพ มีการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพจะส่งผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษา รวมทั้งทำให้ผู้ใช้นวัตกรรมเกิดความพึงพอใจกับหน่วยงานหรือองค์กรในการบริการที่ได้รับ ทำให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความก้าวหน้าและทันสมัย

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรและนิสิตนักศึกษาด้านสุขภาพ ควรผ่านการอบรมการคิดเชิงออกแบบเพื่อสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบสู่การสร้างและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ผู้บริหารของหน่วยงานสถานบริการด้านสุขภาพ ควรสนับสนุนและเห็นความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงาน

References

1. Chernew, M. E., & Pany, M. J. Regulation of health care prices: the case for backstop price caps in commercial health care markets. *Jama*. 2021;325(9):817-18.
2. Department of Medical Services. Medical innovations. 2019-2027. Nonthaburi: Ministry of public health. 2019. (in Thai)
3. National Research Council of Thailand. 20-year national research strategy and integrated research system reform plan of the country. Nonthaburi: Ministry of public health. 2016. (in Thai)
4. Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J., & Bent, C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *In healthcare*. 2016;4(1):11-4.

5. van der Westhuizen, D., Conrad, N., Douglas, T. S., & Mutsvangwa, T. Engaging communities on health innovation: experiences in implementing design thinking. *International quarterly of community health education*. 2020;41(1):101-14.
6. Edler, J., Cunningham, P., & Gök, A. *Handbook of innovation policy impact*. New York: Edward Elgar Publishing. 2016.
7. Khamthana P., Wongsawang N., Patcheep k. Thanaboonpuang P. Development of a Design Thinking Curriculum for Promoting Innovation Competencies of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Sirindhorn Review Journal*. 2020;21(1),103-17.
8. World Health Organization. *Health innovation for impact*. Geneva, World Health Organization. 2023.
9. Office of the Health Promotion Foundation. *The definition of innovation*. Bangkok: Health promotion fund. 2022.
10. Fongkerd, S., Sinsuesutkul, S., & Tantalanutkul, S. Health Service Innovation: Challenging Roles of Community Practice Nurses in accordance with the Thailand 4.0 Policy. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*. 2020;30(2): 10-22. (in Thai)
11. Kogabayev, T., & Maziliauskas, A. The definition and classification of innovation. *HOLISTICA– Journal of Business and Public Administration*. 2017;8(1):59-72.
12. Ku, Bon, and Ellen Lupton. *Health design thinking: creating products and services for better health*. MIT Press. 2022.
13. van de Grift, T. C., & Kroeze, R. Design thinking as a tool for interdisciplinary education in health care. *Academic Medicine*. 2016; 91(9):1234-38.
14. Oliveira, M., Zancul, E., & Fleury, A. L. Design thinking as an approach for innovation in healthcare: systematic review and research avenues. *BMJ Innovations*. 2021;7(2):121-38.
15. Roberts, P. W., MacLaren, E., & Samuelson, M. H. *Introducing Design Thinking to Enhance Population Health Management*. *Healthcare Transformation*. 2018;3(1):17-26.
16. Abookire, S., Plover, C., Frasso, R., & Ku, B. Health design thinking: an innovative approach in public health to defining problems and finding solutions. *Frontiers in public health*. 2020;8(1):459-68.
17. Lorusso, L., Lee, J. H., & Worden, E. A. Design thinking for healthcare: transliterating the creative problem-solving method into architectural practice. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2021;14(2):16-29.
18. Bandansin J. Develop the Creativity Toward the Nursing Service Innovation. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(3): 9-17. (in Thai)
19. Wongsaree C. et al. A Review of Psychosocial Factors and Organizational Behavior and Performance Excellence Behavior of Head Nurses at an International Private Hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(1):14-22. (in Thai)

การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดชนิดไม่เขียววัยแรกเกิดถึงอายุ 1 ปี ระยะก่อนผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ

Preoperative Care and Prevention of Complications in Pediatric Patients with Benign Congenital Heart Disease

เอกราช คุณเวียง สุชาดา นันทพูนทรัพย์ วิชิต คำพูล*

Ekkarat Koonwiang Suchada Nuntapoonsub Wichit Khamphul*

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีความผิดปกติมักเกิดจากโครงสร้างของระบบหลอดเลือดและหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีการผสมกันของเลือดดำและเลือดแดงจึงไม่แสดงอาการตัวเขียวพบประมาณ 8 ราย ต่อทารกแรกเกิด 1,000 ราย ต้องได้รับการรักษาตั้งแต่วัยเด็ก โดยการผ่าตัดหรือสวนหัวใจ หากไม่รักษาอาจเสียชีวิตในขวบปีแรก จากสถิติของคลินิกเด็กโรคหัวใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ป่วยจำนวน 4,200 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ 1,525 ราย พบชนิดไม่เขียวถึง 1,207 ราย ต้องได้รับการดูแลจากผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักศึกษา ซึ่งเป็นผู้ให้บริการติดตามดูแล จำเป็นต้องพัฒนาทักษะ การดูแลผู้ป่วยให้ผู้ปกครอง สามารถดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มุ่งหวังให้ผู้ปกครองสามารถดูแลผู้ป่วยขณะรอการผ่าตัดอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ ทั้งยังสามารถเป็นแนวทางให้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ สามารถออกแบบโปรแกรมการสอนให้สอดคล้องกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน มีร่างกายใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด พร้อมรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป

คำสำคัญ : โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว, ภาวะหัวใจล้มเหลวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว, ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

Abstract

Acyanosis congenital heart disease heart is an abnormality usually caused by the structure of the cardiovascular system from birth. This type does not mix venous and arterial blood, so it does not show cyanosis. It is found about 8 cases per 1,000 newborns and must be treated since childhood.

Corresponding Author: *E-mail: kwichit@hotmail.com

วันที่รับ (received) 3 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ก.ค. 2566

By surgery or cardiac catheterization. If not treated, death may occur in the first year. from collecting statistics at the Children's Cardiology Clinic Department of Pediatrics Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University, 4,200 cases, divided into 1,525 new cases, 1,207 non-green cases were found. These patients still need to be taken care of by their parents. Because children of this age are not able to take care of themselves. Therefore, A multidisciplinary team such as doctors, nurses, and hygienists who provide services closely monitor this group of patients. It is necessary to develop patient care skills so that parents can Prevent omplications while taking care of patients at home. before surgery properly This academic article aims to prevent complications in pediatric patients with non-green congenital heart disease.

This article aims to prevent complications in pediatric patients with congenital heart disease and aims to enable parents to efficiently care for patients while waiting for surgery at home. This approach aims to reduce the occurrence of complications and the severity of the disease. Additionally, it provides guidelines for healthcare professionals to design educational programs that align with the patients' needs, promote their overall health, and minimize complications. The ultimate goal is to achieve the best possible physical condition, as close to that of a healthy child, and continue with the recommended surgical treatment plan.

Keywords: Acyanotic congenital heart disease, congestive heart failure in children with Acyanotic congenital heart disease , caregivers of children with Acyanotic congenital heart disease

บทนำ

ระบบไหลเวียนโลหิตเป็นระบบที่มีความสำคัญ ระบบหนึ่งของร่างกายในการขนส่งออกซิเจนจากปอดไปยังเซลล์ต่างๆ พร้อมทั้งนำคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใช้แล้ว จากเซลล์กลับไปยังปอด โดยมีหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ ในการบีบตัวและคลายตัวเป็นจังหวะให้เกิดการไหลเวียน เลือด หัวใจจะทำงานให้เกิดการไหลเวียนเลือดเกิดขึ้นอย่างนี้เรื่อยๆไปตลอดการมีชีวิตของมนุษย์ เมื่อเกิด ความผิดปกติของระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิต ย่อมส่ง ผลต่อชีวิตของเด็กได้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการสร้างโครงสร้างของหัวใจ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ประมาณร้อยละ 85-90 ไม่มีสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดชัดเจน มีแค่เพียงร้อยละ 15 ที่พบสาเหตุ โรคนี้พบบ่อยในทารกแรกเกิด¹

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanosis Congenital Heart Disease) ความผิดปกติเกิดจากโครงสร้างของระบบหลอดเลือดและหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิดเด็กกลุ่มนี้จะไม่มีอาการเขียว เนื่องจากร่างกายได้รับเลือดแดงที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงมีปริมาณสูง อาจมีความผิดปกติที่เกิดจากผนังกันหัวใจมีรู ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ หรือหลอดเลือดตีบหรือเกิน ซึ่งพบเด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจชนิดไม่มีอาการเขียว ประมาณร้อยละ 85 ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยโรค

หัวใจชนิดที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้ เช่นภาวะที่ผนังกันหัวใจห้องล่างมีรูรั่ว การคงอยู่ของหลอดเลือดแดงเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกายและปอด และภาวะที่ผนังกันหัวใจห้องบนมีรูรั่ว ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดมีลักษณะความผิดปกติน้อยจนไปถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล เพื่อควบคุมอาการของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นการดูแลเด็กป่วยกลุ่มนี้ควรเน้น ที่การสอนและให้คำแนะนำผู้ดูแล ให้มีความรู้และการให้การช่วยเหลือให้ผ่านพ้นในภาวะวิกฤติกับเด็กป่วยได้อย่างทันที จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงหลักการพยาบาลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างเหมาะสม ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา ซึ่งเป็นผู้ให้บริการติดตามดูแล มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัยและพ้นจากภาวะวิกฤติของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปกครอง สามารถดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านก่อนการผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสมในอีกทางหนึ่งด้วย

สาเหตุของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

สาเหตุของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด¹ มีดังนี้

1. การติดเชื้อของมารดา พบว่า มารดาติดเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน (rubella) ใน 1 – 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ทำให้เด็กเป็นโรคหัวใจชนิดที่หลอดเลือด ductus arteriosus ยังไม่ปิดเรียกว่า patent ductus arteriosus (PDA) และโรคหัวใจชนิดที่มีการตีบของแขนง pulmonary artery เรียกว่า pulmonary artery branch stenosis แต่ถ้าติดเชื้อหัดเยอรมันในระยะหลัง 6 – 9 เดือนของการตั้งครรภ์ โอกาสที่เด็กจะเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดจะลดลง

2. มารดาได้รับยาขณะตั้งครรภ์ เช่น ยาระงับชัก ยาสงบประสาท กลุ่มยาฮอร์โมน หรือมารดาดื่มสุราทำให้เด็กเป็นโรคหัวใจได้หลายๆ โรค เช่น ผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (ventricular septal defect, VSD) ผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (atrial septal defect, ASD) หรือ pulmonary valve ตีบ (pulmonary stenosis, PS) หรือหลอดเลือด aorta และ pulmonary artery ออกสลับกันโดย aorta ออกจากหัวใจห้องล่างขวาและ pulmonary artery ออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย (transposition of great arteries, TGA)

3. ความเจ็บป่วยของมารดา เช่น มารดาเป็นเบาหวาน เด็กที่เกิดอาจเป็นโรคหัวใจชนิด VSD, PDA, ASD และ Tetralogy of Fallot (TOF) ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคหัวใจชนิดที่มีอาการเขียวที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจหรือมารดาเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดจะทำให้มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 3-4 เป็นต้น

4. ความผิดปกติด้านพันธุกรรม เช่น การแบ่งตัวของโครโมโซมที่ผิดปกติทำให้เด็กที่เกิดมาเป็นโรคหัวใจ แต่กำเนิดร่วมด้วย เด็กที่ความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 13 และ 18 คือมีโครโมโซม 3 ตัว เด็กอาจเป็นโรคหัวใจชนิด VSD, PDA หรือเด็กเป็น Down Syndrome จะเป็นโรคหัวใจชนิด VSD, PDA และโรคหัวใจที่มีการรั่วของผนังกันหัวใจทั้งบนและล่าง (endocardial cushion defect) เป็นต้น

ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การแบ่งชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เด็กที่เป็นโรคหัวใจในกลุ่มนี้จะไม่มีอาการเขียวเนื่องจากร่างกายได้รับเลือดแดงที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง มากกว่าร้อยละ 95 โรคหัวใจในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ 1. ชนิดที่มีเลือดไหลลัดจากซีกซ้าย

ไปขวา (left to right shunt) โรคหัวใจในกลุ่มนี้พบร้อยละ 50 ของเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดทั้งหมด การไหลลัดของเลือดเกิดจากความดันเลือดในหัวใจห้องซ้ายสูงกว่าห้องขวา เช่น VSD และ ASD หรือความดันเลือดใน aorta สูงกว่าใน pulmonary artery เช่น PDA, VSD เป็นโรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุด โดยพบได้ร้อยละ 25 ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และ 2. ชนิดที่มีการอุดกั้นทางออกของเลือด เช่น aortic valve ตีบ (aortic stenosis, AS), PS และหลอดเลือด aorta ตีบ (coarctation of aorta, CoA) เป็นต้น¹ สามารถอธิบายโดยละเอียดดังนี้

1. กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวกลุ่มที่มีรูรั่ว (Defect) ได้แก่

1.1 ผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular septal defect : VSD) พบได้บ่อยอันดับ 1 ผลจากการรูรั่วผนังกันห้องหัวใจล่าง ทำให้เลือดแดงจากหัวใจห้องล่างซ้ายผ่านรูรั่วไปยังหัวใจห้องขวา และออกสู่หลอดเลือดแดงของปอด ส่งผลให้เลือดที่ไปปอดมากขึ้น ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจห้องบนซ้ายและล่างซ้ายจะเพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้หัวใจห้องซ้ายรับภาระมากขึ้น (ปริมาณเลือดเพิ่ม) เกิดภาวะหัวใจวายได้ โดยเฉพาะกรณีรูรั่วขนาดใหญ่

1.2 ผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial septal defect : ASD) พบได้บ่อยอันดับ 2 ผลจากการรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน เด็กเล็กจะยังไม่แสดงอาการ เมื่ออายุมากขึ้นปริมาณเลือดแดงไหลผ่านจากหัวใจห้องบนซ้ายไปด้านขวาจะเพิ่มมากขึ้น ส่วนอาการภาวะหัวใจวายจะแสดงอาการในเด็กโตอายุมากกว่า 3 ปี หรือผู้ใหญ่

1.3 รูรั่วระหว่างหลอดเลือดหัวใจเกิน (Patent ductus arteriosus : PDA) การคงอยู่ของหลอดเลือดแดงเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกายและปอด พบได้เมื่อทารกอยู่ในครรภ์ เมื่อทารกคลอดออกมาหลอดเลือดนี้มักจะหดตัวเล็กลง จนปิดไปยกเว้นในรายที่มีความผิดปกติ ทำให้หลอดเลือดนี้คงอยู่เลือดแดงส่วนหนึ่งจากหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกาย จะไหลผ่านไปยังหลอดเลือดแดงของปอดปริมาณเลือดไปปอดเพิ่มขึ้น และไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องซ้ายเพิ่มขึ้น คล้ายในรูรั่วผนังกันหัวใจห้องล่าง

2. กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวกลุ่มที่เป็นรอยตีบ (Stenosis) ได้แก่

2.1 ลิ้นหัวใจหลอดเลือดแดงปอดตีบแคบ (Pulmonary stenosis : PS) ปกติลิ้นหัวใจหลอดเลือดแดงปอด

จะมีลักษณะคล้ายกระเปาะ 3 อันติดกันในท่าปิดจะปิดได้สนิท เพื่อไม่ให้เลือดย้อนกลับ ในท่าเปิดจะเปิดได้จนสุด ให้เลือดไหลออกจากหัวใจห้องล่างขวาไปปอด ในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเส้นเลือดไปปอดตีบ จะส่งผลให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานมากขึ้น

2.2 หลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกายส่วนไปเลี้ยงลำตัวส่วนล่างตีบ (Coarctation of aorta : COA) ผลจากการตีบของหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกาย หัวใจห้องซ้ายต้องบีบตัวมากขึ้น จึงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น ความดันโลหิตของร่างกายส่วนบนต้องสูงขึ้นเพื่อส่งเลือดผ่านรอยตีบไปเลี้ยง

อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว^{1,2}

1. เลี้ยงไม่โต หรือเจริญเติบโตช้า โดยเฉพาะในรายที่มีความหัวใจผิดปกติรุนแรง เนื่องจากหัวใจต้องทำงานหนัก และเด็กมีอาการเหนื่อย ร่างกายจึงต้องการพลังงานมากกว่าปกตินอกจากนี้ยังทำให้กินได้น้อย อาการจะมากยิ่งขึ้นเมื่อเจ็บป่วย เซลล์สมองมีการเจริญเติบโตลดลง จึงอาจมีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก รวมถึงยังมีผลต่อพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อ มัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้ภาษา และด้านสังคมร่วมด้วย ส่วนใหญ่จะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ คือน้ำหนักตัวและส่วนสูงน้อยกว่าปกติ เนื่องจาก ความผิดปกติทางการสูบน้ำเลือดออกจากหัวใจ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Cellular hypoxia) ส่งผลให้เนื้อเยื่อตามต่างๆ เจริญเติบโตไม่ดี และวัฏจักรทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลง

2. อาการเหนื่อยง่ายหรือหัวใจวาย เด็กโรคหัวใจที่มีความผิดปกติมากจะมีอาการเหนื่อยหอบโดยสังเกตได้จาก หายใจเร็วจนกบดาน หน้าอกบวม หรือชายโครงบวม ในเด็กเล็กขณะดูนม จะต้องหยุดพักเหนื่อย ใช้เวลาดูนมนาน หอบ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลมาจากหัวใจสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง ในเด็กโตจะเล่นและเหนื่อยง่ายกว่าเพื่อนๆ ซึ่งเป็นภาวะหัวใจวาย

3. เหงื่อออกมาก เนื่องจากมีอัตราการเผาผลาญของร่างกายสูงกว่าปกติ ทำให้เหงื่อออกมากขึ้น เป็นผลมาจากการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ เห็นได้ชัดที่บริเวณศีรษะทำให้ผิวหนังงึนขึ้น

4. หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติซึ่งอาจจะเป็นมา

เนื่องจากความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจทำให้การทำงานของหัวใจผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็วเกินไป (Tachycardia) หัวใจเต้นช้าเกินไป (Bradycardia) หรือหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Arrhythmia) แต่กำเนิด หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษาโรคหัวใจอื่นๆ ในเด็กโตจะมีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หน้ามืดเป็นลมได้ในเด็กเล็กจะมีอาการซึมหรือร้องกวนผิดปกติได้ไม่ดูดนม หายใจเร็วเมื่อทำเย็นซิด

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว^{1,2}

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infection) พบได้ง่ายและบ่อย เช่น เป็นหวัดหรือปอดอักเสบ (Pneumonia) ทั้งนี้เนื่องจากความผิดปกติของหัวใจ เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่มีเลือดไหลล้นจากระบบหัวใจซ้ายไปหัวใจขวา Left to right shunt ทำให้เลือดไปปอดมากขึ้น เนื้อที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง และง่ายต่อการติดเชื้อ และการเจริญเติบโตของเชื้อโรคเด็กจะป่วยด้วยโรคหวัด ไข้ ไอ บ่อยๆ ซึ่งเป็นแล้วจะหายช้ากว่าปกติ

2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในขวบปีแรก โดยเฉพาะอายุ 6 เดือนแรกถึง ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะเกิดอาการภายในอายุ 2-3 เดือน มักไม่เกินอายุ 6 เดือน ผู้ป่วยจะเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมองจะปกติ จะเกิดการติดเชื้อในปอดได้บ่อย และรุนแรง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในช่วงก่อนผ่าตัดได้สูง โดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุ 6 เดือนแรก

ความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ความรุนแรงของหัวใจ ประเมินจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก ซึ่งแสดงถึงการทำงานของหัวใจ โดย New Heart Association ได้แบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ³

ระดับที่ 1 เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีอาการผิดปกติ

ระดับที่ 2 กรณีเด็กเล็ก มีภาวะหายใจเร็วอย่างชัดเจน และมีเหงื่อออกมากขณะดูนมกรณีเด็กโต จะมีอาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง หรือออกกำลังกายมากขึ้น การเจริญเติบโตเป็นไปตามปกติ

ระดับที่ 3 เด็กมีอาการภาวะหายใจเร็วอย่างชัดเจน

และมีเหงื่อออกมากขณะดุนนมหรือขณะออกกำลังกาย ใช้เวลา
ในการดุนนมนานขึ้น เริ่มมีอาการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ

ระดับที่ 4 ขณะที่เด็กมักจะแสดงอาการหายใจเร็ว
หอบเหนื่อย หรือมีเหงื่อออกมากเรื่อยๆ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันได้ด้วยตนเอง

แนวทางการรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

1. การรักษาด้วยยา ในรายที่มีความผิดปกติไม่มาก
มีโอกาสมายเองได้ การรักษาด้วยยาจึงเป็นการประคับประคอง
อาการก่อน หรือในรายที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ต้องได้รับ
ยาเพื่อควบคุมอาการ รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ที่สำคัญ ได้แก่ ยาดิจิทาลิส (Digitalis) กลไกการออกฤทธิ์ของ
ยาต่อหัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นช้าลง เพิ่มการหดตัวของ
กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ลดแรงดัน
เลือดสู่หัวใจห้องล่าง และลดอาการคั่งของเลือดในปอด หัวใจ
และนอกหัวใจ ผู้ป่วยจะสุขสบายขึ้น

2. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่เพิ่มปริมาณ
ปัสสาวะ โดยเพิ่มการขับโซเดียมคลอไรด์และน้ำออกจาก
ร่างกาย มีประโยชน์ในการรักษาภาวะบวมจากสาเหตุต่างๆ
เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง (Pulmonary edema) โรคของตับ
และไตวาย มักใช้ยาร่วมกับยาดิจิทาลิส (Digitalis และ ACE
inhibitor) เพื่อใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ยากด Angiotensin-Converting enzyme
(ACE inhibitor) ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และลดแรงต้านทาน
ของหลอดเลือดส่วนปลาย ความดันในหลอดเลือดในปอดและ
ร่างกายลดลง ช่วยลดความดันเลือดที่กลับสู่หัวใจ ทำให้หัวใจ
สามารถสูบฉีดโลหิต

4. การใส่สายสวนหัวใจ (Cardiac catheterization)
ในปัจจุบันนิยมทำการรักษาด้วยสายสวนหัวใจเนื่องจากมีข้อดี
คือ หลีกเลี่ยงการผ่าตัด โดยอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะ
แทรกซ้อน ความเจ็บปวด ขนาดของแผล ระยะเวลาอนในโรง
พยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายจะน้อยกว่าการผ่าตัด

การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

การผ่าตัดสามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการ
ผ่าตัดได้ 2 ประเภท คือ

1. การผ่าตัดแบบประคับประคอง (palliative
surgery) เป็นการรักษาแบบชั่วคราว เพื่อให้ผู้ป่วย มีอาการดี
ขึ้นก่อน แต่ยังไม่ได้แก้ไขความผิดปกติทั้งหมดมีวัตถุประสงค์

คือ เพิ่มจำนวนเลือดไปปอด ลดจำนวนเลือดไปปอด และเพิ่ม
จำนวนเลือดที่ Mixing ในระดับของ atrium

2. การผ่าตัดชนิดถาวร (corrective surgery)
เป็นการผ่าตัดที่มุ่งแก้ไขความพิการของหัวใจ เพื่อให้มีสรีรวิทยา
ของระบบไหลเวียนเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถ
สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ
ทำให้เกิดอาการเหนื่อย หายใจเร็ว ดุนนมแล้วเหนื่อยต้องหยุด
เป็นพักๆ และใช้เวลา ดุนนมนาน หรือดุนนมไม่หมด น้ำหนักตัว
ขึ้นช้าหรือตัวเล็กกว่าเด็กในวัยเดียวกัน เหงื่อออกมาก บริเวณ
ศีรษะ บวม เป็นหูดบ่อๆ ปอดอักเสบง่ายและหายใจ
อาจพบร่วมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวและเขียว
หรือในผู้ป่วยบางราย สามารถเกิดขึ้นในภายหลังได้ เด็กเหล่านี้
จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อช่วยการทำงานของหัวใจ และการรักษา
ต้องทำอย่างต่อเนื่องรวมถึงการรับประทาน บิตามารดาควร
ให้ความร่วมมือในการรักษา

หลักการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่ เขียววัยแรกเกิด ถึง อายุ 1 ปี

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ย่อม
ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเพื่อควบคุม
อาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ความร่วมมือ
และการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล จะช่วยป้องกันภาวะ
แทรกซ้อน ช่วยให้เด็กมีร่างกายพร้อมที่จะรับการผ่าตัดแก้ไข
ความผิดปกติของหัวใจ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด
ไม่เขียวต้องการดูแลเหมือนเด็กทั่วไป เพื่อให้มีสุขภาพร่างกาย
ที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ
ในระบบทางเดินหายใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว สำคัญคือผู้ดูแล
หรือผู้ปกครองต้องมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิดชนิด ไม่เขียวที่ถูกต้อง จึงควรติดตามสอบถาม
ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเป็นระยะขณะรอรับการผ่าตัดอยู่ที่บ้าน⁴
พฤติกรรมในการดูแลของบิดามารดาที่ถูกต้อง จะทำให้เด็กโรค
หัวใจพิการแต่กำเนิดมีสุขภาพดี และพร้อมในการผ่าตัดตาม
แผนการรักษาต่อไป⁵ สอดคล้องกับศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ⁶ พบว่าครอบครัวได้รับ
ผลกระทบจากการดูแลเด็กในหลายด้านแต่ครอบครัวพยายาม
อย่างดีที่สุด เพื่อช่วยให้เด็กพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด ทั้งนี้

อธิบายได้ว่าในระหว่างรอผ่าตัด ครอบครัวมีเวลาปรับตัว และได้รับข้อมูลต่างๆ ทำให้ยอมรับกับความเจ็บป่วย และเรียนรู้ว่าโรคหัวใจในเด็กส่วนใหญ่สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัด นอกจากนี้ขณะพาเด็กไปตรวจที่โรงพยาบาล ครอบครัวมีโอกาสพูดคุยกับครอบครัวของเด็กโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจึงรู้สึกมีความหวังว่าเด็กมีโอกาสหายหรือ มีสุขภาพดีขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัด

ดังนั้น พยาบาลควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการการพยาบาล จัดโปรแกรมช่วยเหลือครอบครัวประกอบการให้การ ประเมินครอบครัว การให้ความรู้ และดูแลด้านจิตใจ แก่ ครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ได้รับการแจ้งผลการวินิจฉัย จนถึงระยะผ่าตัดโดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละครอบครัว ดังนี้

1. ระยะของการรู้ผลการวินิจฉัย: พยาบาลควรมีส่วน ร่วมขณะที่แพทย์แจ้งผลการตรวจ ประเมินความรู้สึก ประเมินปัญหาและดูแลด้านจิตใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและการผ่าตัดหัวใจ ให้คำแนะนำในการดูแลบุตรด้วย ภาษาที่เข้าใจง่ายประกอบการใช้ภาพ หรือโมเดลหัวใจพร้อมให้เอกสารแผ่นพับ

2. ระหว่างรอผ่าตัดหัวใจ: พยาบาลควรให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลและติดตามเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้มากที่สุด ให้ชื่อพยาบาลและหน่วยงานพร้อมเบอร์โทรศัพท์สำหรับ ติดต่อ สอบถามข้อมูลและหากต้องการความช่วยเหลือและให้ข้อมูล เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการเงิน

บทบาทการพยาบาลดูแล^{1,2,4}

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล บิดามารดามักได้รับคำแนะนำให้ดูแลบุตรอยู่ที่บ้าน ดังนั้นบทบาทพยาบาลควรเน้นที่การให้ความรู้และคำแนะนำแก่บิดามารดาในการดูแลบุตร เพื่อรอเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในช่วงเวลาต่อมา บิดามารดาหรือผู้ปกครอง จะสามารถดูแลบุตรด้วยความเข้าใจเป็นอย่างดีด้วยความรักเป็นทุนเดิม สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือคำแนะนำของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจที่ถูก ต้องและครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. การมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งสำคัญมากการมาพบแพทย์แต่ละครั้งเด็กจะได้รับการประเมินปัญหาของโรคหัวใจและจะได้รับคำแนะนำการดูแลที่อาจปรับเปลี่ยนไปบ้างในแต่ละครั้ง หรืออาจจะได้รับการปรับขนาดของยาที่ได้รับหรือปรับปริมาณน้ำหรือนมที่ได้หรือ ปรับเรื่องอาหารที่บุตรรับ

ประทาน เช่น อาจเริ่มรับประทานเค็มได้บ้าง เป็นต้น นอกจากนี้ไม่ควรสังเกต อาการที่ผิดปกติ เช่น หายใจเร็วเหนื่อยหอบมาก ไม่ยอมดุนม เป็นต้น ให้รีบพาเด็กมาพบแพทย์ทันที

2. การส่งเสริมพัฒนาการ การมีพัฒนาการล่าช้า นับเป็นปัญหาสำคัญในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ดังนั้นจึงควรทำการประเมินพัฒนาการผู้ป่วยเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกรายอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปีนอกจาก นี้บิดามารดาผู้ป่วยเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดควรได้รับคำแนะนำให้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและการมีพัฒนาการตามวัย เพื่อสร้างความเข้าใจในสภาพการณ์ที่เป็นจริงของเด็กที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในบางครั้งพบว่าบิดามารดามีพฤติกรรมที่ปกป้องมากเกินไปเกินความจำเป็น ข้อนแนะนำทางการแพทย์อนุญาตให้เด็กที่มีหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมีอาการรุนแรงระดับปานกลาง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติเล็กน้อย มักมีพัฒนาการตามวัยตรงข้ามกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวร่วมกับภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) หรือในเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะหัวใจวายซึ่งมักมีพัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการคลาน นั่ง หรือเดิน เนื่องจากการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อย ดังนั้นผู้เลี้ยงดูควรได้รับคำแนะนำเรื่อง ความสำคัญของการดูแลให้เด็กได้รับสารอาหารและการกระตุ้นให้มีการพัฒนาการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม

3. การดูแลด้านโภชนาการ ผู้ป่วยเด็กที่มีหัวใจพิการแต่กำเนิดในรายที่มีความผิดปกติซับซ้อนมักมี ปัญหาด้านโภชนาการจากการดุนมได้น้อยใช้เวลานาน ในการดุนม และไม่มี ความอยาก ควรส่งเสริมการเลี้ยงด้วยนมแม่ตราบเท่าที่ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ถ้าต้องการเพิ่มจำนวนแคลอรี ในช่วงกลางวันสามารถบิมนมมารดามาผสมกับนมผงให้ได้พลังงาน 24-30 แคลอรี/ออนซ์ และพยายามให้ดุนมมารดา ในช่วงกลางคืนและรุ่งเช้าเพื่อส่งเสริมความผูกพันระหว่างแม่ลูกและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของทารกและควรจัดให้อยู่ในที่เงียบสงบขณะให้นมทารก กรณีให้นมผสมควรได้รับพลังงาน 120-150 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก./วัน ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการโดยการพล็อตกราฟ เปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักและส่วนสูงทุกครั้งที่มารับการตรวจ เพื่อเฝ้าระวังด้านโภชนาการในรายที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

4. ด้านการป้องกันการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อ เด็กที่หัวใจพิการแต่กำเนิดจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อแบคทีเรียที่เยื่อหุ้มหัวใจ (endocarditis) จากการที่

แบบที่เรียในกระแสเลือดเข้าไปในหัวใจผ่านทางลิ้นหัวใจหรือรูรั่วที่ผิดปกติสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Heart Association) แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอโดยการแปรงฟันใช้ไหมขัดฟันและมาพบทันตแพทย์ตั้งแต่อายุครบ 1 ปีและบางกรณีก่อนการ รักษาหรือทำความสะอาดฟันผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5. การได้รับภูมิคุ้มกัน สามารถให้ได้เหมือนเด็กปกติและควรได้รับวัคซีนเสริมบางชนิด เช่น วัคซีนสุกใส ไขหวัดใหญ่ และ นิวโมคอคคัลคอนจูเกต

6. การดูแลเรื่องการขับถ่ายควรให้เด็กขับถ่ายเป็นเวลาประจำ อย่าให้ท้องผูกเพราะการเบ่งถ่ายทำให้เด็กเหนื่อยง่าย อาจทำให้ขาดออกซิเจนเฉียบพลันได้ ควรเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยต่างๆ และเครื่องดื่ม เช่น ผัก ผลไม้ น้ำส้ม น้ำมะขาม น้ำลูกพรุน เป็นต้น

กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว กรณีที่ 1

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 7 ปี อาการสำคัญ เหนื่อยง่าย มาประมาณ 2 ปี ประวัติปัจจุบัน เริ่มมีอาการเหนื่อยง่าย เวลาวิ่งเล่นจะหยุดพักก่อน ช่วงหลัง 6 เดือน ก่อนมานี้รู้สึกเหนื่อยมากขึ้น ไม่เคยมีอาการตัวเขียว 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไอเล็กน้อย มีน้ำมูก ไม่มีไข้ ไปตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ฟังได้เสียงหัวใจผิดปกติ จึงส่งต่อมาเพื่อรักษา

แนวทางการพยาบาลรักษาผู้ป่วยรายนี้คือ

1. ในระยะแรกรักษาด้วยยา ได้แก่ diuretic, digitalis และ vasodilator ปรึษาตามความรุนแรงจากการตอบสนองให้ยาแต่ละตัว

2. รักษาภาวะติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งอาจกระตุ้นให้ควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น

3. ระยะต่อมาหลังควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การปิดรูรั่ว ทำได้ 2 วิธี การผ่าตัดเปิดหัวใจ ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม อยู่โรงพยาบาล 5-7 วัน พร้อมพักฟื้นที่บ้าน 1-2 สัปดาห์และการใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วผนังกันหัวใจ ที่เรียก Amplatzer หลักการทำการคือการทำสวนหัวใจ โดยใช้สายสวนที่มีลักษณะเป็น balloon ตรงส่วนปลายเพื่อวัดขนาดของรูรั่วแล้วจึงใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่ว ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล 1-2 คืน

4. ระยะพักฟื้นอยู่ในหอผู้ป่วย ทีมแพทย์ พยาบาล ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มีภาวะสุขภาพได้รับการฟื้นฟูสภาพ

ร่างกายเป็นปกติก่อนกลับบ้าน

5. การดูแลพยาบาลให้คำแนะนำต่อผู้ปกครองให้ทราบถึงอาการหัวใจล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้น เพื่อรักษาอาการตั้งแต่ระยะแรก บันทึกน้ำหนัก ความยาว เส้นรอบศรีษะ เปรียบเทียบการเจริญเติบโต ในรายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภาวะหัวใจล้มเหลว ให้ยาควบคุมอาการ เพื่อลดความต้านทานในหลอดเลือดแดงของร่างกาย

นอกจากนี้ต้องแนะนำการป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ โดยหลีกเลี่ยงผู้ที่เป็นหวัด ในรายที่น้ำหนักตัวขึ้นช้าแนะนำอาหารที่มีแคลอรีสูง เป็นต้น

กรณีที่ 2

ผู้ป่วยเป็นเด็กผู้หญิงอายุ 9 ปี มาโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามแพทย์นัดหลังจากที่ได้รับการผ่าตัด Right bidirectional Glenn shunt with leaving antegrade flow with closure pericardium ตั้งแต่แรกเกิดหลังการตรวจวินิจฉัยโดยการสวนหัวใจพบว่าหลังผ่าตัดมี severe pulmonary stenosis ศัลยแพทย์พิจารณาให้รับการผ่าตัด Fontan procedure เพื่อแก้ไขภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด stage III เป็นกรณีศึกษาเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับการผ่าตัด Fontan Procedure ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถีตั้งแต่ ตุลาคม-มีนาคม เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ตรวจร่างกาย การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ และค้นหาปัญหาศึกษาแนวทางการระงับความรู้สึก กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในฐานะวิสัญญีพยาบาลได้มีการประเมินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อวางแผนร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในการพิจารณาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ และบริหารยาร่วมกัน กรณีศึกษานี้ใช้เวลาในการผ่าตัด ตลอดจนการผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะความดันเลือดแดงไปปอดสูงเฉียบพลัน และสามารถย้ายไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและได้พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจได้ภายในวันที่หลังจากการผ่าตัด ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 13 วัน จึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านสรุปผลการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับการผ่าตัด Fontan Procedure ที่ได้รับการผ่าตัดและ

ระงับความรู้สึก ต้องใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพจึงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้⁷

บทสรุป

บทสรุปการปฏิบัติการพยาบาลดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว วัยแรกเกิด ถึง อายุ 1 ปี ระยะก่อนผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนให้มีการนำกิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานที่หรือลักษณะของงานที่ได้รับมอบหมาย ในการพัฒนาความรู้และทักษะ แก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน การให้ความรู้ผู้ดูแลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกๆ เดือน เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดตามปัญหาของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการเปิดสื่อคอมพิวเตอร์ฉายซ้ำๆ เพื่อให้มารดาดูในขณะที่กำลังรอพบแพทย์ และ พยาบาลจัดห้องสำหรับให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ดูแลได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลเด็กโรคหัวใจซึ่งกันและกัน และอธิบายเพิ่มเติมตามที่คุณผู้ดูแลสงสัย หลังจากนั้นสรุปเนื้อหาความรู้กลับไปอ่านทบทวนที่บ้านต่อไป

References

1. Sriboonyawattana N. Nursing Care of Children with Congenital Heart Disease. Nursing Journal. 2019; 46(Supplement): 128-38 (in Thai)
2. Petruentong P, et al. Children with Congenital Heart Disease. Songklanagarind Journal of Nursing, 2018; 38(1): 10-21 (in Thai)
3. Johnson, Walter H., Jr., author. Pediatric cardiology : the essential pocket guide / Walter H. Johnson Jr., James H. Moller. 3th ed. John Wiley & Sons, Ltd; 2014. (in Thai)
4. Koonwiang E, Prabpai S, Chanthong P. Effectiveness Of Health Education Program For Prevention Of Respiratory Infection Among Children With Acyanosis Congenital Heart Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(Supplement): 56-67. (in Thai)
5. Wicha K., Jintrawet U., Lamchang S. Health Literacy and Care Behaviors of Parents in Preventing Respiratory Infection in Children with Congenital Heart Disease Prior to Cardiac Surgery. Nursing Journal Chiang Mai University 2021; 48(2): 193-205. (in Thai)
6. Srichantarani A, Chontawan R. Caring for Infants with Congenital Heart Disease Prior to Cardiac Surgery: The Impacts on Families. journal of Nursing Science. 2011; 29 (suppliment): 7-18 (in Thai)
7. Khandhiworadham P. Nursing for Congenital Heart Patients with Fontan Procedure: A Case Study. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2022; 68(3): 22- 32 .(in Thai)

สมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลเด็กแนวใหม่หลังโควิด-19

Nursing Competency of New Pediatric Nurses in the Post-COVID-19

ยอชวัญ ชื่นบาน*

Yodkhwan Cheunbun*

โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10210

Mongkutwattana Hospital Bangkok, Thailand 10210

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลเด็กแนวใหม่หลังโควิด-19 ประกอบด้วยสมรรถนะพยาบาลเด็กในยุคการเปลี่ยนแปลง การพยาบาลเด็กผู้ป่วยโควิด-19 การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเด็กในอนาคตสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลเด็กยุคโควิด-19 โควิด-19 โรคระบาดที่ถือเป็นความท้าทายครั้งใหญ่ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้คนในทุกด้าน ทุกภาคส่วนของสังคมจึงช่วยกันแสวงหาการรับมือและแก้ปัญหา ซึ่งต่างก็เห็นตรงกันว่าควรมีการเรียนรู้และมองไปข้างหน้า (Post COVID-19) พร้อมกับหาโอกาสในวิกฤติเพื่อให้ชีวิตปกติกลับมาและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปีมีการติดเชื้อร้อยละ 2.71 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและอายุน้อยที่สุดที่ติดเชื้อคือ 1 เดือน โควิด-19 จึงส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขในส่วนของผู้ให้บริการบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานเพิ่มขึ้นพร้อมๆ กับการขาดแคลนกำลังคน ในส่วนพยาบาลเด็กจึงต้องสามารถศึกษาหรือสืบค้นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ COVID-19 รวมถึงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หากพยาบาลเด็กมีความรู้ความสามารถและพร้อมที่จะปฏิบัติงานจะช่วยให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กได้ทันเหตุการณ์ ดังนั้นพยาบาลเด็กทุกคนจึงต้องมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอ สามารถปรับตัวและเรียนรู้วิธีการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้อง สรุปได้ว่าสมรรถนะพยาบาลเด็กแนวใหม่เป็นความท้าทายที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสามารถจัดการกับโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ หรือผู้ปกครองเด็กที่ห่วงใยลูกหลานในยามที่ครอบครัวต้องเผชิญโรคนี้

คำสำคัญ : สมรรถนะพยาบาล, พยาบาลเด็กแนวใหม่ โควิด 19

Abstract

This academic article aims to present knowledge about new pediatric nursing competencies after COVID-19, consisting of pediatric nursing competencies in the transition era. Pediatric Nursing for COVID-19 Patients Development of competency of future pediatric nurses Necessary competencies of pediatric nurses in the COVID-19 era The COVID-19 pandemic is a big challenge. Thailand has been affected by COVID-19. Which affects people's lives in all aspects All sectors of society therefore help each other to seek coping and solving problems. They all agreed that they should learn and look ahead (Post COVID-19) and find opportunities in the crisis to restore normal life and improve their well-being. During the outbreak of COVID-19 in Thailand found Pediatric patients under 10 years of age were infected by 2.71% of all cases and the youngest infected was 1

Corresponding Author : *Email : kajieaw44@gmail.com

วันที่รับ (received) 23 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 มิ.ย. 2566

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
Vol. 24 No.2 May - August 2023

month. The workload increases simultaneously with manpower shortages As for pediatric nurses, they must be able to study or search for guidelines on nursing care for pediatric patients infected with COVID-19, as well as to prevent the spread of infection properly and efficiently. If pediatric nurses are knowledgeable and ready to work, it will help to have more confidence in taking care of pediatric patients. and able to face various situations Make decisions to solve problems and help young patients in a timely manner. Therefore, all child nurses must have sufficient knowledge and competence. Be able to adapt and learn the correct methods of infection prevention and spread. In conclusion, it can be concluded that the new pediatric nursing competency is a challenge that will enable child caregivers to manage COVID-19 effectively and gain acceptance from parents or guardians who care for their children in times of need. Families have to face this disease.

Keywords : Nurse Competency, New Pediatric Nurse, COVID-19

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เรียกว่า SARS-CoV-2 ทราบเกี่ยวกับไวรัสตัวใหม่นี้เป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2019 หลังจากรายงานกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดชื่อของโรคไวรัสดังกล่าวคือเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019) นับเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายที่รวดเร็ว¹ โดยพบมีการติดเชื้อหรือสงสัยว่าเป็น COVID-19 ในประเทศจีนพบว่า มีตั้งแต่อายุ 1 วันจนถึง 18 ปี (อายุเฉลี่ย 7 ปี)² มีตั้งแต่ระยะที่ไม่มีอาการแต่ตรวจพบเชื้อไวรัสไปจนถึงเด็กกลุ่มที่มีการติดเชื้ออยู่ในระดับรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต ซึ่งเด็กที่มีการติดเชื้อระดับรุนแรงถึงขั้นวิกฤตมี 5.9% ของเด็กทั้งหมดสำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเด็กอายุ น้อยกว่า 10 ปี ที่ติดเชื้อร้อยละ 2.71 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และอายุน้อยที่สุดที่ติดเชื้อคือ 1 เดือน โดยกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีอาการรุนแรงในเด็ก ได้แก่ ทารกและเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี³ โรคโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอนในประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกในช่วงเดือนมกราคม 2565 จนถึงปัจจุบันจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ตั้งแต่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564-30 เมษายน พ.ศ. 2565 สูงถึง 349,979 ราย คิดเป็นร้อยละ 17 ของผู้ติดเชื้อในทุกกลุ่มอายุ⁴ ยังพบผลกระทบด้านสาธารณสุขในส่วนของผู้ให้บริการบุคลากรทางการแพทย์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นพร้อมๆ กับการขาดแคลนกำลังคน ในขณะที่ผู้รับบริการก็ได้รับผลกระทบจากรูปแบบและวิธีการให้บริการแบบใหม่ที่ปฏิบัติ

ตามนโยบายเพื่อการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19⁵ การพัฒนาด้านวิชาชีพเพื่อพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพตอบสนองความต้องการกำลังคนของการพัฒนาประเทศจึงมีความสำคัญ ด้วยเพราะเทคโนโลยีที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบให้โลกการทำงานในอนาคตกำลังเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันต้องเพิ่มเติมหรือตามให้ทันในเกือบทุกงาน ทุกอาชีพ ซึ่งจะต้องเพิ่มทักษะใหม่หรือปรับปรุงทักษะเดิมเพื่อที่จะต้องใช้ประกอบการทำงาน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องทราบและนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลเด็กติดเชื้อ COVID-19 ถือได้ว่าเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากเด็กไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่โดยเฉพาะเด็กเล็ก⁶

สมรรถนะพยาบาลเด็กในยุคการเปลี่ยนแปลง

เพื่อให้ทันยุคการเปลี่ยนแปลง รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560-2579 ให้หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพได้มีการปรับตัวและพัฒนางานบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพ ลดรอยต่อในระบบบริการสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการและเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนจากผู้ที่ใช้ทักษะในการทำงานให้เป็นผู้ใช้ความรู้ในการทำงาน เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้นั้น ต้องมีพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ 1) พัฒนาสมรรถนะตนเองให้เป็น smart nurse 2) พัฒนาสมรรถนะตนเองให้เป็น

knowledge worker 3) พัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 4) พัฒนาสมรรถนะความเป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีสุขภาพ 5) พัฒนาสมรรถนะด้านความคิดสร้างสรรค์และผลิตนวัตกรรมเพื่อพัฒนาวิชาชีพ⁷ ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 คำว่า Reskill, Upskill และ New skill เป็นสิ่งที่หลายองค์กรให้ความสำคัญ โดยพนักงานต้องพร้อมที่จะพัฒนาทักษะเดิมที่มีอยู่ควบคู่ไปกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ คุณสมบัติสำคัญของคนทำงานในยุคหลังโควิด 19 ที่องค์กรต้องมองหาจากคนทำงานที่จะพัฒนาองค์กรให้ก้าวหน้าได้ประกอบด้วยทักษะจำเป็น 7 ประการ คือ 1) ทักษะการปรับตัวได้และมีความยืดหยุ่น 2) ทักษะความคิดสร้างสรรค์และมีนวัตกรรม 3) ทักษะการใช้ข้อมูล 4) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ 5) ทักษะเชิงดิจิทัล 6) ทักษะความฉลาดทางอารมณ์ และ 7) ทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁸ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถมองหาการปฏิบัติที่ดีที่สุดทางด้านการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย การดูแลการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด และการมุ่งเน้นเรื่องความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ รวมถึงการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างคุ้มค่ามากที่สุด ได้พบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิดประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการประเมินสภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด 3) ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อ 4) ด้านความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงจำนวน 5) ด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลจำนวน 6) ด้านการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดและ 7) ด้านการพิทักษ์สิทธิของทารกแรกเกิด⁹ และสมรรถนะการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต 2) ด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต 3) ด้านการประเมินและวางแผนการพยาบาล 4) ด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ 5) ด้านมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร 6) ด้านทัศนคติและบุคลิกภาพ 7) ด้านนวัตกรรมและวิจัยทางการพยาบาล¹⁰

สมรรถนะพยาบาลเด็กในยุคหลังโควิด ในภาพรวมจะเห็นว่าหากพยาบาลยุคใหม่ควรมีคุณสมบัติครบถ้วนสมรรถนะที่สำคัญจำเป็นแบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านความรู้และทักษะทางวิชาชีพ จะช่วยเอื้อต่อการบริหารจัดการและส่งผลดีต่อการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการในปัจจุบัน ภายใต้

มาตรฐานและความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดองค์การสุขภาพที่ให้บริการที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

การพยาบาลเด็กผู้ป่วยโควิด-19

เมื่อเด็กได้รับเชื้อและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่ให้ผู้ป่วยเด็กอื่นที่อยู่ในหน่วยงานของตนเองได้รับเชื้อไวรัสเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ COVID-19 ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดพยาบาลเด็กจะต้องสามารถศึกษาหรือสืบค้นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ COVID-19 รวมถึงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หากพยาบาลมีความรู้ความสามารถและพร้อมที่จะปฏิบัติงานจะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเหตุการณ์ดังนั้นพยาบาลเด็กทุกคนจะต้องมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอ เรียนรู้วิธีการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลเพื่อให้ทันต่อการแพร่ระบาดของโรคทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญในการให้พยาบาลยุคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การสอบสวนการระบาดของโรค การฉีดวัคซีน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) ส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และพร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น¹¹ การบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ให้สำเร็จบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดอัตรากำลังและความพร้อมของบุคลากร 2) การจัดการสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการ 3) การนำหลักการบริหารมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน และ 4) การจัดสรรสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ¹²

แนวทางในการพัฒนาบทบาทของการพยาบาลเด็กตาม COVID Model เพื่อให้พร้อมสำหรับการรับมือกับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดดังนี้¹³

C : collaboration การสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพ และครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้การดูแลครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยในทุกๆ ด้านและ

มีประสิทธิภาพ โดยการนำรูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care: PFCC) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

O : opened and learner's mindset การเปิดใจเรียนรู้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการทำงานของตนเอง

V : vital in nursing process ยึดตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

I : information technology literacy มีความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนำมาปรับใช้หรือพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก เป็นความท้าทายของการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล ในการเลือกหรือใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต แต่ละรายและเพิ่มคุณภาพการบริการ

D : design tailor made nursing process การออกแบบกระบวนการพยาบาลตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ทั้งในเรื่องของการประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุม

อีกหนึ่งแนวทางเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสามารถจัดการกับโรคโควิด 19 ได้อย่างปลอดภัย โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อเนื่องด้วยหลัก D-METHOD มีดังนี้ D = Diagnosis, M = Medicine, E = Environment, T = Treatment, H = Health, O = Outpatient referral และ D = Diet เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ภายใต้การรักษามาตรฐานการพยาบาล (Nursing Standards) ตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด¹⁴

การพยาบาลเด็กผู้ป่วยโควิด-19 นอกเหนือจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพื้นฐานนั้น หลังยุคโควิดพยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การกลับเป็นซ้ำของโรค โดยการทำงานร่วมมือกับวิชาชีพอื่น และสามารถประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่ขาดแคลนเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินได้

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเด็กในอนาคต

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเด็กในอนาคตมีความสำคัญเนื่องจากสภาวะการดูแลและการให้บริการทางการแพทย์กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นี่เป็นเหตุผลที่พยาบาลเด็กต้องพัฒนาสมรรถนะเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทักษะที่เกิดขึ้นในอนาคต องค์ประกอบที่อาจพัฒนาขึ้นในสมรรถนะของพยาบาลเด็กในอนาคต มีดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์จะมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในโลกหลัง COVID-19 ดังนั้น การคิดเพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่วิกฤตและร้ายแรงจึงจำเป็นอย่างมากในยุคนี้ ตลอดจนการคิดวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานด้วยการคิดวิเคราะห์สังเคราะห์และสามารถแยกแยะงานภายในได้ ดังเช่น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดและการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามต่าง ๆ การใช้สมรรถนะ

นี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากในบางครั้งปัญหาในการทำงานจะมีความซับซ้อน ซึ่งเกิดจากสภาวะการณ์เหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าในยุคสมัยก่อน¹⁵

2. ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital literacy) การระบาดใหญ่ได้เร่งการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพดิจิทัลในการดูแลเด็ก พยาบาลเด็กควรมีความเชี่ยวชาญในการใช้แพลตฟอร์ม telehealth แอปพลิเคชันสุขภาพเคลื่อนที่และอุปกรณ์ตรวจสอบระยะไกลเพื่อดูแล ดำเนินการเยี่ยมเสมือนจริง และติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ยังควรช่วยเหลือครอบครัวในการนำทางและเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพดิจิทัล

3. การประเมินและการจัดการ COVID แบบระยะยาว : พยาบาลเด็กต้องมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งโดยทั่วไปเรียกว่า COVID แบบยาวหรือผลที่ตามมาภายหลังเฉียบพลันของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ควรมีทักษะในการประเมินและจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับโควิดระยะยาว ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาแผนการรักษาที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนเด็กและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

4. ความเสมอภาคด้านสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ : การระบาดใหญ่ได้เน้นย้ำถึงความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่มีอยู่และผลกระทบของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ควรมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับหลัก

การและกลยุทธ์ด้านความเท่าเทียมทางสุขภาพเพื่อจัดการกับความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ พวกเขาควรสนับสนุนการเข้าถึงทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันระบุตัวกำหนดสุขภาพทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว และร่วมมือกับทีมงานมืออาชีพเพื่อส่งเสริมความเสมอภาคด้านสุขภาพ

5. การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ: การระบาดใหญ่ของโควิด-19 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมพร้อมและการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข พยาบาลเด็กควรทำความเข้าใจกับแผนการจัดการภัยพิบัติเข้าร่วมการฝึกซ้อมและเตรียมพร้อมที่จะให้การดูแลในช่วงวิกฤต พวกเขาควรมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการเฉพาะของเด็กในระหว่างเหตุฉุกเฉินและทำงานร่วมกับทีมรับมือเหตุฉุกเฉิน

สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลเด็กยุคโควิด-19

สมรรถนะที่จำเป็นด้านการพยาบาล ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีแนวโน้มพบบ่อย ได้แก่ 1) ด้านการคัดกรองผู้ป่วย 2) ด้านการป้องกัน ควบคุม และการเฝ้าระวัง การติดเชื้อ 3) ด้านความปลอดภัยและความมั่นคง 4) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว 5) สมรรถนะด้านการสื่อสารและการประสานงาน 6) การบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม 7) ด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ และ 8) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ¹⁶

ในต่างประเทศมีการกล่าวถึง สมรรถนะหลักของพยาบาลที่จำเป็นที่ต้องพัฒนา ดังนี้ 1. ด้านความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ได้แก่ 1) การปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่สำคัญ 2) ภัยพิบัติโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น การป้องกันโรคติดต่อ การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ 3) การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยี 4) การดูแลรักษา 5) ความรู้และทักษะด้านการวิจัย 2. ความรู้และทักษะข้ามสายงาน (transversal soft skills) ได้แก่ 1) จริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพ 2) การจัดการ ความเครียด การเผชิญปัญหา และการจัดการอารมณ์ 3) การป้องกันการติดเชื้อและการดูแลตนเอง 4) การสื่อสาร และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพอื่น ๆ และผู้ป่วย 5) การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการ และภาวะผู้นำ 6) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน และ 7) อื่นๆ เช่น การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน¹⁷ สมรรถนะหลักที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลภัยพิบัติในการต่อสู้กับโควิด 19 ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ดังนี้ 1) การวางแผน

2) ทรัพยากร 3) การประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อการจัดการรักษาพยาบาล (triaging) 4) การสื่อสาร

5) ประเด็นด้านจริยธรรม 6) การจัดการทรัพยากร 7) การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ 8) การซ่อมแผนเผชิญเหตุและ 9) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 18 สำนวนสมรรถนะหลักด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในภาวะฉุกเฉินและระบอบองค์ประกอบสำคัญของสมรรถนะการพยาบาลโรคโควิด-19 ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน จำนวน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการป้องกันโรค 2) ความสามารถในการเตรียมพร้อมในกรณีฉุกเฉิน และ 3) ความสามารถในการกู้ภัยฉุกเฉิน¹⁹ ศึกษาประสบการณ์การบริหารจัดการของพยาบาลแนวหน้าในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่า สมรรถนะหลักที่พยาบาลต้องมีในการตอบสนองต่อวิกฤตและในบทบาทพยาบาล ได้แก่ 1) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง 2) การตัดสินใจ 3) การจัดการความไม่แน่นอน 4) การจัดการตนเองด้านอารมณ์ 5) การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ 6) การทำงานเป็นทีมความร่วมมือ²⁰ พบรูปแบบการพัฒนาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นสำหรับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหนักในสถานการณ์ที่เร่งด่วนโดยการสำรวจความต้องการ ในการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 พบว่า สมรรถนะการพยาบาลโรคโควิด-19 ที่พยาบาลระบุว่ามีค่าจำเป็นที่ต้องพัฒนาในเร่งด่วน ได้แก่ 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมในหอผู้ป่วยหนัก 2) การใช้อุปกรณ์ที่เฉพาะเจาะจงทางการแพทย์ 3) การใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) การใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อหลอดเลือด (vasoactive agents)²¹

สรุปได้ว่าสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลเด็กยุคโควิด-19 แบ่งเป็น 3 ด้าน 1. ด้านความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ต้องปรับเปลี่ยนตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและพัฒนาตัวเองตลอดเวลา 2. ด้านความรู้และทักษะข้ามสายงาน (transversal soft skills) ต้องปรับตัวให้ทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นได้และสามารถเลือกใช้ประโยชน์หรือขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในหน่วยงานที่ตนเองต้องทำงานร่วมกัน 3. ด้านเทคโนโลยีการสื่อสารต่างๆ ต้องปรับตัวยอมรับกับเทคโนโลยีใหม่ๆ เสมอ เช่น การใช้ประโยชน์จากเครื่องมือสื่อสาร หรือ แอปพลิเคชันใหม่ๆ ที่ช่วยลดขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อนกัน

บทสรุป

นอกจากสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ประกอบด้วย 8 สมรรถนะ คือ 1. ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3. ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4. ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5. ด้านวิชาการและการวิจัย 6. ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 8. ด้านสังคม 22 จากสถานการณ์เกิดการระบาดโรคโควิด-19 นั้น ในการพยาบาล พยาบาลเด็กจำเป็นต้องมีสมรรถนะนอกเหนือจากเดิมเพิ่มขึ้น ดังนี้ สมรรถนะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) ของพยาบาลเด็กเป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์จะมีความสำคัญอย่างยิ่งในโลกหลัง COVID-19 เนื่องจากสถานบริการระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับปัญหาและความท้าทายอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การคิดเพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่วิกฤตและร้ายแรงจึงจำเป็นอย่างมากในยุคนี้ตลอดจนการคิดวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานด้วยการคิดวิเคราะห์สังเคราะห์และสามารถแยกแยะงานภายในได้ ดังเช่นในสถานการณ์การแพร่ระบาดและการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามต่าง ๆ การใช้สมรรถนะนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากในบางครั้งปัญหาในการทำงานจะมีความซับซ้อนซึ่งเกิดจากสภาวะการณ์เหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าในยุคสมัยก่อน และสมรรถนะแห่งความฉลาดรู้ทางดิจิทัล (Digital literacy) เป็นสมรรถนะที่อธิบายถึงความสามารถในการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีสารสนเทศ อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ซอฟต์แวร์เพื่อสร้างประเมินและแบ่งปันข้อมูลดิจิทัลให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่สูงสุด รวมถึงสมรรถนะแห่งความฉลาดรู้ทางข้อมูล (Information literacy) เป็นความสามารถในการอ่านข้อมูลเชิงสารสนเทศทำความเข้าใจความหมายของข้อมูล การทำงานกับข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลเชิงสารสนเทศไปใช้ประโยชน์ในองค์กรสุขภาพ ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเข้าใจถึงระบบการทำงานที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปเพราะเชื้อโควิด-19 และนำสมรรถนะนี้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์อื่นๆ ได้เช่นกัน

References

1. Sabeerabi B, Vemula S, Vadde R, Nagaraju GP. COVID-2019: Where is the treatment? .World Journal of Clinical Oncology. 2021; 12 (5) : 309-22.
2. Dong et al. (Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological characteristics of pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020 ; doi:10.1542/peds.2020-0702
3. Manmana S., Iamsirithaworn S., Uttayamakul S., Coronavirus Disease-19 (COVID-19). Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2022; 14(2) : 124-33. (in Thai)
4. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Daily COVID-19 report, Nonthaburi, Thailand. 2022. (in Thai)
5. Pensirirapana N., Burnout Syndrome among Health Personnel during Pandemic of Covid-19. Journal of Council of Community Public Health. 2021; 3(3): 1-16.
6. Bröder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg TM, et al. Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. BMC Public Health. 2017; 17(1) : 361.
7. Akkadechanunt T. Nurses' Competency and Public Healthcare Innovations in Thailand 4.0 Era. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019; 34(1): 5-13. (in Thai)
8. Kalyanamitra K. Skill essential for the future work performance in the post covid-19 era. Journal of MCU Buddhapanaya Review. 2021; 6 (3): 163-76. (in Thai)

9. Fongchamnan S. The Development of Competencies of Newborn Professional Nurses at a Tertiary Level Hospital in Medical Service Department under Bangkok Metropolitan Administration. Bangkok : Christian Univerdity of Thailand; 2015. (in Thai)
10. Watcharaach J, Meelai W, Pitaksil A., Kampang P. Competency incritical neonatal care of professional nurses, Health Service Provider Board Office 6. Ministry of Public Health. Journal of Health Science Research. 2017 ; 11(1) : 99-109. (in Thai)
11. Utthiya P., Sereewichayasawad N. Roles of Nurses in Home Health Care Unit in the COVID 2019 Pandemic Situation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022 ; 23 (2) : 25-32. (in Thai)
12. Oumtanee A., Pornmesri A., Chintapanyakun T., Raimaturapong J. Nursing Management during the COVID-19 Pandemic at Samutprakarn Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 24(1) : 249-58. (in Thai)
13. Kuewong G. The COVID-19: Nursing practice for pediatric patients. Journal of Nursing Science & Health. 2020; 43 (4) : 1-11. (in Thai)
14. Wiriyapappong W., Pungsawang N., Nurses's Roles in Caring for Child Patients with COVID-19 Undergoing Home Isolation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022 ; 23(3) : 8-15 (in-Thai)
15. Perathoranich C., Challenges of Education Management in the Disruptive Change Era of School Administrators. Journal of Inclusive and Innovative Education, 4(2) : 126-39. (in Thai)
16. Chukumnird S., Intaranarong K., Vongpradit S.. Registered nurses' nursing competency of patients with COVID-19. Journal of Nursing and Health Research . 2022 ; 23(2) : 71-86. (in Thai)
17. Peiró, T., Lorente, L. & Vera, M. (2020). The COVID-19 crisis: skills that are paramount to build into nursing programs for future global health crisis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18), 6532. doi:10.3390/ijerph17186532
18. Karnjuš, I., Prosen, M. & Ličen, S. (2021). Nurses' core disaster-response competencies for combating COVID-19 -a cross-sectional study. PloS One, 16(6), 1-3. doi:10.1371/journal.pone.0252934
19. Li, H., Dong, S., He, L., Wang, R., Long, S., He, F., ..., Feng, L. (2021). Nurses' core emergency competencies for COVID-19 in China: a cross-sectional study. International Nursing Review, 68(4), 524-32.
20. Vázquez-Calatayud, M., Regaira-Martínez, E., Rumeu-Casares, C., Paloma-Mora, B., Esain, A., & Oroviogicoechea, C. 2022. Experiences of frontline nurse managers during the COVID-19: a qualitative study. Journal of Nursing Management, 30(1), 79–89. doi:10.1111/jonm.13488
21. Lauck, S. B., Bains, V. K., Nordby, D., Iacoe, E., Forman, J., Polderman, J. & Farina, L. 2022. Responding to the COVID-19 pandemic: development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximize competencies. Australian Critical Care, 35(1), 13-21. doi:10.1016/j.aucc.2021.02.009
22. Nursing and Midwifery Profession Act B.E. 2528 (1985) and amended by Nursing and Midwifery Profession Act (No. 2), 1997.

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย

Quality of life of Older Persons During the Second Wave of the COVID-19 Pandemic in Thailand

วันเพ็ญ แววีร์คุปต์ กรวรรณ สุวรรณสาร* ดวงพร ผาสุวรรณ

Wanpen Waelveerakup Korawan Suwannasarn* Duangporn Pasuwan

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000

Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 จำแนกตามองค์ประกอบด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม วิธีการเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 267 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และสถิติการทดสอบที ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 81.5$, $SD = 6.8$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 13.90) กลุ่มตัวอย่างที่อายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศ โรคประจำตัว สถานะเศรษฐกิจของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน สรุปผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตปานกลาง จึงควรได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ควรมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This research aimed to study 1) the quality of life of older persons during the second wave of the coronavirus disease 2019 outbreak and 2) compare the quality of life of older persons during the second wave of the coronavirus disease 2019 outbreak classified by age, gender, marital status, congenital disease, number of family members economic status and the need for social support. A descriptive study was adopted. The 267 older persons were selected by multi-stage sampling. The personal characteristics questionnaire, the Social Support Needs Questionnaire (SSNQ), and the WHO Quality of Life Questionnaire, the Thai version (WHOQOL – BREF – THAI), were used to collect the data. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, and an independent t-test. The results found that the older persons had a moderate overall

Corresponding Author: *E-mail: skorawan@rocketmail.com

วันที่รับ (received) 28 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 มี.ค. 2566

quality of life ($M = 81.5$, $SD = 6.8$) and that mental quality of life was at a poor level (13.90%). Older persons of different ages had the different quality of life. However, gender, congenital disease, family economic status, marital status, number of family members, and the need for social support did not affect the quality of life differences. In conclusion, older persons had a moderate quality of life. Therefore, it should promote the quality of life, especially for those aged 80 and over. Activities to promote the quality of life during the outbreak of COVID-19 should focus on activities that promote the quality of life in terms of mental status.

Keywords: quality of life, older persons; COVID-19; social support

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ทำให้เกิดอาการป่วย ตั้งแต่มีอาการเหมือนโรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงอาการที่มีความรุนแรงมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระดับเซลล์ เพราะเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันลดลงทั้งด้านปริมาณและการทำงาน เช่น นิวโทรฟิลล์ (neutrophil) แมคโครฟาจ (macrophage) เซลล์เดนไดรต์ (dendritic cell) และเนทเชอรัล คิลเลอร์ เซลล์ (natural killer cell) เป็นต้น^{1, 2} ทำให้มีโอกาสติดเชื้อสูง และการจำกัดไวรัสออกจากร่างกายลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีการติดเชื้อ จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าวัยอื่นๆ จังหวัดนครปฐม พบผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายแรกของประเทศเป็นผู้สูงอายุที่กลับจากการเยี่ยมญาติที่เมืองอุ๋ฮั่น ประเทศจีน ต่อมา ณ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อทั้งหมด 151 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน³ ทั้งนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงระลอกที่สองนี้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแทบทุกด้านของชีวิต โดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวันจากมาตรการที่ผู้สูงอายุต้องเว้นระยะห่างทางสังคม การแสดงความรัก ทั้งการกอดและหอมกับลูกหลานก็ต้องหลีกเลี่ยงชั่วคราว แม้กระทั่งด้านสุขภาพผู้สูงอายุก็ต้องดูแลด้วยตัวเองมากขึ้น อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีสภาวะจิตใจที่ไม่ดี เนื่องจากต้องกักตัวอยู่ตามลำพังและอาจส่งผลต่อการรักษาโรคในผู้สูงอายุ เนื่องจากร่างกายที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว มีภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้การรักษาโรคต่าง ๆ ลำบากมากขึ้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก เช่น การดูแลตัวเอง การซื้อเครื่องอุปโภคบริโภค

การเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ รวมถึงการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย ช่วงการระบาดของโรคนี้ผู้สูงอายุมีการว่างงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 6.6⁴ ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิ์หรือสวัสดิการด้านเศรษฐกิจและสังคมของภาครัฐ เช่น กรณีเงินเยียวยาโครงการเราไม่ทิ้งกัน เนื่องจากต้องใช้การกรอกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย⁴ เป็นต้น

คุณภาพชีวิตเป็นผลจากการเข้าถึงและรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล โดยมีองค์ประกอบที่หลากหลายมิติที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อม รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ในสภาวะที่ผู้สูงอายุมีภาวะคุกคาม เช่น มีโรคเรื้อรัง หรือตกอยู่ในภาวะวิกฤติต่าง ๆ ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ โดยจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบอุทกภัยที่ศูนย์พักพิง มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม พ.ศ. 2554 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้พักพิงในภาวะประสบอุทกภัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.95 และรายงานการบริการวิชาการในคลัสเตอร์ผู้สูงอายุของคณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านทั้งสิ้นดีขึ้นในระดับปานกลาง⁶ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.9) และยังพบว่า ตัวแปรด้านรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง⁷ ด้านความต้องการการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีความต้องการมากที่สุดคือ ด้านความปลอดภัยในชีวิต รองลงมาคือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านนันทนาการ และด้านการศึกษา⁸

ผู้สูงอายุต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน ในสถานการณ์วิกฤตและการระบาดของโรคโควิด 19 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส รายได้หรือภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ และภาวะขาดแคลนสินค้าอุปโภคพื้นฐาน^{9,10}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁵⁻¹⁰ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ยังขึ้นอยู่กับบริบท สถานะแวดล้อมในแต่ละช่วงเวลา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกสองของประเทศไทย เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคที่รุนแรงและรวดเร็วในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขแจกจ่ายวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างรุนแรง เช่น กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต สมุทรสาคร นนทบุรี ชลบุรี เป็นต้น¹¹ แต่จังหวัดนครปฐมยังไม่ได้รับการแจกจ่ายวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่ประชาชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ซึ่งหากภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ข้อมูลอย่างชัดเจน จะสามารถนำข้อมูลไปวางแผนในการส่งเสริม การจัดกิจกรรม หรือใช้เป็นแนวทางในการจัดสวัสดิการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนดูแล ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีการสนับสนุนช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการในการดำเนินชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

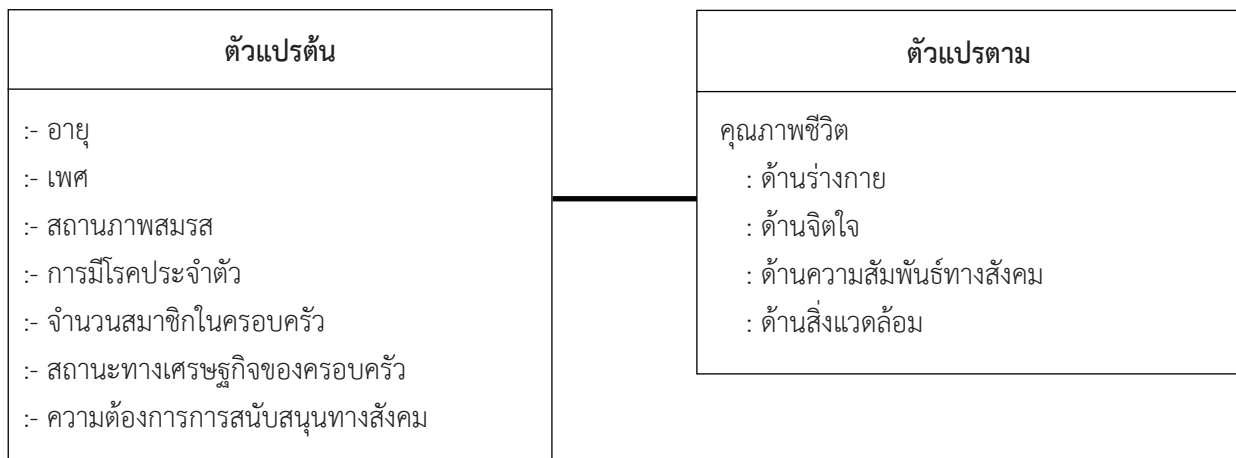
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 จำแนกตามองค์ประกอบด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐาน

ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีคุณภาพชีวิตในช่วงระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในต่างประเทศในสถานการณ์วิกฤตและการระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส รายได้หรือภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ และภาวะขาดแคลนสินค้าอุปโภคพื้นฐาน^{9,10,12} ในบริบทประเทศไทยประชาชนยังสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสินค้าอุปโภคพื้นฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น หรือ ปัจจัยเลือกสรร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและความต้องการการสนับสนุนทางสังคม กับตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม การวิจัยครั้งนี้จึงสรุปกรอบแนวคิดตามภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม มีจำนวนทั้งหมด 164,560 คน¹³ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ ขั้นตอนแรกสุ่มอำเภอมา 3 อำเภอจาก 7 อำเภอ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลมาอำเภอละ 1-2 ตำบล ได้ 4 ตำบล 43 หมู่บ้าน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และขั้นที่ 3 สุ่มอย่างง่ายโดยไม่คำนึงถึงสัดส่วนของผู้สูงอายุด้วยการจับสลากผู้สูงอายุจากตำบลนั้น ๆ จนได้ขนาดที่ต้องการ คือ จำนวนทั้งสิ้น 267 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามหลักอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) กำหนดอำนาจการทดสอบ .95 กำหนด effect size .25 ตัวแปรต้น 7 ตัวแปรจำนวนกลุ่ม 3 กลุ่ม (number of group) และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา 252 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มตัวอย่างอีก 15 คน (ร้อยละ 6) เพื่อเตรียมกรณีขดเซกกรณีหากมีการคัดออกจากการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์^{5,6} ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 267 คน และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐมในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 3) เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วย

ร้ายแรง หรือเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ หรือพิการ และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ถอนตัวออกจากโครงการวิจัย 2) มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจรุนแรงที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 3) เป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ (ปี) อาชีพ โรคประจำตัว (มีตัวเลือก และหากไม่มีในตัวเลือกให้ระบุ) สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ระบุ) สถานะเศรษฐกิจของครอบครัว (รายได้เพียงพอ/ไม่เพียงพอ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินการรับรู้และการรายงานสภาวะความต้องการของตนเองในด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านจิตใจ และด้านข้อมูลข่าวสาร มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามหลัก 1 ข้อ คือ ต้องการหรือไม่ต้องการการสนับสนุน และข้อคำถามรายด้าน จำนวน 9 ข้อ โดยถ้าหากตอบในคำถามหลักว่าต้องการการสนับสนุน ให้ตอบต่อว่าต้องการในด้านใดบ้าง ซึ่งมีทั้งหมด 3 ด้าน คือ ด้านวัตถุประสงค์ของซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 2 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 10 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบต้องการให้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่ต้องการ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมของความต้องการการสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0-5 คะแนน ($\leq$ ร้อยละ 59) ต้องการการสนับสนุนในระดับต่ำ คะแนน 6-7 คะแนน (ร้อยละ 60-79) ต้องการการสนับสนุนในระดับปานกลาง คะแนน 8-10 คะแนน ($\geq$ ร้อยละ 80) ต้องการการสนับสนุนในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 3 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ ซึ่งจะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้สำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของตนเอง การให้คะแนนข้อความทางบวก ตอบ “มีความรู้สึกมากที่สุด” ให้ 5 คะแนน จนถึง “ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย” ให้ 1 คะแนน การให้คะแนนข้อความทางลบ ตอบ “ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย” ให้ 5 คะแนน “มีความรู้สึกมากที่สุด” ให้ 1 คะแนน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 คำตอบเท่านั้น คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ ดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตกลางๆ คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคมผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (item-objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ .84 และปรับแก้ข้อคำถามจนได้ค่า IOC เท่ากับ 1 ทุกข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ไปทดสอบหาความน่าเชื่อถือ (reliability) โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) เท่ากับ .89 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) เท่ากับ .89 เท่ากัน แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคม เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง เท่ากับ .94 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ .92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการพบผู้สูงอายุ จากนั้นอธิบายขั้นตอนการวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามหรือประทับลายนิ้วมือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีผู้สูงอายุมองไม่ค่อยเห็นหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกให้คำตอบด้วยตนเอง ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 4 คน ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้แบบสอบถามเทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาชี้แจงและสอบถามประมาณ 1 ชั่วโมง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม หมายเลขรับรอง COA No. 070/2021 ลงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบใด ๆ การเก็บความลับและการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายโดยใช้เครื่องทำลายเอกสารและการล้างข้อมูลแบบถาวรที่บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยภายใน 2 ปี ทั้งนี้ขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคระบาดอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้วยสถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม โดยคะแนนคุณภาพชีวิตผ่านตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ($k = .735$, $p = .652$) จึงใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติทดสอบค่าที (independent t- test) สถิติการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยการเปรียบเทียบภายหลัง (Post Hoc comparisons) โดยใช้สถิติ Tamhane's T2 เนื่องจากความแปรปรวนของข้อมูลไม่เท่ากัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 267 คน อายุระหว่าง 60-81 ปี ($M = 71.40$, $SD = 8.40$)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ($N = 267$)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ค่าช่วงคะแนน	Min	Max	M	SD	การแปลผล	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ) ไม่ดี ปานกลาง ดี		
ด้านร่างกาย	7-35	12	27	20.70	2.80	ปานกลาง	23	242	2
							(8.60)	(90.60)	(0.80)
ด้านจิตใจ	6-30	12	23	17.10	2.50	ปานกลาง	37	226	4
							(13.90)	(84.60)	(1.50)
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3-15	6	15	11.70	2.10	ปานกลาง	6	105	156
							(2.30)	(39.30)	(58.40)
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	15	35	27.20	3.40	ปานกลาง	5	198	64
							(1.87)	(74.16)	(23.97)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-130	50	94	81.50	6.80	ปานกลาง	4	263	0
							(1.50)	(98.50)	(0.00)

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 81.50$, $SD = 6.80$) เมื่อพิจารณาตามการแบ่งระดับคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.50) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1.50 มีคุณภาพชีวิต

เป็นผู้สูงอายุวัยตอนต้น อายุระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 47.9) อายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 35.21) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.78) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.18) สามารถประกอบอาชีพด้วยตนเอง (ร้อยละ 66.70) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.66) โดยโรคที่พบมากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิต (ร้อยละ 28.7) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.24) และ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 20.79) ด้านสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.27) มีรายได้ไม่เพียงพอ ครอบครัวมีจำนวนสมาชิก 1-3 คน (ร้อยละ 43.82) กลุ่มตัวอย่างทุกคน (ร้อยละ 100) มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และโดยเฉลี่ยมีคะแนนความต้องการการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 6.81$)

คุณภาพชีวิต

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19

โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.40) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงระบาดระลอกสองของโรคโควิด-19

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศ การมีโรคประจำตัว และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ด้วยสถิติ Independent sample t-test (N = 267)

ตัวแปร	สถานะ	จำนวน	M	SD	t	p-value
เพศ	หญิง	205	81.70	6.80	.88	.381
	ชาย	62	80.80	6.70		
โรคประจำตัว	มี	202	81.20	7.30	-1.13	.259
	ไม่มี	65	82.20	5.30		
เศรษฐกิจของครอบครัว	รายได้ไม่เพียงพอ	225	81.70	6.50	.81	.424
	รายได้เพียงพอ	42	80.00	8.40		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างเพศ โรคประจำตัว และ สถานะเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างระหว่างอายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ one-way ANOVA (N = 267)

ตัวแปร	แหล่งของความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
อายุ (60-69, 70-79, 80-89)	ระหว่างกลุ่ม	328.84	2	164.42	3.58	.029*
	ภายในกลุ่ม	12,143.69	264	45.99		
	รวม	12,472.54	266			
สถานภาพสมรส (โสด, คู่, หม้าย/หย่า/แยก)	ระหว่างกลุ่ม	56.90	2	28.45	.61	.547
	ภายในกลุ่ม	12,415.64	264	47.03		
	รวม	12,472.54	266			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (1-3, 4-6, 7 คนขึ้นไป)	ระหว่างกลุ่ม	179.05	2	89.53	1.92	.148
	ภายในกลุ่ม	12,293.49	264	46.57		
	รวม	12,472.54	266			
ระดับความต้องการ การสนับสนุนทางสังคม (น้อย, ปานกลาง, มาก)	ระหว่างกลุ่ม	213.78	2	106.89	2.30	.102
	ภายในกลุ่ม	12,258.76	264	40.44		
	รวม	12,472.54	266			

*p<.05

** การเปรียบเทียบรายคู่ด้วยเปรียบเทียบภายหลัง (Post Hoc Comparison) ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี, mean difference .66, p-value .467; อายุ 60-69 ปี และ อายุ $\geq$ 80 ปี, mean difference 3.21, p-value .008; อายุ 70-79 ปี และ อายุ $\geq$ 80 ปี, mean difference 2.55, p-value .035

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ตามองค์ประกอบด้านอายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระดับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.58, p = .029$) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม สูงกว่าผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ขณะที่ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ($p = .547, .148$ และ $.102$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด-19

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.50) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรองลงมา (ร้อยละ 1.5) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี โดยองค์ประกอบด้านจิตใจไม่ดีมากที่สุด ทั้งนี้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ประชากรทุกกลุ่มอายุมีโอกาสติดเชื้อไม่แตกต่างกัน อธิบายว่าผู้สูงอายุตระหนักว่าตนเองเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันที่ลดลง มีโรคประจำตัว จึงมีความกังวลใจเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค และในการใช้ชีวิตเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มีข้อจำกัดหลายประการ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การที่องค์ประกอบด้านจิตใจมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากการระบาดของโรคในระลอกที่สองของไทยเกิดขึ้นแบบรวดเร็วและความรุนแรง มีรายงานการเสียชีวิตของผู้สูงอายุสูง³

การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัดนครปฐม ครั้งนี้กับการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเดียวกัน พบว่า ผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่าผู้ประสบอุทกภัยที่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี⁵

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้อยู่ในระดับที่น้อยกว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในช่วงวิกฤติอุทกภัยครั้งใหญ่ของประเทศไทย¹⁵ อธิบายว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดทั่วโลก การระบาดของโรคในระลอกสองส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตทุกกลุ่มวัย รัฐบาลได้ให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสารมวลชนอย่างกว้างขวางว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด 19 จะมีการรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าบุคคลวัยอื่น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุน้อยกว่าในช่วงวิกฤติอุทกภัยครั้งใหญ่ของประเทศไทยโดยเฉพาะด้านจิตใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคติดเชื้ออื่นๆ ได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (โรคซาร์ส) ในประเทศสิงคโปร์ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับผลกระทบทุกมิติ¹⁶ คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคซาร์สหลังจากผ่านไป 30 เดือน มีระดับต่ำกว่าประชากรทั่วไปของฮ่องกงในทุกมิติ¹⁷ ผู้รอดชีวิตจากนกการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A ในประเทศจีน ก็พบว่ามีความเครียดวิตกกังวลต่ำกว่าประชากรทั่วไป¹⁸ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (โรคเมอร์ส) ในประเทศเกาหลีใต้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐาน¹⁹ และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคโควิด 19 ที่ประเทศออสเตรเลีย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ²⁰

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 จำแนกตามองค์ประกอบด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

อายุกับคุณภาพชีวิต

จากผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุวัยตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) และวัยตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุในวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) รวมทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุในวัยปลาย เนื่องจากธรรมชาติของภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะการมองเห็นและการได้ยินของผู้สูงอายุวัยตอนต้นและวัยตอนกลางมีการเสื่อมถอยน้อยกว่าผู้สูงอายุในวัยปลาย ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า จึงน่าจะได้รับข้อมูลข่าวสารของโรคโควิด 19 สูงกว่าผู้สูงอายุในวัยปลาย

ทำให้มีความเข้าใจสถานการณ์ได้ดีกว่า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุวัยตอนต้นและวัยตอนกลางสูงกว่าวัยปลาย สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบอุทกภัยครั้งใหญ่ของประเทศไทย แต่ผลการศึกษาคครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาวะปกติที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต²¹ เนื่องจากในภาวะที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้ การเกิดความหวาดกลัวจากการระบาดของโรคอุบัติใหม่ และในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่ เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต³⁰ จึงทำให้ผลการศึกษาคครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา

เพศกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่า ทั้งสองเพศอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความเสี่ยงในการได้รับเชื้อและได้รับผลกระทบจากมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือแนวปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่ที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งขณะอยู่ในบ้านและในชุมชน เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การงดเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง และการรณรงค์ให้พักอาศัยอยู่ในบ้าน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับเพศไม่มีความสัมพันธ์กัน¹⁵ และการศึกษา⁵ ที่พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีคุณภาพชีวิตช่วงประสบอุทกภัยครั้งใหญ่ของประเทศไทยไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อธิบายว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่สอง ประชาชนมีความตื่นตัว จึงให้การดูแลห่วงใยซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดนครปฐมเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท ประชาชนยังนิยมอาศัยอยู่รวมกันเป็นกลุ่มๆ ตามเครือญาติ การดูแลซึ่งกันและกันจึงไม่แตกต่างกัน²² เห็นได้จากคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ²¹ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรีที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กัน¹⁵

โรคประจำตัวกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว ต่างมีความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย การดูแลสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องออกมานอกบ้าน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินโรคและพฤติกรรมสุขภาพในบริบทที่แท้จริง ทำให้ผู้ที่มีโรคและไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่พบว่า การมีโรคหรือไม่มีโรคประจำตัวไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ²¹

จำนวนสมาชิกในครอบครัวกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อธิบายว่า ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 สังคมไทยสมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน และเครือญาติจะได้รับการอบรมให้มีความกตัญญู ให้ความเคารพ เอาใจใส่และดูแลผู้สูงวัยในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาวะปกติ พบว่า จำนวนสมาชิกของบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต²¹ ข้อมูลเหล่านี้แสดงว่าการดูแลซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนของสมาชิกในครอบครัว หากแต่ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกที่อยู่ด้วยกัน²³

สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า ครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจเพียงพอและไม่เพียงพอมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุน่าจะเกิดความรู้สึกว่าครอบครัวและชุมชนไม่ได้ทอดทิ้ง และผู้สูงอายุยังคงมีรายได้จากเบี้ยยังชีพ นอกจากนี้ รัฐบาลมีมาตรการช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของความจำเป็นพื้นฐาน เช่น ยกเว้นค่าน้ำประปาและค่าไฟฟ้า การแจกถุงยังชีพ เป็นต้น มาตรการเยียวยาเพื่อบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย เช่น โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โครงการคนละครึ่ง โครงการ ม.33 เรารักกัน โครงการ เราชนะ เป็นต้น²⁰ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ที่ผ่านมา พบว่า รายได้และฐานะการเงินไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ²¹

ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อทุกคนโดยไม่มีข้อยกเว้น²³ ข้อจำกัดของการรักษาโรคโควิด 19 คือ ในช่วงการระบาดของโรคในระลอกหนึ่งและสอง ประเทศไทยยังไม่สามารถกระจายยาฆ่าเชื้อไวรัสและวัคซีนในการป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึง ประชาชนแม้จะมีศักยภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเลือก เช่น โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแพทย์ต่าง ๆ แต่ผู้ให้บริการก็ไม่สามารถจ่ายยาหรือให้วัคซีนป้องกันโรคได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอายุที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้เข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือเป็นลำดับต้นๆ⁴ จึงทำให้ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งต่างจากการศึกษาในผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ²⁴

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 ในแต่ละระลอกมีความรุนแรงแตกต่างกัน อาจทำให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกันได้ และข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาคุณลักษณะเฉพาะของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อโควิด 19

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีคุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และมีมิติของคุณภาพชีวิตที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านจิตใจ ดังนั้นกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ควรมุ่งเน้นส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ควบคู่กับการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย โดยการออกแบบการบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับความต้องการโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย
2. ควรมีการเฝ้าระวังปัญหาด้านจิตใจหรือสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยเพียงลำพัง หรือผู้สูงอายุในเขตสังคมเมือง รวมทั้งปัจจัยอื่น ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในช่วงของการระบาดของโรคอุบัติใหม่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม งบประมาณ ปี 2563 ภายใต้โครงการวิจัยวิจัยบูรณาการนักศึกษาและอาจารย์ เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นและความเป็นเลิศทางวิชาการ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพพื้นที่วิจัย และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 นางสาวสุมาตดา ไชโย นางสาวสิรินารถ ยอดใหญ่ นางสาวปวีณา ผลอุดม และนางสาวจิระดา พิงสกุล ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

References

1. Jumnainsong A, Saichua P. The alteration of immune cells in elderly. Journal of Thammasat University Medical School. 2016; 16(2): 285-96. (in Thai)
2. Simell B, Vuorela A, Ekstrom N, et al. Aging reduces the functionality of anti-pneumococcal antibodies and the killing of streptococcus pneumoniae by neutrophil phagocytosis. Vaccine. 2011; 29(10): 1929-34.
3. Ministry of Public Health. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Nonthaburi: Department of Disease Control. (in Thai)
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Elderly care in crisis lessons from Thailand and abroad for the future. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. 2020. (in Thai)

5. Waelveerakup W. The quality of life of flood survivors in Thailand, Nakhon Pathom Rajabhat University. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2014; 17(1) :19-22.
6. Nakhon Pathom Rajabhat University, Faculty of Nursing. Summary of performance of improving quality of life for older people under the health system development project, caring for the older people to enhance the quality of life: Cluster aging health. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University; 2019. (in Thai)
7. Mingmai K. Quality of life among older people with chronic diseases in Wiset Chai Chan, Ang Thong Province. *The Golden Teak: Science and Technology Journal*. 2018; 5(1): 13-24. (in Thai)
8. Yoosabay N. Needs for social welfare services among senior citizens in Sisa Chorakhe Noi Subdistrict Administrative Organization, Amphur Bang Sao Thong, Samut Prakan Province. [thesis]. Chon Buri: Burapha University; 2014. (in Thai)
9. Liu C, Lee Y-C, Lin Y-L, et al. Factors associated with anxiety and quality of life of the Wuhan populace during the COVID-19 pandemic. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2021; 37(5): 887-97.
10. Xuan T B, Thi N H, Thi L H, et al. Impact of COVID-19 on economic well-being and quality of life of the Vietnamese during the national social distancing. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11,1-9.
11. Department of Disease Control, Guidelines for vaccination against COVID-19 in the 2021 pandemic in Thailand. (revised version no. 1). 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2016. (in Thai)
12. Arab-Zozani M, Hashemi F, Safari H, Yousefi M, et al. Health-related quality of life and its associated factors in COVID-19 patients. *Osong Public Health and Research Perspectives*. 2020; 11(5): 296-302.
13. Department of Older Persons. Statistics of the elderly. Nonthaburi: Ministry of Social Development and Human Security. 2020. (in Thai)
14. Department of Mental Health. WHOQOL-BREF-THAI. 2020. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2016. (in Thai)
15. Khamwong W, Noosawat J, Prantavorapanya W, et al. Factors relating to quality of life of elderly. *Journal of Health Science Research*. 2011. (in Thai)
16. Kwek SK, Chew WM, Ong KC, et al. Quality of life and psychological status in survivors of severe acute respiratory syndrome at 3 months post discharge. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 60(5): 513-9.
17. Mak IW, Chu CM, Pan PC, et al. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*. 2009; 31(4): 318-26.
18. Chen J, Wu J, Hao S, et al. Long term outcomes in survivors of epidemic Influenza A (H7N9) virus infection. *Scientific Reports*. 2017; 7(1): 172-75.
19. Ahn S-H, Kim JL, Lee SH, et al. Associations of health-related quality of life with depression and stigma in MERS-CoV survivors during the recovery period. *Medicine*. 2022; 101(25): e29440.
20. Méndez R, Balanzá-Martínez V, Luperdi SC, et al. Short-term neuropsychiatric outcomes and quality of life in COVID-19 survivors. *Journal of Internal Medicine*. 2021; 290(3): 621-31.

21. Klaodee J, Naksuwan S, Sukmaitree J. Factors affecting the life quality of the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. Ratchaphruek Journal: Humanities and Social Sciences. 2017; 15(1): 27-32. (in Thai).
22. Suwannasarn K. Predictive factors of subjective well-being in older adults living alone: mixed method approach [dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2021.
23. Waelveerakup W, Aeamlaor S, Manalo RJC, et al. Social support of the older persons during the second waves of COVID-19 pandemic in semi-rural Thailand. Interdisciplinary Research Review. 2022; 17(2), 8–13.
24. Chompoowisate P, Laokhompruttajarn J, Laokhompruttajarn T. Associations of physical health and social support on quality of life of elderly people in Na Siew Sub-district, Mueang District, Chaiyaphum Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3): 238-47. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความปวดกับพฤติกรรมการจัดการความปวด ของผู้ป่วยวัยแรงงานที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

Predicting Factors of Pain and Pain Management Behaviors in Working-age Patients undergoing Major Abdominal Surgery

กาญจนา สามีใจ¹ เปรมฤดี ศรีวิชัย*¹ จีรนนท์ สักลอ²

Kanjana Sajai¹ Premrudee Sriwichai*¹ Jeeranan Saklaw²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พะเยา ประเทศไทย 56000

¹Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phayao, Thailand 56000

²โรงพยาบาลพะเยา, พะเยา ประเทศไทย 56000

²Phayao Hospital, Phayao, Thailand 56000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความปวดกับพฤติกรรมการจัดการความปวดของผู้ป่วยวัยแรงงานที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความปวด การรับรู้การรบกวน การรับรู้ระดับความรุนแรงของความปวด การจัดการความปวด และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การรบกวนและการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$; $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ) ระดับความรุนแรงของอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66, p < .05$) ชนิดของการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) ระดับความรุนแรงของความปวดและชนิดของการผ่าตัดสามารถทำนายความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องได้ ร้อยละ 41.80

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินความรุนแรงของอาการปวด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยตนเอง เพื่อลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความปวด, อาการรบกวน, ความรุนแรงของความปวด, การจัดการความปวด, ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

Abstract

The objective of this study was to study predicting factors of pain and pain management behaviors of working-age patients undergoing major abdominal surgery. The sample consisted of 100 patients who underwent major abdominal surgery. Data were collected by using personal data record form, pain questionnaire, Disturbance Perception Questionnaire Pain severity perception questionnaire, Pain Management Questionnaire, and Patient Expectation Questionnaire for pain management. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation, and predicting factors using Stepwise Multiple Regression.

The study results showed that perceived disturbances and pain management had a low positive correlation with pain in working-age patients undergoing major abdominal surgery ($r = .22$ $p < .05$; $r = .21$ $p < .05$, respectively). Pain severity had a moderate positive correlation with pain ($r = .66$, $p < .05$). The type of surgery had a low negative correlation with pain ($r = .24$, $p < .05$). The severity of pain and type of surgery predict the pain of patients who have undergone major abdominal surgery accounted for 41.80%.

Recommendations: Nurses should pay attention to evaluate the severity of pain and encourage patients to understand self-pain management to effectively reduce pain.

Keywords: Pain, Disturbances, Severity of pain, Pain management, Patients undergoing major abdominal surgery

บทนำ

การผ่าตัดในช่องท้อง เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค ค้นหาสาเหตุของความผิดปกติ แก้ไขซ่อมแซมและรักษาพยาธิสภาพของอวัยวะภายในช่องท้อง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานหน้าที่ให้ได้มากที่สุด^{1,2} ทำให้เกิดความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง³ ความปวดมีความเกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และกระบวนการคิดร่วมด้วยเสมอ^{4,5} อาการปวดหลังการผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาคุณภาพของกระบวนการดูแล และขั้นตอนการผ่าตัด รวมทั้งการจัดการความเจ็บปวดที่ประสบความสำเร็จ⁶ การศึกษาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง พบว่าในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุด อยู่ในระดับรุนแรง และในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ความปวดโดยเฉลี่ย พบว่า ในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีความปวดต่ำสุดอยู่ในระดับเล็กน้อย และยังพบว่าความปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว และความปวดจะลดลงเมื่อได้พัก ผู้ป่วยร้อยละ 30 รายงานว่า ความปวดรบกวนการนอนหลับใน 2 คืนแรกหลังผ่าตัด และผู้ป่วยร้อยละ 65 รายงานว่า ความปวดทำให้หลับยากในคืนแรกหลังผ่าตัด การศึกษาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยยังมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงถึงร้อยละ 88

โดยจะปวดมากในวันแรกสูงถึงร้อยละ 95 และลดลงเหลือร้อยละ 76 และ 49 ในวันต่อมา⁷

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องประมาณ 500,000 คนต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2563 จะมีผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้นเกิน 50% แต่การสำรวจหลังจากนั้นอีก 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สูงมากกว่าที่ประมาณการไว้⁸ และจากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2562-2563 มีแนวโน้มลดลง โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องลดลงเล็กน้อย จำนวน 2,228-2,273 คน ตามลำดับ อาจเนื่องจากในสถานการณ์โควิด 19 ที่เกิดการระบาดในปี 2563 ทำให้โรงพยาบาลจำกัดการผ่าตัด จะผ่าตัดในกรณีที่จำเป็นหรือฉุกเฉิน จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ช่องท้องลดลง⁹

พฤติกรรมการจัดการจัดการความปวด ได้แก่ การรับรู้อาการรบกวน ระดับความรุนแรงและวิธีการจัดการกับอาการปวด มีหลายปัจจัยที่ช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดสรุปได้จากการการศึกษาเอกสารวิชาการ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัย ดังนี้ แบ่งเป็น ไม่ใช่ยา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพการจัดการความปวด ได้แก่ การให้ข้อมูล การจัดทำผู้ป่วย การสัมผัส การเบี่ยงเบน

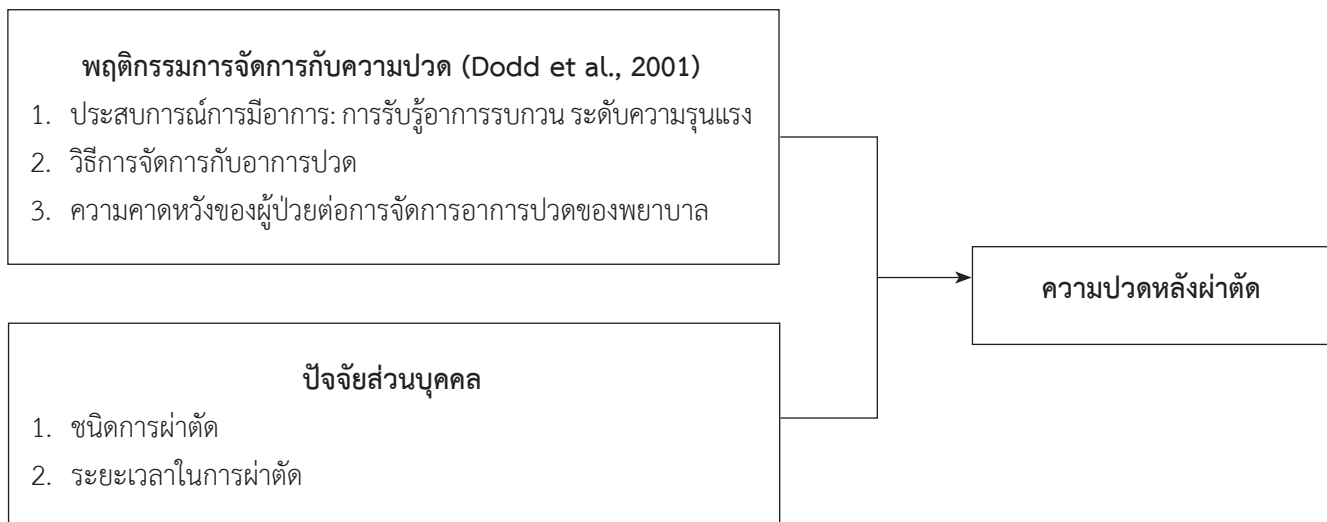
ความสนใจ เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การเล่นเกม การดูโทรทัศน์หรือวิดีโอ การผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้าออกลึก ๆ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความปวด อย่างเป็นระบบ การใช้ดนตรี การประเมินความปวดหลังผ่าตัด การประเมินซ้ำหลังการรักษาพยาบาล และการให้คำแนะนำ ก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการจัดการความปวด¹⁰ แนวปฏิบัติวิธีจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่พยาบาลนำไปให้ผู้ป่วยทำเพื่อ บรรเทาปวด และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว หลังผ่าตัดโดยเร็ว การกำหนดเป้าหมายระดับความปวดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความปวดหลังผ่าตัดโดยการปรับความรู้สึกนึกคิด เป็นการลด การเร้าทางอารมณ์ ส่งผลไปควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลัง และสมอง^{11,12} อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความปวด และการจัดการกับ ความปวด ได้แก่ ประสิทธิภาพของระบบการพยาบาล ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลัง การพัฒนาระบบที่ห้องฟักฟื้น ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ (pain scores < 5) คะแนนเฉลี่ยความ ปวด ในวันแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 5.88 คะแนน และในวันที่ 2 เท่ากับ 4.89 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย^{13,14} แต่ยังขาดการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความปวดกับพฤติกรรมการจัดการความปวดของ ผู้ป่วยวัยแรงงานที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ระยะ 24 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของต้อตด ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด และเพื่อพัฒนาคุณภาพ การดูแลให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการจัดการกับ ความปวดของผู้ป่วยวัยแรงงานหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับ พฤติกรรมการจัดการความปวดของผู้ป่วยวัยแรงงาน ที่ได้รับ การผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
3. เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ความปวดของผู้ป่วย วัยแรงงานที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดแบบ จำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model)¹⁵ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา กรอบแนวคิดดังกล่าว อธิบายว่า อาการเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปหาทีม สุขภาพ อาการเป็นปัญหาสำคัญที่บุคคลและครอบครัวต้อง ได้รับการจัดการ และอาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการ กับอาการที่เหมาะสม แนวคิดการจัดการอาการของต้อตด และคณะ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการรบกวน การประเมินอาการปวด และการตอบสนองต่ออาการปวด 2) วิธีการจัดการกับอาการ เพื่อลดผลลัพธ์ทางด้านที่ไม่พึง ประสงค์ โดยวิธีการจัดการกับอาการปวด แบ่งเป็น จัดการเอง การใช้ยา และมีบุคลากรในทีมสุขภาพช่วย ซึ่งวิธีการจัดการ อาการปวดเป็นสิ่งที่ไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของ ผู้ป่วยโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่าง ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะพอใจ ในการดูแลตนเอง สำหรับการจัดการกับอาการปวดที่ผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดใช้ เป็นการจัดการของตัวผู้ป่วยเองที่ทำการศึกษาว่ามีการ จัดการกับอาการปวด จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหนและใช้วิธีการ จัดการอย่างไร 3) ผลลัพธ์ เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์ การเกิดอาการปวด และกลวิธีการจัดการกับอาการปวดของ แต่ละบุคคล สำหรับผลลัพธ์ ในการศึกษานี้จะศึกษาความ คาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดที่ได้รับจากพยาบาล เพื่อเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวด ดังกรอบแนวคิด การวิจัย



กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ระหว่างวันที่ 29 มีนาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง อายุระหว่าง 17-77 ปี จำนวน 100 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีค่า Effect size = .25 ค่า Power of test = .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย มีความสามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง เป็นการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องทั้งแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ประกอบด้วยหัตถการผ่าตัด ได้แก่ colectomy, gastrectomy, hepatectomy, appendectomy, pancreatotomy, open cholecystectomy, Major trauma เช่น splenectomy, TAH with/without Bilateral Salpingo-Oophorectomy, open nephrolithotomy, nephrectomy, cystectomy, prostatectomy และเป็น case open laparotomy เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่มีการบาดเจ็บของระบบอื่นร่วมด้วย ไม่มีความปวดจากสาเหตุของโรคอื่นนอกเหนือจากความปวดจากการผ่าตัด รวมทั้งไม่มีอาการปวดเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวกับอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด พิจารณาจากการซักประวัติความเจ็บป่วย และแพทย์ผู้รักษาให้การรับรองว่า

เป็นความปวดเฉพาะหลังการผ่าตัดเท่านั้น และไม่เป็น case laparoscopic เช่น endoscope, TUR เพราะเป็นหัตถการผ่าตัดที่ใช้ยาาระงับความรู้สึกเฉพาะที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ พัฒนามาจากแบบสอบถามการจัดการความปวด^{15,16} ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) สถานภาพสมรส 6) การวินิจฉัยโรค 7) การผ่าตัดในอดีต 8) ความปวดในอดีต 9) ชนิดการผ่าตัด 10) ระยะเวลาที่ผ่าตัด และ 11) ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาอาการปวด เป็นแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความปวด ในการวิจัยนี้ใช้แบบวัดความปวดเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) มีการระบุตัวเลขต่อเนื่องไปตามเส้นตรง 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด การแปลความหมายแบ่งเป็นแบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย 0 คะแนน เท่ากับ ไม่ปวดเลย 1 ถึง 3 คะแนน เท่ากับ ปวดเล็กน้อย 4 ถึง 6 คะแนน เท่ากับ ปวดปานกลาง และ 7 ถึง 10 คะแนน เท่ากับ ปวดมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการความปวด พัฒนามาจากแบบสอบถามการจัดการความปวด^{15,16} จำนวนทั้งสิ้น 33 ข้อ ประกอบด้วย ดังนี้

3.1 แบบสอบถามการรับรู้การรบกวน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้การรบกวน มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) มี 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง และมาก

ตามลำดับ การแปลความหมายแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ อาการ
รบกวนน้อย อาการรบกวนปานกลาง อาการรบกวนมาก
และอาการรบกวนมากที่สุด

3.2 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของความปวด
ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามระดับความรุนแรง ลักษณะ
ของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale)
มี 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่มีความรุนแรง รุนแรงเล็กน้อย
รบกวนปานกลาง และรุนแรงมาก ตามลำดับ การแปลความ
หมายแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง รุนแรง
มาก และรุนแรงมากที่สุด

3.3 แบบสอบถามการจัดการอาการปวด ในการวิจัย
ครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการจัดการอาการปวด เป็นแบบสอบถาม
จำนวน 10 ข้อ ปรับมาจากแบบสอบถามการจัดการอาการ
ปวด¹⁶ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating
Scale) มี 4 ระดับประกอบด้วย ไม่เคยปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการ
ปวด บรรเทาความปวดนาน ๆ ครั้งที่มีอาการปวด บรรเทาความ
ปวดบางครั้งที่มีอาการปวด และบรรเทาอาการปวดทุกครั้งที่มี
อาการปวด การแปลความหมายแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติ
เพื่อบรรเทาความปวดน้อย บรรเทาความปวดปานกลาง บรรเทา
ความปวดมาก และบรรเทาความปวดมากมากที่สุด

3.4 แบบสอบถามความคาดหวังของผู้ป่วยต่อ
การจัดการความปวดที่ได้รับจากพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม
ความคาดหวังของผู้ป่วย¹⁷ มีจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก
จำนวน 10 ข้อ ข้อความลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวม
คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน
(Rating Scale) มี 4 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน
เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 คะแนน การแปลความหมาย คะแนนอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน
แปลค่าเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 12-23 คะแนน หมายถึง มีความหวัง
ในระดับต่ำ 24-35 คะแนน หมายถึง มีความหวังในระดับ
ปานกลาง และ 36-48 คะแนน หมายถึง มีความหวังใน
ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ ทำโดยผู้วิจัยเสนอ
แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการความปวด ให้ที่ปรึกษาวิจัย
ในการปรับปรุงแก้ไขและเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมา
วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและ

วัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC)
ซึ่งใช้เกณฑ์ 0.67-1 และผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุง
แก้ไขทั้งภาษาและเนื้อหาให้มีความถูกต้องเหมาะสม หลังจาก
นั้นนำไปทดลองใช้ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
นำคะแนนที่ได้ ไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย
ในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา เลขที่ 28/2564 รับรองเมื่อวันที่
29 มีนาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
กับกลุ่มตัวอย่างแบบนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยมีการชี้แจง
รายละเอียดการทำวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ
และขอความยินยอมในการทำการศึกษ โดย เป็นการสอบถาม
ความปวดและการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างเพียง
ครั้งเดียวในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีผู้ช่วยนักวิจัย
ในการดำเนินการตอบและเก็บแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive
statistic) ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการ
ความปวด และข้อมูลความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติพรรณนา
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานตาม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล
ความปวดกับพฤติกรรม การจัดการความปวด โดยใช้สัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment
Correlation Coefficient) และสร้างสมการพยากรณ์ความปวด
ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องด้วยการวิเคราะห์
การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise
Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง
จำนวนทั้งหมด 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60
มีอายุเฉลี่ย 52.27 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา
ร้อยละ 46 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39 สถานภาพ

ส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ร้อยละ 72 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ เป็นโรคในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี กระเพาะทะลุ และไส้เลื่อนร้อยละ 38 การผ่าตัดในอดีต ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดร้อยละ 55 ส่วนใหญ่ไม่มีความปวด ในอดีตร้อยละ 67 ชนิดของการผ่าตัด ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด ในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดไส้เลื่อนร้อยละ 39 ส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิ ออยด์ (opioids) ส่วนใหญ่ ได้แก่ มอร์ฟีน ได้รับมากที่สุดหลัง ผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกร้อยละ 52 ส่วนใหญ่มีอาการปวดก่อน ผ่าตัดร้อยละ 63 แนวทางการผ่าตัดส่วนใหญ่ในแนวตั้งร้อยละ 63

2. ค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด ความปวดหลังผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่มีความปวด 8 คะแนนร้อยละ 23 รองลงมา มีความปวด 10 คะแนนร้อยละ 20 น้อยที่สุดมีความ ปวด 2 และ 3 คะแนนร้อยละ 2 ได้ค่าเฉลี่ยเป็นปวดมาก ($M = 7.33$, $SD = 1.90$)

3. พฤติกรรมการจัดการความปวด ประกอบด้วย การรับรู้การรบกวน ระดับความรุนแรง การจัดการความปวด และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อความปวด แสดงรายละเอียด ผลการวิจัย ดังนี้

3.1 การรับรู้การรบกวนของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความปวด ด้านการรับรู้การรบกวน

การรับรู้การรบกวน	ค่าเฉลี่ย		ร้อยละ	แปลผล
	Mean	SD		
อ่อนเพลีย	2.65	0.90	65	มีอาการรบกวนมาก
หิวและกระหายน้ำ	2.95	0.94	62	มีอาการรบกวนมาก
ง่วงซึม	2.73	0.96	47	มีอาการรบกวนมาก
นอนไม่หลับ	2.96	0.84	43	มีอาการรบกวนมาก
เวียนศีรษะ	2.49	0.98	42	อาการรบกวนปานกลาง
แน่นอึดอัดท้อง	2.97	0.94	39	มีอาการรบกวนมาก
คลื่นไส้อาเจียน	2.61	0.86	34	มีอาการรบกวนมาก
มีไข้	2.27	0.70	32	มีอาการรบกวนปานกลาง
วิตกกังวล/เครียด	2.33	0.87	24	มีอาการรบกวนปานกลาง
เบื่ออาหาร	1.73	0.65	13	มีอาการรบกวนปานกลาง
ไม่มีสมาธิ	2.71	0.76	9	มีอาการรบกวนมาก

จากตารางที่ 1 พบว่า การรับรู้การรบกวนของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง มากที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลีย ร้อยละ 65 ($M = 2.65$, $SD = 0.90$) รองลงมา ได้แก่ หิวและ กระหายน้ำร้อยละ 62 ($M = 2.95$, $SD = 0.94$) และน้อยที่สุด คือ ไม่มีสมาธิร้อยละ 9 ($M = 2.71$, $SD = 0.76$)

3.2 ระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง 24 ชั่วโมงแรก พบว่า มีความรุนแรงอยู่ ในระดับมาก ($M = 3.28$, $SD = 0.68$)

3.3 การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใหญ่ช่องท้อง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการความปวด ด้านการรับรู้การจัดการความปวด

การจัดการความปวด	ค่าเฉลี่ย		ร้อยละ	แปลผล
	Mean	SD		
นอนพักนิ่ง ๆ	3.45	0.82	62	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดมาก
จัดท่านอนที่เหมาะสม	3.40	0.90	56	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดมาก
ใช้มือพยุงแผล	3.04	1.08	46	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดมาก
หายใจเข้าและออกลึกๆ ช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ	2.79	1.09	33	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดมาก
สัมผัส	2.71	1.05	27	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดมาก
เบี่ยงเบนความสนใจ	2.03	1.16	19	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดปานกลาง
ปรับอารมณ์ความรู้สึก	2.25	1.00	13	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดปานกลาง
การใช้เทคนิคผ่อนคลาย	2.33	0.87	10	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดปานกลาง
นวดเฉพาะจุด	1.51	0.89	6	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดปานกลาง
สวดมนต์	1.42	0.84	6	ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดน้อย

จากตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความปวดมากที่สุด ได้แก่ นอนพักนิ่ง ๆ ร้อยละ 62 ($M = 3.45$, $SD = 0.82$) รองลงมา ได้แก่ จัดท่านอนที่เหมาะสมร้อยละ 56 ($M = 3.40$, $SD = 0.90$) และน้อยที่สุดคือ การสวดมนต์ร้อยละ 6 ($M = 1.42$, $SD = 0.84$)

3.4 ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดที่ได้รับจากพยาบาล โดยรวมพบว่า ความคาดหวังอยู่ในระดับสูง ($M = 3.18$, $SD = 0.66$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับพฤติกรรมจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ($N = 100$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	p-value	แปลผล
การรับรู้อาการรบกวน	.22	0.05	มีความสัมพันธ์ต่ำ
ระดับความรุนแรงของอาการปวด	.66	0.05	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
การจัดการความปวด	.21	0.05	มีความสัมพันธ์ต่ำ
ชนิดของการผ่าตัด	.24	0.05	มีความสัมพันธ์ต่ำ

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้อาการรบกวนและการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความปวด ระดับความรุนแรงของอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และชนิด

ของการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การศึกษาตัวแปรพยากรณ์ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรต้นในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ (N = 100)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t	p-value
ระดับความรุนแรงของอาการปวด	1.712	.617	7.538	.000
ชนิดของการผ่าตัด	-.634	-.167	-2.042	
Constant = 2.011				
R = .431 R ² = .418	Overall F (2, 86) = 32.632			.000

P < .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการปวดและชนิดของการผ่าตัดสามารถพยากรณ์ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องได้ร้อยละ 41.80

การอภิปรายผลการวิจัย

ความปวดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก มีค่าเฉลี่ยในระดับปวดมาก ซึ่งการผ่าตัดทำให้มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น พังผืด หลอดเลือด และเส้นประสาท¹⁸ ทำให้เกิดความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง³ ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลันและเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยต้องเผชิญ ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะมีระดับความปวดรุนแรงมากถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 40-70 ความปวดปานกลางถึงมากร้อยละ 80 ส่วนความปวดเล็กน้อยมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น หลังจากนั้นความปวดจะค่อย ๆ บรรเทาตามระยะเวลา¹⁹ สำหรับพฤติกรรมการจัดการความปวดประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการรบกวน มากที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลีย รongลงมา ได้แก่ หิวและกระหายน้ำ และน้อยที่สุดคือ ไม่มีสมาธิ นอกจากนี้พบว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกท้อร่างกาย ผู้ป่วยส่วนมากจะนอนพักคนเดียว²⁰ และยังไม่พร้อมจะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด²¹ 2) การจัดการความปวด ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความปวดมากที่สุด ได้แก่ นอนพักนิ่ง ๆ รongลงมา คือ การจัดทำนอนที่เหมาะสม และน้อยที่สุดคือ การสวดมนต์ ซึ่งการพักการใช้งานหรือการนอนนิ่ง ๆ เป็นการช่วยให้ร่างกายได้ซ่อมแซมตนเองภายหลังจากการมีกรออกกำลังกาย การพักผ่อนตามสมควรจะทำให้บาดเจ็บแผลหายเร็ว ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองด้วยวิธีที่ทำได้ง่าย และลดปวดได้ โดยวิธีการนอนพักนิ่ง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับสองการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวด

หลังผ่าตัด ให้ความปวดลดลง คือ การนอนนิ่ง ๆ (ร้อยละ 57, 96)^{11,15,16}

การรับรู้อาการรบกวนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$ $p < .05$) จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการรับรู้อาการรบกวนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย หิวและกระหายน้ำ ง่วงซึม นอนไม่หลับ และเวียนศีรษะ เป็นต้น อธิบายได้ว่าอาการรบกวนเป็นอาการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอาการเดียวกันได้ เช่น อาการนอนไม่หลับอาจเสริมให้เกิดการอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันเกิดความทนต่อความปวดลดลง ได้รับผลข้างเคียงจากยาบรรเทาความรู้สึกตัว เช่น กดการหายใจ ท้องผูก คลื่นไส้ และอาเจียน และมีผลต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืดและปวดท้องเนื่องจากมีลมคั่ง^{14,22}

การจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21$ $p < .05$) จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรก อยู่ในระดับมาก ($M = 7.33$, $SD = 1.90$) หลังผ่าตัดระดับความปวดไม่คงที่ใน 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับในการควบคุมความเจ็บปวด เป็นความปวดเฉียบพลันและเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยต้องเผชิญเมื่อผู้ป่วยพ้นจากการให้ยาบรรเทาความรู้สึก จะมีความปวดรุนแรงมากถึงมากที่สุด¹⁸ การจัดการความปวดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด ได้แก่ นอนนิ่ง ๆ รongลงมา ได้แก่ จัดทำนอนที่เหมาะสม ใช้น้อยที่สุดคือ การสวดมนต์ สอดคล้องกับการศึกษาระดับความปวดของกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ภาพรวมผู้ป่วยมีระดับความปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การจัดการความปวด

ที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ นอนพักนิ่ง ๆ ซึ่งอาจจะไม่ได้ช่วยลดความปวดลงได้²¹

ระดับความรุนแรงของอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66, p < .05$) จากผลการวิจัย พบว่า ระดับความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับมาก ($M = 3.28, SD = 0.68$) อธิบายได้ว่า การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ จึงเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดความรุนแรงของความปวดมากที่สุดในบรรดาการผ่าตัดทั้งหมด และเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดที่ผ่านเส้นประสาท อีกทั้งหลังผ่าตัดยังมีการคาสาयरบายต่าง ๆ ทำให้กระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด²³

ความรุนแรงของอาการปวดและชนิดของการผ่าตัดสามารถพยากรณ์ความปวดได้ร้อยละ 41.80 ซึ่งความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องยังส่งผลกระทบต่อ อารมณ์ความสามารถในการเดิน การเคลื่อนไหว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การนอนหลับ การไอและการหายใจลึก²⁴ สำหรับชนิดของการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดลำไส้ ทำให้เกิดความปวดอย่างมากแก่ผู้ป่วย ซึ่งการเจ็บปวดตามร่างกาย ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ และผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีผลให้เกิดอาการปวดได้²⁵ ในปัจจุบันเทคโนโลยีการผ่าตัดผ่านกล้อง ได้รับความนิยมมากขึ้น เพราะช่วยลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ²⁶

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

1. การจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง เนื่องจากการศึกษาความปวดหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยมีการประเมินแค่ 1 ครั้ง ซึ่งส่วนมากจะพบความปวดในระดับมาก ดังนั้นการใช้วิธีการจัดการความปวดโดยการให้ยาจึงเหมาะสมมาก เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการลดความปวด

2. ระดับความรุนแรงของความปวดและชนิดของการผ่าตัดสามารถพยากรณ์ความปวดได้ ทั้งนี้ การผ่าตัดบางชนิดทำให้ผู้ป่วยมีความปวดมาก ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความปวด คือ การนอนนิ่ง ๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ อาการท้องอืด ดังนั้น หน่วยงานควรหาแนวทางในการลด ความรุนแรงของอาการปวด จะช่วยให้การลดความปวดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกได้ผลดี

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

เนื่องจากงานวิจัยนี้ ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม ดังนั้นควรมีศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม เช่น ความรู้เกี่ยวกับความปวด การมีส่วนร่วมของญาติ เป็นต้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการลดความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. Potter P. A, & Perry G. A. Basic nursing: Essentials for practice (7th ed.). St. Louis: Mosby; 2007.
2. Good M, Stanton-Hicks M, Grass J. A, Anderson G.C, Makii, M, & Geras J. Pain after gynecologic surgery. Pain Management Nursing. 2000; 1(3): 96-104.
3. Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, et al. Pain outcomes after intestinal surgery. Manag Nurs Pract. 2001; 5(1): 41-6.
4. Kumar K.H, & Elavarasi P. Definition of pain and classification of pain disorders. Journal of Advanced Clinical & Research Insights. 2016; 3: 87-90.
5. Mc Guire H. B. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. Journal of Pain and Symptom Management. 1992; 7: 312-19.
6. Stephan M. F, & Esther P.Z. Pain therapy to reduce perioperative complications. Innovative Surgical Sciences. 2019; 4(4): 158-66.
7. Good M, Stanton-Hicks M, Grass J. A, Anderson, G.C, Makii, M, & Geras J. Pain after gynecologic surgery. Pain Management Nursing. 2000; 1(3): 96-104.
8. Lawrence VA, Hilsenbeck SG, Mulrow CD, Dhanda R, Sapp J, & Page CP. Incidence and hospital stay for cardiac and pulmonary complications after abdominal surgery. Journal of General Internal Medicine. 1995; 10: 671-8.

9. Medical records and statistics from 2019 to 2020. Phayao Hospital; (in Thai)
10. Siriburanonta S, Toskulkao T, & Satayawiwat W. The development of a Clinical Nursing Practice Guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery. 2009; 27(3): 33-41. (in Thai)
11. Sawangchai J, & Ngamkham S. Postoperative pain in patients after abdominal surgery at Sawanpracharak Hospital. Journal of Health Science Research. 2017; 11(Special Edition): 1-11. (in Thai)
12. Rattanapathumwong P, & Yooujaiyen M. Developement of Clinical Practice Guidelines for pain management among postoperative patience in the Post-Anesthesia Care Unit in Ranong Hospital. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2014; 30(1): 86-99. (in Thai)
13. Ummarinphonchai P. The effectiveness of nursing system on pain management in patients with acute pain. Master of Nursing Science at Rangsit University; 2014. (in Thai)
14. Pongam S, Chatchumni M. The study of post-surgical complications, pain levels, length of stay, and hospitalization costs of post-abdominal surgery patients Singburi Hospital. 2022, 3(3): 49-63. (in Thai)
15. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher E, Hamphreys, J, et. al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33(5): 668-76.
16. Maneewong J, Panphu k, & Phorang R. The Correlation between pain perception and pain management in elderly patients undergoing surgery at a tertiary level hospital. Journal of Nursing Siam University. 2020; 21(41): 29-40. (in Thai)
17. Wattanabenjasopa S. Effects of supportive psychotherapy group on hope of cervical cancer patients receiving radiotherapy. Master of Nursing Science at Chiangmai University; 2008. (in Thai)
18. Gilstrap L. C, Cunningham F. G. & VanDorsten J. P. Obstetric hysterectomy. In L. C. Gilstrap, F. G. Cunningham & J. P. VanDorsten (Eds.), Operative obstetrics. (2nded. pp. 275-292). New York: McGraw-Hill; 2002.
19. Kunwee A, Pakdevong N, & Binhosen V. Pain management situation In recovery room for persons received general anesthesia. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2012; 6(3): 1-8. (in Thai)
20. Bridges J, Flatley M, & Meyer J. (2010). Older people 's and relatives' experiences in acute care setting: Systematic review and synthesis. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47: 87-107.
21. Lindberg M. K, Miiaskowski C, Rustoen, T, Rosseland, L. A, Paul, S. M, & Lerdal. A. Preoperative pain, symtoms, and psychological factors related to higher acute pain trajectories during hos-pitalization for total knee arthroplasty. PLOS ONE.2016; 11(90): 161-81.
22. Khoyun S, Poothawee W, & Srisoy A. Effect of post-operative recovery program with the use of easy walk equipment to prevent complications in abdominal surgery. Srinagarind Medical Journal. 2019; 34(4): 386-92. (in Thai)
23. Lazopoulos A, Baebetakis N, Lazaridis G, Baka S, Mpoukovinas I, Karavasilis V, Zarogoulidis, P. Open thoracotomy for pneumothorax. Journal of Thoracic Disease. 2015; 7(S1), S50-S5.
24. Unnapirak L. Pathophysiology for Nurses. (10thed). Bangkok: V.Print Co., Ltd; 2015. (in Thai)
25. Paorohit W, & Booncharoenpanich S. Quality of life of air force retirees and families with chronic illness received palliative care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 244-50. (in Thai)
26. Veerahpong N. Safe care for the elderly with complications after spinal surgery. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3): 62-71. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Effect of Resilience Enhancement Program

for First Year Nursing Students of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ธัญพร บัวเหลือง* พิมรัตน์ โทกุล กมลนิชา อนันต์ ยูรี เชาวนพิพัฒน์
Thanyaporn Bualuang* Pimrat Tokun Kamolnicha Anan Yuree Chaopipat
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, ประเทศไทย 22000
Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi Thailand 22000

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากคะแนนความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยให้คำแนะนำ/เอกสารในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pair t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ, โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The purpose of this quasi-experiment was to examine the efficiency of the enhancing resilience program for first year nursing students of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. This quasi-experiment was categorized the selected students into two groups: the experimental group thirty persons and control group thirty persons. The experimental group received the enhancing resilience program in every week of six weeks. On the other hand, the control group got the suggestion and studied the resilient documents by themselves. The experimental tool was comprised of the enhancing resilience program and resilient evaluation form. The instruments as assessed reliability of 0.95 demonstrated an acceptable level of reliability. Data were analyzed by Pair t-test and Independent t-test.

Corresponding Author*: pimrat@pnc.ac.th

วันที่รับ (received) 12 ม.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 มิ.ย. 2566

This study showed that the experimental group had more significantly resilient before they got this program. Moreover, the experimental group had more significantly resilient than the control group.

Keywords: Resilience, Resilience Enhancement Program, Student Nurse

บทนำ

นักศึกษาวิทยาลัยโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เป็นช่วงวัยที่เชื่อมต่อระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้น¹ ที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากในหลายๆ ด้าน โดยต้องเผชิญกับช่วงเปลี่ยนผ่านจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มาสู่รั้วมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะการสอบผ่านเพื่อเข้าศึกษาต่อในสาขาวิชาชีพพยาบาล ที่ต้องเผชิญกับรูปแบบการเรียนและการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่คุ้นเคย² ทั้งเรื่องสภาพที่อยู่อาศัยแบบหอพัก กฎระเบียบภายในและภายนอกหอพักที่ทางสถาบันกำหนดขึ้น บรรยากาศแปลกใหม่ในสถานที่เรียน ความหลากหลายทางวัฒนธรรม การมาจากครอบครัวที่แตกต่างกัน ความเป็นระบบรุ่นพี่รุ่นน้อง สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมรุ่น โดยเฉพาะการปรับตัวในด้านการเรียนการสอนจะมีลักษณะเฉพาะตัวค่อนข้างจะสร้างความเครียดให้กับนักศึกษาในทุกภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นอกจากสิ่งแวดล้อมในสถาบันดังกล่าว นักศึกษาพยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมนอกสถาบันด้วย จากสภาพดังกล่าวทำให้บางคนอาจมีปัญหาสุขภาพกายและจิต อันจะส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน³ โดยพบว่า วัยรุ่นในอุดมศึกษามีปัญหาความเครียดและเป็นทุกข์มากที่สุด⁴ ซึ่งน่าจะมาจากภาระด้านการเรียนที่ค่อนข้างหนัก และต้องมีการปรับตัวด้วยความเครียดและเป็นทุกข์ที่แก้ปัญหาไม่ได้จึงเป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา ที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล⁵ แต่บุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีชีวิตที่สมดุลโดยไม่เกิดความเครียดหรือความขัดแย้งภายในจิตใจของตนเอง⁶

ความเข้มแข็งทางใจเป็นการปรับตัวทางบวก ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญหรือจัดการปัญหา แม้ว่าบุคคลจะอยู่ท่ามกลางสถานการณ์วิกฤต เหตุการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายใจ ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการและข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤตของชีวิตได้ พร้อมทั้งสามารถพาตัวเองกลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว ส่งผลให้บุคคลเกิดการ

เรียนรู้และเข้าใจชีวิตมากขึ้น มีความเชื่อมั่นและมีความสามารถเพิ่มขึ้น สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต⁷ มี 3 องค์ประกอบหลักที่แต่ละบุคคลนำมาใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และใช้เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤต เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ โดยมี 3 องค์ประกอบที่สำคัญคือ “ฉันมี.....I have” “ฉันเป็นคน.....I am” และ “ฉันสามารถที่จะ.....I can” โดยที่ “ฉันมี.....I have” ได้มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอก “ฉันเป็นคน.....I am” เป็นความเข้มแข็งที่เกิดภายในบุคคล และ “ฉันสามารถที่จะ.....I can” เป็นทักษะในการบริหารจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

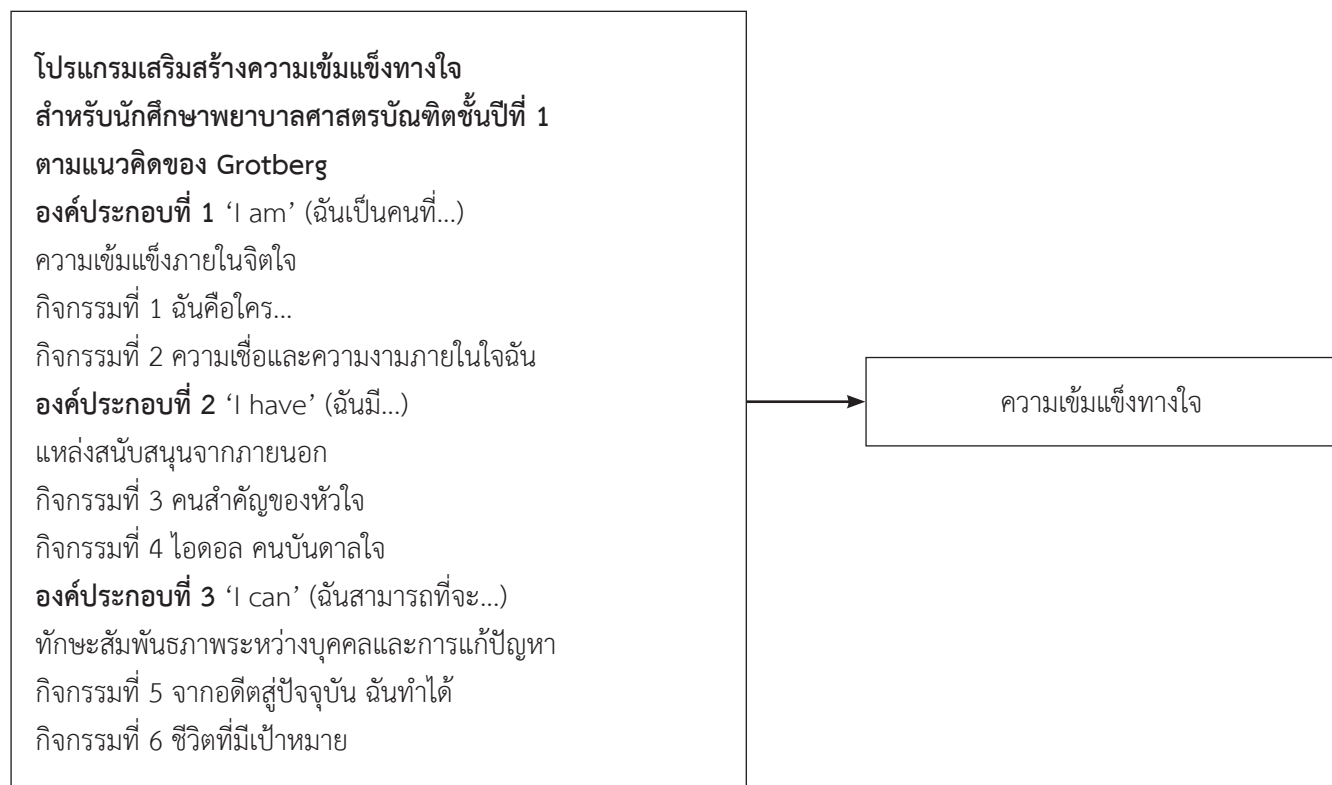
ดังนั้นผู้วิจัยและคณะ จึงได้มีความสนใจในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและความเครียด กล่าวคือ นักศึกษาพยาบาลที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงก็จะมีเครียดต่ำ⁸ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว และความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะสุขภาพ และความวิตกกังวล⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเชื่อมั่นในตนเองซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล และพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า นั่นคือบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจน้อยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาก¹⁰

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี มีระบบและกลไกในการดูแลนักศึกษาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ควรมีการพัฒนาเพื่อรองรับสื่อนักศึกษาที่มีภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ด้วยรูปแบบหรือกิจกรรมที่ช่วยเป็นเกราะป้องกัน ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับนักศึกษา เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับนักศึกษา อาจารย์ผู้ให้คำปรึกษามักพบว่านักศึกษามีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงแล้ว นักศึกษาบางคนมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งในสองกลุ่มนี้ควรได้รับ

การรักษาด้วยยา ในทางตรงกันข้ามหากนักศึกษาได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดี และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข จากเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ และมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อให้ นักศึกษามีความเข้มแข็งทางใจที่ดีขึ้น และเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของชาติต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นโปรแกรมสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันหรือไม่
2. คะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 มีองค์ประกอบที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนทดลองและหลังทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 56 การจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพิจารณาจากค่าคะแนนประเมินความเข้มแข็งทางใจจากการทำแบบวัดความเข้มแข็งทางใจ โดยคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลที่มีมีค่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ระดับค่าคะแนน 66-102 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคะแนนปานกลางต่ำสุดขึ้นไป คะแนนปานกลางสูงสุด จำนวน 60 ลำดับแรก เพื่อจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยยึดเกณฑ์ความเหมือนหรือความคล้ายคลึงกันตามคะแนนที่ได้ เพื่อให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด จำนวนกลุ่มละ 30 คน จากนั้นนำมาทำการจับฉลากเพื่อเลือกว่ากลุ่มใดจะเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตกลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 56 เพศชายหรือหญิง จำนวน 30 คน ที่ได้รับการประเมินความเข้มแข็งทางใจ ได้ค่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจ วัดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในระดับปานกลาง (66-102 คะแนน)

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 56 เพศชายหรือหญิง

จำนวน 30 คน ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ได้รับการประเมินความเข้มแข็งทางใจ ได้ค่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจ วัดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในระดับปานกลาง และวัดความเข้มแข็งทางใจภายหลังการทดลองพร้อมกลุ่มทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2. ดำเนินการเข้าพบนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด และประโยชน์ที่นักศึกษาจะได้รับเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม

3. สืบหาข้อมูลทั่วไปและประเมินระดับความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

4. จากนั้นจะได้กลุ่มที่มีค่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจ มาก ปานกลาง น้อย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มนักศึกษาที่มีค่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจมาก และน้อย เพื่อสนทนากลุ่มยืนยันปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และรับฟังประสบการณ์ของนักศึกษาที่ผ่านมาที่สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งทางใจผ่านประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษา

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคะแนนปานกลางต่ำสุดขึ้นไปคะแนนปานกลางสูงสุด จำนวน 60 ลำดับแรก เพื่อจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยยึดเกณฑ์ความเหมือนหรือความคล้ายคลึงกันตามคะแนนที่ได้ เพื่อให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด จำนวนกลุ่มละ 30 คน

6. ทำการจับฉลากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

7. ทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที จัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์ ในคาบของงานกิจการนักศึกษา ช่วงเวลา 13.00-14.00 น.

8. ทำแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจซ้ำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากโปรแกรมแล้วเสร็จ

9. ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

10. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ ให้รหัสแทนการระบุชื่อ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยในชั้นทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมครั้งละ 45-60 นาที ดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลานาน 6 สัปดาห์ โดยนักศึกษาที่อยู่กลุ่มทดลองมีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมในช่วงเวลา 16.00-17.00 น. ของวันจันทร์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ ตามแนวคิดของ Grotberg โดยให้นักศึกษาประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 28 ข้อ มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) 'I have' (ฉันมี...) จำนวน 9 ข้อ 2) 'I am' (ฉันเป็นคนที่เป็น...) จำนวน 10 ข้อ และ 3) 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ข้อคำถาม แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเพื่อแสดงระดับความเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วย (2) เฉย ๆ (3) เห็นด้วย (4) และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความเข้มแข็งทางใจมาก การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ เท่า ๆ กัน คือ 28-65 = คะแนนระดับต่ำ 66-102 = คะแนนระดับปานกลาง และ 103-140 = คะแนนระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ก่อนนำไปดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมจริงในกลุ่มทดลอง โดยเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดความเข้มแข็งทางใจไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความเข้มแข็งทางใจด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (เอกสารรับรองเลขที่ 071/63) วันที่ 18 กันยายน 2563 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (pretest-posttest control group design) โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าในตารางด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ และในส่วนของแบบวัดความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบวัดที่มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 1 ถึง 5 ระดับ แสดงระดับของความเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้สถิติแสดงค่าในตารางด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D)

2. ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยการใช้สถิติ independent t-test และ pair t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	28	93.33	28	93.33
	ชาย	2	6.67	2	6.67
อายุ	19 ปี	27	90	28	93.33
	20 ปี	3	30	2	6.67
เกรดเฉลี่ย	2.00-2.50	10	33.33	9	30
	2.51-3.00	16	53.33	18	60
	3.01-3.50	2	6.67	2	6.67
	3.51-4.00	2	6.67	1	3.33

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง เป็นนักศึกษาพยาบาลเพศชายจำนวน 2 คน นักศึกษาพยาบาลเพศหญิงจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 อายุอยู่ระหว่าง 19-20 ปี โดยพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 19 ปี มากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.51-3.00 จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ในกลุ่มควบคุม เป็น

นักศึกษาพยาบาลเพศชาย จำนวน 2 คน นักศึกษาพยาบาลเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่อายุ 19 ปี จำนวน 28 คนคิดเป็นร้อยละ 93.33 เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.51-3.00 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 จากข้อมูลพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนของเพศ ช่วงอายุ และเกรดเฉลี่ยที่คล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนนความเข้มแข็งทางใจ	Mean	S.D.	df	t	sig
กลุ่มทดลอง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	57.78	3.26	29	-19.00	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	69.57	3.73			

*p < .01

จากตารางที่ 2 พบว่า มีการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางใจ	Mean	S.D.	df	t	sig
กลุ่มทดลอง	69.57	4.46	29	-9.318	.000
กลุ่มควบคุม	61.33	3.63			

*p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า มีการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานงานวิจัย อธิบายได้ว่าเมื่อก่อนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมได้รับกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ หากนักศึกษาที่มีความเข้มแข็งทางใจสูง ก็จะสามารถผ่านวิกฤตการณ์ต่าง ๆ หรือปัญหาในชีวิตให้ผ่านไปได้อย่างง่ายดาย⁷

จากโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจได้แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 ‘I am’ (ฉันเป็นคน...) ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ 1 “ฉันคือใคร...” นักศึกษาคนที่ 3 บอกว่า “หนูอยู่กับตัวเองมา 19 ปี แต่ไม่เคยทำความรู้จักกับตัวเองเลยว่าชอบหรือไม่ชอบอะไร หรือเป็นคนแบบไหน แต่วันนี้หนูตั้งใจที่รู้จักตัวเองแล้ว และจะพยายามพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น” ในนักศึกษาบางคนที่ขาดทั้งพ่อและแม่ ไม่มีพ่อแม่สนับสนุนช่วยเหลือเหมือนเพื่อน ก็มักจะเฝ้าเหง่วงในองค์ประกอบที่ 2 ‘I have’ (ฉันมี...) โดยในกิจกรรมที่ 3 “คนสำคัญของหัวใจ” นักศึกษาคนที่ 7 บอกว่า “หนูคิดมาตลอดว่าทำไมถึงไม่มีพ่อแม่แบบคนอื่น ที่คอยช่วยเหลือเรื่องทุกอย่างในชีวิตได้ หนูมีแค่ตายายที่แก่แล้ว ที่เหมือนเป็นทั้งพ่อและแม่ พอได้มาทำกิจกรรมนี้ หนูถึงเข้าใจว่า คนสำคัญของหัวใจหนูคือคุณตาคุณยาย หนูจะเรียนให้จบเพื่อเป็นที่พึ่งและความภูมิใจของท่านทั้งสองให้ได้” และกิจกรรมที่นำพานักศึกษาไปสู่อนาคตที่เข้มแข็ง ผ่านองค์ประกอบที่ 3 ‘I can’ (ฉันสามารถที่จะ...) ผ่านกิจกรรม “จากอดีตสู่ปัจจุบัน ฉันทำได้” และ “ชีวิตที่มีเป้าหมาย” นักศึกษาคนที่ 12 บอกว่า “ก่อนหน้านี้หนูมาเรียนเพราะคิดว่าถูกพ่อแม่บังคับให้มา แต่พอมาร่วมกิจกรรมนี้แล้ว

ทำให้เข้าใจว่าไม่มีใครสามารถบังคับเราได้ เราเลือกของเราเองเราก็ตัดใจต่อ เพื่อที่หนูจะสามารถเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในอนาคตได้” นักศึกษาคนที่ 9 บอกว่า “เป้าหมายในชีวิตของหนูคือการมีงานที่มั่นคง เพื่อที่จะสามารถดูแลตอบแทนพระคุณของพ่อแม่ได้ การเรียนพยาบาลจึงตอบโจทย์ชีวิตหนู ที่จะทำให้มีการงานมั่นคง หนูตั้งใจจะเป็นพยาบาลที่ดีกับคนไข้ในอนาคต”

นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 โดยให้นักศึกษาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ เมื่อนักศึกษาได้ทำกิจกรรมที่เสริมสร้างแรงจูงใจครบ 8 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹² สอดคล้องกับผลงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจของนักศึกษาสูงขึ้นได้ด้วยกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาหันมาทบทวนรู้จักกับตัวเอง ภูมิใจในตนเอง และมองหาสิ่งดี ๆ ที่อยู่ในตัวเอง^{3,4} เพื่อเป็นขุมพลังให้นักศึกษาก้าวผ่านวิกฤติต่าง ๆ ได้ และสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน เพื่อพัฒนาตนเองและวิชาชีพได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในนักศึกษาพยาบาลมาใช้กับนักศึกษากลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจได้เหมือนกัน
2. จากการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในนักศึกษาพยาบาล ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลความคงอยู่ของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
3. ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมแล้ว มีค่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ความเข้มแข็งทางใจคงอยู่
4. วิทยาลัยพยาบาลและมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ควรเพิ่มหัวข้อการเรียนการสอนเรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น” ไว้ในแผนการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาได้นำความรู้ วิธีการมาใช้ในการพัฒนาตนเองและสามารถประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มเยาวชนวัยรุ่นนั้น ควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เยาวชนวัยรุ่นมีภูมิคุ้มกันต่อการแก้ไขปัญหาในชีวิตที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน หรือปัญหาที่อาจเกิดในอนาคต ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถนำมาเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพ คณะอาจารย์ดูแลเยาวชนวัยรุ่นต่อไป เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ
2. ควรมีการสำรวจความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนวัยรุ่นให้ครอบคลุมทุก ๆ ชั้นปี เพื่อให้ได้มีการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจนี้ในเยาวชนวัยรุ่นที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตต่อไป
3. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจไปใช้กับสถานศึกษาอื่น ๆ หรือหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีกลุ่มเยาวชนวัยรุ่น เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ดีขึ้น
4. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในระยะสั้นและระยะยาวในนักศึกษาต่อไป เพื่อเป็นการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

References

1. Chootong R. Journal of Mental Health Status. Family State and Family Functioning of Undergraduate Student in a Southern University. Thailand, J Psychiatr Assoc Thailand. 2019; 64(4) : 337-50. (in Thai)
2. Kumtorn L. The Relationship Between Social Support and Life Skills among Nursing Students in Boromarajonani collage of Nursing, Trang, Journal of Department of Health Service Support. 2018; 14(1): 146-57. (in Thai)
3. Nintachan P, Sangon S & Thaweekoon T. The effect of the Resilience Enhancing Program in graduate nursing students. Thai journal of nursing. 2012; 61(2) : 18-27. (in Thai)
4. Todsanit J, Klomjit Ch. The Results of Competence in Counseling Development Program for Youth Counselors. Journal of Education Graduate Studies Research Khon Kaen University. 2011; 5(1) : 1-5. (in Thai)
5. Ruangpermpoon K, Rongmuang S & Ninthachan P. Characteristics of social adaptation of nursing students. Ramathibodi Nursing Journal. 2012; 17(3): 17-25. (in Thai)
6. Nakvaree K, Ninthachan P & Sangorn S. Effect of the resilience enhancing program in junior high school students. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2015; 29(2): 13-22. (in Thai)
7. Grotberg E. H. A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. (Early childhood development: Practice and Reflection No.8). 1995 The Hague, the Netherlands, the Bernard Van Leer Foundation.
8. Jiratchayaporn K, Chetchaovalit T. Effect of Resilience Enhancing Program in Early Adolescents in a School in Songkhla Province. Journal of Education Prince of Songkal University. 2015; 29(2): 46-63. (in Thai)
9. Vongkan M, Ninthachan P & Sangorn S. Factors related to resilience in adolescents. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2015; 29(1): 57-75. (in Thai)
10. Thomas L, Revell S. Resilience in nursing students: An integrative review. Nurse Education Today. 2016; 36(1): 457-62. (in Thai)
11. Ninthachan P. Resilience in Life : Evaluation concept and application. 2015. Bangkok, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
12. Sangsanquan W. The Effectiveness of Resilience Enhancement Program by using Problem-based Learning in Undergraduate Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 186-94. (in Thai)

ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

The Effect of Family Counseling on Medication Adherence of Schizophrenic Patients with Alcohol Use

กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์* รชนีกร อุปเสน

Kunlayanitchaphong Wongnuphanao* Ratchaneekorn Upasen

คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรองซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และครอบครัวจำนวน 20 ครอบครัวโดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันได้แก่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) การให้คำปรึกษาครอบครัว 2) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา 3) แบบประเมินอาการทางจิต: BPRS 4) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์: OCDS เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .86 และ .94 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way Repeated Measure ANOVA. ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังติดตามที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาครอบครัว, พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา, ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

Abstract

A quasi-experimental research which was conducted with a pre- and post-experimental measurement. The aims of the study included: 1) to compare behaviors of schizophrenic patients with alcohol usage in medication adherence between pre and post receiving a family counseling program; and 2) to compare behaviors of schizophrenic patients with alcohol usage in medication adherence for repeated measurements after 1 week and 1 month. The sample group was qualified schizophrenic patients with alcohol usage treated in outpatient department at Nangrong Hospital. The patients were randomly matched with those who had similar qualifications as 20 pairs of patient and family member as a caregiver. The experimental group received

*นักศึกษาลัทธิสุทธพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

วันที่รับ (received) 27 ก.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ก.ย. 2565

four weeks of family counseling program in medication adherence. As for the research instruments, there were 1) Family Counseling Program; 2) Medication Adherence scale; 3) Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS and 4) The Obsessive Compulsive Drinking Scale: ODCS. All instruments were tested for content validity by 5 experts with Cronbach's alpha coefficients of .80, .86 and .94 respectively. Data analysis use One-way Repeated Measure ANOVA. The results of the research could be summarized as follows. The medication adherence of schizophrenic patients with alcohol usage followed up after 1 week and 1 month was higher than after receiving family counseling, which was accounted of .05 statistically significant.

Keywords: Family counseling, Medication adherence, Schizophrenic patients with alcohol use

บทนำ

โรคจิตเภท หมายถึง “โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม”¹ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ เนื่องจากมีความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (craving) และมีปัญหาไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ² และการรักษามีประสิทธิภาพต่ำลง³ และร้อยละ 30 มีอาการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากหยุดรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตเอง⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและซับซ้อนขึ้น

แนวทางปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทดำเนินนโยบายเน้นให้ผู้พวยดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน⁵ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก⁶ โดยการรับยารักษาอาการทางจิตไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้านและให้ครอบครัวรับหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญมากในการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่บ้าน⁷ ทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแล รักษา โดยเฉพาะการพาไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยามารับประทานอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษาที่บ้านและไม่ขาดยา และช่วยชี้แนะการควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ให้ไม่กลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญมากต่อการรักษาและป้องกันอาการทางจิตกำเริบ ส่งผลทำให้การรักษาได้ผลดีเกิดประสิทธิภาพสูงสุด⁸

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยปัจจัยหลักคือการใช้แอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการรักษา ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต รวมทั้งทัศนคติและสัมพันธภาพกับ

ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาว่าแอลกอฮอล์ทำให้ประสิทธิภาพของยาไม่ได้ผล มีผลกระทบที่สมองทำให้เกิดโรคสมองตื้อยา ไม่สามารถควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้และอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนผู้ป่วยรู้สึกเครียด เพื่อบรรเทาความกลัวและหยุดรับประทานยาในที่สุด⁹ หากผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นเรื่อยๆ¹⁰ ขณะเดียวกันความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต การขาดความรู้ในการเพื่อบรรเทาอาการจนเป็นสาเหตุให้ไม่ยอมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้ผู้พวยหยุดรับประทานยาเองได้¹¹ และมีพฤติกรรมขาดยา ทั้งยา เลือกรับประทานยาบางตัวจนเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัวตามมา ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีและทัศนคติในเชิงลบ ดำเนิน ดุด่า ว่ากล่าว ทอดทิ้ง ผู้พวยจะพยายามแก้ไขโดยการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่รักษา¹² และมีความสุขกับการหันกลับไปใช้แอลกอฮอล์เพื่อกลบอาการทุกข์ทรมานเหล่านั้น จนอาการทางจิตกำเริบซ้ำทำให้การดูแลยุ่งยากซับซ้อนขึ้น¹³ จึงเป็นเหตุผลและปัจจัยสำคัญที่ต้องมีการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ซึ่งจะส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นและตระหนักในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

จากการศึกษาพบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิด¹⁴ พัฒนาโดย¹⁵ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นได้ ซึ่งในทุกขั้นตอนของการให้คำปรึกษาครอบครัวมีจุดประสงค์ที่ชัดเจนและความสำคัญ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถของครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

เมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผสมผสานความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแล และสังเกตอาการทางจิต รวมทั้งทักษะและการจัดการที่จำเป็น ต่างๆ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ มีทักษะและใช้ กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวได้รู้และเข้าใจในปัญหาที่แท้จริง ตลอดจน สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ด้วยตัว เองจนบรรลุเป้าหมาย คือ การควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยครอบครัวสนับสนุนและมีส่วนร่วม

จากการศึกษาที่ผ่านมาแนวทางการดูแลรักษา ด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่เน้นเฉพาะเจาะจงที่ตัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้แอลกอฮอล์เท่านั้น ไม่ได้หมายรวมถึงสมาชิกทุกคนใน ครอบครัว ซึ่งการนำเอาสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใน กระบวนการให้คำปรึกษายังน้อยมาก และการดูแลเป็นแบบ ปกติเหมือนผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป บางครั้งยังไม่ตรงกับความต้องการและไม่เพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ แอลกอฮอล์ให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์ การรักษาและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ ด้วยเหตุผล ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ตามแนวคิด¹⁴ พัฒนาโดย¹⁵ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็น กระบวนการมาตรฐานที่ใช้กันโดยทั่วไปและมุ่งให้ความช่วย

เหลือทั้งครอบครัวไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่ พฤติกรรมมีปัญหา ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ และการตกลง บริการ ช่วยกันสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการและวางแผน แนวทางแก้ไขปัญหาและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในการ ดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกับครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันทุกขั้นตอนและ สนับสนุน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตลอดจนคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนให้คำปรึกษา ครอบครัวและหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังการได้รับการให้ คำปรึกษาครอบครัวและติดตาม ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนการได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การให้คำปรึกษาครอบครัว ตามแนวคิด¹⁴

พัฒนาโดย¹⁵ จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการตกลงบริการ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ ประกอบด้วย

การประเมินตนเอง สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง เห็นผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ

กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหาสาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ

และการให้ความรู้โรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญา ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4-6 ขั้นตอนการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวฝึกปฏิบัติทักษะการนำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันจริงโดยการเรียนรู้และจดจำผ่านตัวแบบและการซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่สงสัยและปัญหาที่ค้างคาเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการนำไปใช้ โดยเลือกแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตัวผู้ป่วยเองและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะเทคนิคการหยุดความคิด

กิจกรรมที่ 6 ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 การยุติบริการ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเล็งเห็นประสบการณ์เชิงลบและเชิงบวกที่ผ่านมาโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มและประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง

กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม

จากนั้นแจกคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว

พฤติกรรมการรับ ประทานยาตาม เกณฑ์การรักษา
1) ด้านการรับ ประทานยาตาม แผนการรักษา
2) ด้านความ สามารถในการ สังเกตและจัดการ กับอาการข้างเคียง ของยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา
กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เข้าร่วมการให้คำปรึกษา
ครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังสิ้นสุดการทดลองมีการ
ติดตามที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ประชากร ตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วย
จิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
(F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค
ขององค์การอนามัยโลก คือ ICD10¹⁷ และใช้แอลกอฮอล์ ที่เข้า
รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนางรองระหว่าง
เดือนตุลาคม 2563-มีนาคม 2564 ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
จำนวน 20 ครอบครัว และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท
ที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์
ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ อายุ 20-59 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสาร
กับผู้วิจัยได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามข้อเสนอแนะยิต
หลักการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกึ่ง
ทดลอง คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 13 คน¹⁸ เพื่อให้การกระจาย
ของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร
ได้ดีที่สุด และป้องกันการไม่มาเข้าร่วมการทดลองหรือ
drop out การวิจัยนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน โดยเรียงลำดับ
ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์และสมัครใจ

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการทดลองคือ 1) การให้คำปรึกษา
ครอบครัว โดยการศึกษาและกิจกรรมในครั้งนี้พัฒนามาจาก
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำ
ปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ การให้คำปรึกษา
ครอบครัว¹⁴ พัฒนาโดย¹⁵ และใช้แอลกอฮอล์ โดยมี
วัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อ
พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ที่ใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม 4 สัปดาห์
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-5 กิจกรรม นานครั้งละ 45-60 นาที
รวมการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 4 สัปดาห์ละครั้ง จำนวน
4 สัปดาห์ และวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ โดยทุกขั้นตอนของการวิจัย
ผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งมีรายละเอียดของ
การทำกิจกรรมดังนี้ **ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ
และการตกลงบริการ** ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้าง

สัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ **ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2
การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ**
ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหาสาเหตุ
ความต้องการของผู้รับบริการ และการให้ความรู้โรคจิตเภท
ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยแอลกอฮอล์ ความอยากและ
ตัวกระตุ้น **ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญห**
ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียง
ของยารักษาอาการทางจิต กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ
การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะเทคนิคการหยุดความคิด
กิจกรรมที่ 6 ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง **ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4
การยุติบริการ** ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้
ประสบการณ์ กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำ
กิจกรรม จากนั้นแจกคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยจิตเภท
ที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว ติดตามผลการทดลองจำนวน
2 ครั้ง ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดกิจกรรม ซึ่งเครื่องมือ
ดังกล่าวผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม
จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วยจิตเภท)
ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน
จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคคลที่ให้การ
ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากอาการ
ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้แอลกอฮอล์
ผู้ดูแลหลัก ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม
จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาตามแนวคิด¹⁶ พัฒนาโดย¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม
เกี่ยวกับด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความ
สามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = .95 และ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .80

3) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์: OCDS
ของ ซึ่งพัฒนาโดย²⁰ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมิน
ตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหา CVI = .98 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .94

4) แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย: BPRS
พัฒนาโดย²¹ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรง
ของอาการทางจิตของผู้ป่วย มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย²²

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเลขที่โครงการวิจัยที่ 174.1/63 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสาร แสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยก่อนเก็บข้อมูล การเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ และมีสิทธิ์ออกจาก งานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็น

ความลับไม่มีการระบุชื่อสกุลหรือที่อยู่ใดๆ ทั้งสิ้น โดยการเสนอ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และสอบถามหากกลุ่ม ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและ หลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับ การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (n = 20)

Time	พฤติกรรม		Time	พฤติกรรม		Difference		p-value
	$\bar{X}$	S.D		$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
รวมพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา								
ก่อนให้คำปรึกษา	2.58	0.29	หลัง 1 สัปดาห์	4.56	0.55	1.99	0.68	< .001*
			หลัง 1 เดือน	4.81	0.12	2.24	0.30	< .001*
หลัง 1 สัปดาห์	4.56	0.55	หลัง 1 เดือน	4.81	0.12	0.25	0.59	.016*

p-value from Friedman Test and Post Hoc Multiple Comparisons: Wilcoxon Signed Ranks Test, * significant at the .05 level

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการรับประทานยาตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับ การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p < .001$

พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลัง ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยหลังให้คำปรึกษา ครอบครัวคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ การรักษา (4.81 ± 0.12) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการให้คำปรึกษา ครอบครัว (2.58 ± 0.29) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.99 ± 0.68 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.81 ± 0.12) ก็มีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจากก่อนให้คำปรึกษาครอบครัว เท่ากับ 2.24 ± 0.30 คะแนน ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว และหลังได้รับการให้คำปรึกษา 1 สัปดาห์ และระยะติดตาม 1 เดือน (n = 20)

Time	ความอยากดื่มแอลกอฮอล์		Time	ความอยากดื่มแอลกอฮอล์		Difference		p-value
	$\bar{X}$	S.D		$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ก่อนให้คำปรึกษา	21.20	9.20	หลัง 1 สัปดาห์	8.25	5.68	12.95	10.32	< .001*
			หลัง 1 เดือน	1.85	1.18	19.35	8.63	< .001*
หลัง 1 สัปดาห์	8.25	5.68	หลัง 1 เดือน	1.85	1.18	6.40	5.64	< .001*

p-value from Friedman Test and Post Hoc Multiple Comparisons: Wilcoxon Signed Ranks Test, * significant at the .05 level

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (8.25 ± 5.68) ลดลงจากก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว (21.20 ± 9.20) ลดลงเฉลี่ย 12.95 ± 10.32 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (1.85 ± 1.18) ก็มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากก่อนให้คำปรึกษาครอบครัวเท่ากับ 19.35 ± 8.63 คะแนน ($p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว ตามแนวคิด¹⁴ พัฒนาโดย¹⁵ โดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ จำนวน 8 กิจกรรม สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ¹⁰ ว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สามารถพัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการรักษารวมทั้งการปฏิบัติตัว สนับสนุน แนะนำที่ถูกต้องเชิงบวกให้กับผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้

แอลกอฮอล์และครอบครัวเกิดความมั่นใจและสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง²³ รับผิดชอบตนเองได้ โดยเป้าหมายคือ การมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ²⁴ และใช้ชีวิตกับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ในการทำกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษาครอบครัว พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและยารักษาอาการทางจิต รวมทั้งทักษะในการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้ป่วยนำไปใช้จริงเมื่อกลับในชุมชนว่ามีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงใด

References

1. Department Mental Health. Schizophrenia Care Guide for Hospitals in Health Areas (Medical Edition). Nonthaburi: Victoria; 2017. (in Thai)
2. Batki SL, Leontieva L, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJSr. Negative symptoms are associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. 2008;105(1-3):201-7.
3. McCann T, Boardman G, Clark E, Lu SJJoP, Nursing MH. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. 2008;15(8): 622-9.
4. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. 2004; 161(4):692-9.
5. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh DJJSp, epidemiology p. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. 2005;40(11):899-904.
6. Department of Mental Health. Schizophrenia Care Guide for hospitals in the health district (Nurse Edition/Public Health Scholar); 2016. (in Thai)
7. Hou SY, Ke CLK, Su YC, Lung FW, Huang CJJP, neurosciences c. Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. 2008;62(5):508-14.
8. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD00011.
9. Salyers MP, Mueser KTJSr. Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. 2001;48(1):109-23.
10. Hegde S, Rao SL, Raguram A. Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia; International Journal of Psychosocial Rehabilitation; 2007;11 (2), 5-18.
11. Pandang P. The Effect Of Patient and Caregiver Empowerment on Medication Behaviors Of Schizophrenic. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)
12. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PMJPr. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia 2010;176(2-3): 109-13.
13. Drake RE, Mueser KTJAr, health. Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. 2002;26(2):99.
14. Barry J. Counseling Skills Training Manual. Chulalongkorn University; 1995. (in Thai)
15. Trangkasombat U. Family therapy and Family Counseling. Fuengfah; 2001. (in Thai)
16. Farragher BJImj. Treatment compliance in the mental health service. 1999.
17. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.
18. Burns NA, Grove SK. Study guide for the practice of nursing research: conduct, critique, and utilization: WB Saunders Company; 2005.
19. Cheawsothon S. The Effects of Empowerment in Schizophrenia Patients to behavior Use of medication according to medication adherence. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (in Thai)
20. Suktrakul S. The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependents: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)

21. Overall JE, Gorham DRJPr. The brief psychiatric rating scale. 1962;10(3):799-812.
22. Kittiratanapaiboon p. Interview form for Psychiatric diagnosis. Academic Psychiatry and Psychology Journal, 2003;19(1):18-9. (in Thai)
23. Chaleoykitti S, Wongpanarak N. Family Therapy: Counseling and Empowerment of positive thinking in family. Journal of The Royal Thai Army Nurses; 2015;16(1):14-21. (in Thai)
24. Stithyudhakarn S. Recurrence in patients with chronic schizophrenia: Situation and preventive measures. Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University; 2016, 28(3): 1-15. (in Thai)

ปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ

Factors Predicting Abnormal Postoperative Neurological Symptoms in The First 24 Hours Following Craniotomy in Patients with Primary Brain Tumor

ธนาทิพย์ ปิ่นชาญชัยยุทธ ปรางทิพย์ ฉายพุทธร* วลัยลดา ฉันทะเรืองวณิชย์ บรรพต ลิทธินามสุวรรณ
Thanatip Pinchanchaiyuth Prangtip Chayaput* Wallada Chanruangvanich Bunpot Sittinamsuwan
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ จำนวน 385 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลคลินิก และแบบบันทึกอาการผิดปกติทางระบบประสาทมีความไว 0.722 ค่าความจำเพาะ 0.737 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.2) เป็นโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (ร้อยละ 57.9) และมีอัตราการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ร้อยละ 49.4) อาการผิดปกติทางระบบประสาทพบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความพร่องการทำงานของเส้นประสาทสมอง (ร้อยละ 26.1) ความพร่องด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 22.6) และอาการชักหลังผ่าตัด (ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบขนาดเนื้องอกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตร ($RR=6.94$; 95%CI 4.90-9.83, $p<.001$) และระดับยากันชักในเลือดต่ำ ($RR=1.33$; 95%CI 1.02-1.74, $p<.05$) สามารถทำนายการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด, การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ, เนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ, ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

Abstract

This descriptive research aimed to determine predictors of abnormal neurological symptoms after the first 24 hours period of craniotomy among 385 primary brain tumor patients admitted to a single super tertiary hospital. Roy adaptation model was applied as a conceptual framework. The instruments used for data collection were demographic and clinical data record form, and abnormal neurological symptoms record form (sensitivity 0.722 and specificity 0.737). Chi-Square test and Relative Risk were employed for statistical analysis.

Corresponding Author: *E-mail: prangtip.cha@mahidol.ac.th

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 17 ธ.ค. 65 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 31 ธ.ค. 2565

The study results noted that most of samples were females (71.2%), had a Meningioma (57.9%), and reported an incident of abnormal postoperative neurological symptoms during the first 24 hours after surgery (49.4%). The top-three abnormal neurological symptoms, most found, included cranial nerve function deficit (26.1%), motor deficit (22.6%), and postoperative seizure (10.6%), respectively. As for statistical analysis, the results showed that tumor size greater than or equal to 4 centimeters (RR=6.94; 95%CI 4.90-9.83, $p<.001$) and low levels of antiepileptic drugs (RR = 1.33; 95%CI 1.02-1.74, $p<.05$) could predict abnormal postoperative neurological symptoms significantly.

Key words: Factor predicting, Abnormal postoperative neurological symptoms, Craniotomy, Primary brain tumor patients, Roy adaptation model

บทนำ

โรคเนื้องอกสมองมีแนวโน้มของอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี สถิติในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2557 พบอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าของช่วงก่อนหน้า โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเนื้องอกสมองรายใหม่ 25.04 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี¹ จากสถิติโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงขนาดใหญ่ในกรุงเทพ ปี พ.ศ. 2559-2561 โรคเนื้องอกสมองเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของโรคทางระบบประสาทศัลยศาสตร์ทั้งหมด² การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคเนื้องอกสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของสมองส่วนที่สำคัญ อย่างไรก็ตามผลจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์จากการรักษาอาจทำลายเนื้อสมองบางส่วนที่ปกติ ส่งผลให้พบอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดตามมา³

อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดเป็นอาการของความพร่องการทำงานของระบบประสาท (Neurological deficit)³ พบได้ร้อยละ 37 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ⁴ โดยพบมากที่สุดทันทีหลังการผ่าตัดในช่วงระยะฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกในระยะ 24 ชั่วโมง⁵ อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดอาจเป็นอาการและการแสดงทั่วไป เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น หรือเป็นอาการเฉพาะที่ เช่น แขนขาอ่อนแรง การพูดผิดปกติ ตาพร่า และมองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น^{3,6}

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด เช่น ขนาดเนื้องอก⁶ ประวัติชักก่อนผ่าตัด⁷⁻⁹ ระดับโซเดียมในเลือด¹⁰ และระดับยาต้านชัก^{7,8} เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขนาดก่อนเนื้องอกจะเป็นผลกระทบตั้งแต่วัยก่อนผ่าตัด จากการกดเบียดของก้อนเนื้องอก ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบ

ประสาทหลังผ่าตัด จากความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น³ สมองต้องปรับตัวจากเลือดไปเลี้ยงลดลง ยิ่งขนาดก้อนเนื้องอกโตมากขึ้น การกดเบียดส่งผลให้เซลล์สมองรอบก้อนเนื้องอกขาดเลือดไปเลี้ยง แสดงออกเป็นอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่เป็นความพร่องของการทำหน้าที่ (Function deficit) ได้¹¹

หากระดับโซเดียมในเลือดมีปริมาณน้อยลง จะเกิดการเสียสมดุลระหว่างกลไกการยับยั้งและกลไกการกระตุ้นของเซลล์ประสาทสมองผิดปกติ ทำให้เกิดอาการชักตามมา¹² อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดสัมพันธ์กับประวัติการชักก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติชักก่อนผ่าตัดร้อยละ 25-60¹³ โดยเป็นอาการนำที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาททั้งก่อนและหลังผ่าตัด^{13,14} ระดับโซเดียมในเลือดมักต่ำลงอย่างรวดเร็วใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด¹⁵ ผลจากการเปลี่ยนแปลงของระดับโซเดียมที่ต่ำลง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงร้อยละ 77¹⁰ เกิดอาการชักหลังผ่าตัดร้อยละ 35¹⁶ สมองขาดเลือดร้อยละ 24¹⁷ และเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทอื่นตามมาร้อยละ 38¹⁰ อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า แม้มีภาวะโซเดียมต่ำไม่รุนแรง (130-134 mmol/L)¹⁸

นอกจากนี้ การปรับสมดุลการไหลเวียนเลือดในสมองภายหลังการผ่าตัดระยะ 24 ชั่วโมง ทำให้ความเข้มข้นของระดับยาต้านชักในเลือดลดลงทันทีใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 26-90¹⁹ ซึ่งความเข้มข้นของระดับยาต้านชักต่ำ จะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้¹⁴ หรือหากความเข้มข้นของระดับยาสูงเกินไป มักเกิดผลข้างเคียงของยาหลังการผ่าตัด จึงต้องให้อยู่ในระดับที่ควบคุมอาการชักได้^{14,20}

อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดในระยะ

24 ชั่วโมงแรก จะมีผลกระทบรุนแรง จากภาวะสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออก ข้างบริเวณที่ทำผ่าตัด ส่งผลให้สมองบาดเจ็บทุติยภูมิ เกิดสมอง เคลื่อน ทำให้พิการและอาจเสียชีวิตได้⁶ ถ้าสามารถเฝ้าระวัง ความเสี่ยงการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกได้ ผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดระยะวัน นอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่ จำกัดในความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับอาการผิดปกติทาง ระบบประสาท ที่อธิบายการปรับตัวในการรักษาสมดุลของ ร่างกายด้านการทำงานของระบบประสาท ใช้ทฤษฎีการปรับตัว ของรอย โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด ปฐมภูมิระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานอธิบายความเกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติ ทางระบบประสาทหลังผ่าตัดดังกล่าว นำไปใช้พัฒนาคุณภาพ การดูแลโดยส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ให้มีการ ฟื้นตัวโดยเร็ว รวมทั้งเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางระบบ ประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

ขนาดเนื้องอก ประวัติชักก่อนผ่าตัด ระดับโซเดียม ในเลือด และระดับยาเกินซีก สามารถทำนายอาการผิดปกติ ทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเปิดกะโหลก ศีรษะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (The Roy Adaptation Model)^{21,22} เป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษา ผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลก ศีรษะ เป็นระบบเปิดที่มีการปรับตัวเมื่อได้รับการกระตุ้น จาก สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli)^{21,22} คือ ขนาดเนื้องอก ประวัติชักก่อนผ่าตัด ระดับโซเดียมในเลือด และระดับยาเกินซีก

ร่างกายเกิดการปรับตัวผ่านกระบวนการควบคุมทางสรีระ (Regulator subsystem) ใช้กระบวนการซับซ้อน (Complex processes)²¹ ด้านการทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurologic function) แสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัว (Adaptive behavioral response) ของอาการผิดปกติทาง ระบบประสาทหลังผ่าตัดที่จะมีอาการมากหรือน้อย ตามระดับ ความสามารถในการปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งอาจไม่มี ประสิทธิภาพหรือมีประสิทธิภาพก็ได้²² นอกจากนี้ ยังมีสิ่งเร้า ร่วม (Contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) ได้แก่ อายุ ตำแหน่งเนื้องอก ชนิดการใช้ยาระงับ ความรู้สึก และการรักษาที่ได้รับ (Adjuvant therapy) เป็นสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของ ร่างกายหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติ ทางระบบประสาทมากขึ้นหรือน้อยลงได้เช่นกัน^{21,22}

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายหา ความสัมพันธ์เชิงวิเคราะห์อำนาจการทำนาย (Descriptive predictive correlational research design) ศึกษาแบบ ย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก โดยบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา และ ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ การวินิจฉัยโรค (ICD-10) การผ่าตัดที่ได้รับ ตำแหน่งเนื้องอก และการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกขนาดเนื้องอกของผู้ป่วยจากผล การตรวจภาพรังสีทางคอมพิวเตอร์โดยรังสีแพทย์ การบันทึก ค่าขนาดเนื้องอกใช้ด้านที่ยาวที่สุด (Greatest dimension) วัดเป็นเซนติเมตร

2.2 แบบบันทึกประวัติชักก่อนผ่าตัด บันทึกอาการ ชักที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัดหลังจากได้รับการวินิจฉัยเนื้องอกสมอง จนถึงก่อนผ่าตัดครั้งนี้

2.3 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ ระดับโซเดียมและระดับยาเกินซีกในเลือด

2.4 แบบบันทึกอาการผิดปกติทางระบบประสาท

ก่อนผ่าตัดจากคะแนน Glasgow coma scale (GCS)^{3,23} และยาที่มีผลต่อจิตประสาทที่ได้รับในระยะก่อนผ่าตัด เมื่อแรกรับหลังผ่าตัด (หรือภายในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) และที่ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 การบันทึกอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ได้แก่ บันทึกอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น หลังการผ่าตัดภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก ใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยคะแนน GCS²³ หลังผ่าตัดที่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน เมื่อเทียบกับคะแนน GCS ก่อนผ่าตัด ประเมินร่วมกับอาการผิดปกติทางระบบประสาทอื่นที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป การบันทึกอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด คือ ไม่เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด = 0 และเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด = 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเฉพาะตัวแปรที่สนใจศึกษาจากการประเมินของแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ที่บันทึกไว้แล้วจากบันทึกในแฟ้มประวัติ และเวชระเบียน มีขั้นตอนในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยคะแนน GCS เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากล (Gold standard)^{3,23} นำมาใช้ในการประเมินระดับความรู้สึกตัวในประชากรหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และกลุ่มผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยคะแนน GCS พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท²³ เกณฑ์การประเมินสำคัญประกอบด้วย การลืมตา (E) การพูด (V) และการเคลื่อนไหว (M)^{3,23} ผลการศึกษาประสิทธิภาพของเกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยคะแนน GCS ต่อผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยระยะวิกฤต มีค่าคุณภาพที่ดี พบค่าความไว (Sensitivity) 0.722 ค่าความจำเพาะ (Specificity) 0.737 ความตรงเชิงทำนายผลลัพธ์การรักษา (AUC) 0.859 ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติ Kappa (k)=0.973²⁴ อีกทั้งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเพียงผู้เดียวตลอดระยะเวลาที่ศึกษา จึงไม่หาค่าเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการประเมินอีก

2) ผลการตรวจระดับโซเดียมและระดับยาเกินขนาดในเลือด จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก และศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ตามข้อกำหนดด้านวิชาการมาตรฐาน ISO 15189 ทุก 1 ปี และได้รับประเมินการรับรองความสามารถทางห้องปฏิบัติการ (Reaccredited laboratories and certificate) จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทุก 2 ปี เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกตรวจสอบคุณภาพเครื่องตรวจ (Calibrate laboratory biomedical instruments) ทุกวัน โดยมีการปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้ปฏิบัติตามตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาของระยะเวลาในการศึกษา จึงเชื่อได้ว่าค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลานั้น มีความเที่ยงตรงและเครื่องมือมีความเชื่อมั่นให้ผลการตรวจที่ได้คุณภาพในมาตรฐานเดียวกันทั้งช่วงเวลาแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุมัติให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ผู้รักษาข้อมูลสถิติเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติ และขอความร่วมมือคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ทำการสุ่มแบบสัดส่วนตามจำนวนผู้ป่วยต่อปี โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ให้ครบจำนวน 385 ราย จากนั้นบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทั้งข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทางคลินิกที่สนใจศึกษา ในกรณีข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยขาดหายเกินร้อยละ 20 ผู้วิจัยจะหยุดเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายนั้น นำออกจากการศึกษา ทำลายข้อมูลทิ้ง ไม่นำข้อมูลไปวิเคราะห์ ส่งคืนเวชระเบียนและแฟ้มประวัติทั้งหมดทันที จากนั้นสุ่มเลือกผู้ป่วยรายใหม่ จนครบตามจำนวน ยุติการเก็บข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk: RR)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (COA. No. Si914/2020) วันที่ 7 พฤศจิกายน 2563 และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วย เมื่อได้รับการรับรองโครงการและอนุมัติใช้ข้อมูล จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด คุ้มครองส่วนบุคคล ไม่มีการบันทึกข้อมูลอื่นที่ไม่ได้ศึกษา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยจะเป็นผลในภาพรวม ไม่ระบุหรือเฉพาะเจาะจงรายบุคคล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 274 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.2 อายุเฉลี่ย 51.8 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคตามการจำแนกหัสโรคทางสถิติ ฉบับที่ 10 (ICD 10) เป็นโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมากที่สุดร้อยละ 57.9 โรคเนื้องอกภายในสมองและระบบประสาทส่วนกลางทั้งชนิดเนื้อดีร้อยละ 17.6 และเนื้อร้ายร้อยละ 13.7

อัตราการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดร้อยละ 49.4 พบอาการผิดปกติทางระบบประสาทมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความพร่องการทำงานของเส้นประสาทสมอง (Cranial nerve function deficit) ร้อยละ 26.1 ความพร่องด้านการเคลื่อนไหว (Motor

deficit) ร้อยละ 22.6 และอาการชักหลังผ่าตัด (Postoperative seizure) ร้อยละ 10.6 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเนื้องอกตั้งแต่ 4 เซนติเมตรขึ้นไปร้อยละ 45.5 โดยมีขนาดเนื้องอกตั้งแต่ 1-9.2 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยของขนาดเนื้องอก 4.08 เซนติเมตร และมีประวัติชักก่อนผ่าตัดร้อยละ 22.1 ภายหลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับโซเดียมในเลือดปกติร้อยละ 83.9 โดยมีระดับโซเดียมในเลือดสูงเพียงร้อยละ 10.6 และระดับโซเดียมในเลือดต่ำร้อยละ 5.5

กลุ่มตัวอย่างได้รับยากันชักตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัดร้อยละ 88.1 โดยได้รับยากันชัก 1 ชนิดร้อยละ 68.6 และได้รับยา 2 ชนิดร้อยละ 19.5 ยากันชักที่ได้รับ ได้แก่ Phenytoin ร้อยละ 74 และ Sodium valproate ร้อยละ 5.1 มีระดับยากันชักหลังผ่าตัดในระดับปกติและระดับยากันชักต่ำเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 43 แต่มีระดับยากันชักสูงร้อยละ 14 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทก่อนผ่าตัดร้อยละ 88.8 แต่อาการผิดปกติทางระบบประสาทลดลงเหลือร้อยละ 49.4 ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจ

การทำนายความเสี่ยงของปัจจัยที่สนใจศึกษา

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์และอำนาจทำนายความเสี่ยงด้วยความเสี่ยงสัมพัทธ์ของปัจจัยที่สนใจศึกษาได้แก่ ขนาดเนื้องอก ประวัติชักก่อนผ่าตัด ระดับโซเดียมในเลือด และระดับยากันชักต่ออาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สนใจศึกษาต่ออาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ (n = 385)

ตัวแปร	อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด			χ^2	p-value
	รวม n (%)	ไม่เกิด n (%)	เกิด n (%)		
ขนาดเนื้องอก (เซนติเมตร)				239.149	.000**
< 4	210 (54.5)	182 (86.7)	28 (13.3)		
≥ 4	175 (45.5)	13 (7.4)	162 (92.6)		
ประวัติการชักก่อนผ่าตัด				.054	.816
ไม่มี	300 (77.9)	151 (50.3)	149 (49.7)		
มี	85 (22.1)	44 (51.8)	41 (48.2)		

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สนใจศึกษาต่ออาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ (n = 385) (ต่อ)

ตัวแปร	อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด			χ^2	p-value
	รวม n (%)	ไม่เกิด n (%)	เกิด n (%)		
ระดับโซเดียมในเลือดหลังผ่าตัด				.001	.979
ปกติ	325 (84.4)	166 (51.1)	159 (48.9)		
สูง	40 (10.4)	20 (50.0)	20 (50.0)		
ต่ำ	20 (5.2)	9 (45.0)	11 (55.0)		
ระดับยาเกินขนาดหลังผ่าตัด (n = 293)				3.974	.046*
ปกติ	126 (43.0)	75 (59.5)	51 (40.5)		
สูง	41 (14.0)	19 (46.3)	22 (53.7)		
ต่ำ	126 (43.0)	58 (46.0)	68 (54.0)		

* p<.05, ** p<.001

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากการทดสอบไคสแควร์ พบว่ามีเพียง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดระยะ 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ ขนาดเนื้องอก ($\chi^2 = 239.149$, p<.001) และระดับยาเกินขนาด ($\chi^2 = 3.947$, p<.046) เท่านั้น ส่วนประวัติชักก่อนผ่าตัดและระดับโซเดียมในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ($\chi^2 = .054$, p = .816, $\chi^2 = .001$, p = .979, ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 อำนาจทำนายจากค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของปัจจัยที่สนใจศึกษาต่ออาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ (n = 190)

ตัวแปร	อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด		RR	95%CI	p-value
	ไม่เกิด n (%)	เกิด n (%)			
ขนาดเนื้องอก (เซนติเมตร)					
< 4 (ref)					
≥ 4	13 (7.4)	162 (92.6)	6.94	4.90-9.83	.000**
ประวัติการชักก่อนผ่าตัด					
ไม่มี (ref)					
มี	44 (51.8)	41 (48.2)	.97	.76-1.24	.816
ระดับโซเดียมในเลือดหลังผ่าตัด					
ปกติ (ref)					
สูง	20 (50.0)	20 (50.0)	1.02	.74-1.42	.898
ต่ำ	9 (45.0)	11 (55.0)	1.12	.75-1.70	.598
ระดับยาเกินขนาดหลังผ่าตัด					
ปกติ (ref)					
สูง	19 (46.3)	22 (53.7)	1.32	.93-1.88	.144
ต่ำ	58 (46.0)	68 (54.0)	1.33	1.02-1.74	.032*

*p<.05, **p<.001

ผลการวิเคราะห์เพื่อตอบสนองมติฐานการวิจัยพบว่า ประวัติชักก่อนผ่าตัดและระดับโซเดียมในเลือดไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิได้ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติชักก่อนผ่าตัด และผู้ป่วยที่มีระดับโซเดียมในเลือดผิดปกติในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนไม่มากนัก แต่พบว่าแนวโน้มจะเกิดความเสี่ยงต่ออาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดมากขึ้น นับได้ว่ามีความสำคัญทางคลินิก (Clinical importance) จากการวิเคราะห์ข้อมูลจัดกลุ่มพบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 190 ราย จึงทำการวิเคราะห์อำนาจทำนายโดยใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk: RR) ของปัจจัยที่สนใจศึกษาทั้งหมดและรายงานค่า 95%CI ดังตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงสัมพัทธ์พบว่ามีเพียงสองปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์ได้โดยผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกสมองมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตรขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น 6.94 เท่า (RR=6.94; 95% CI 4.90-9.83, $p<.001$) และหากมีระดับยาเกินขนาดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น 1.33 เท่า (RR=1.33; 95% CI 1.02-1.74, $p<.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า เฉพาะขนาดเนื้องอกและระดับยาเกินขนาดเท่านั้น ที่สามารถทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิได้ สามารถอธิบายความสัมพันธ์โดยทฤษฎีการปรับตัวของรอย^{21,22} ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต คือ การเข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าตรงที่เผชิญอยู่ทั้งขนาดเนื้องอกและระดับยาเกินขนาดในเลือด โดยปรับตัวผ่านระบบควบคุมทางสรีระที่เป็นกระบวนการซับซ้อนด้านการทำงานของระบบประสาท หากปรับตัวได้ดีอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดอาจเป็นชั่วคราวหรือมีอาการน้อย²² หากการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะแสดงออกเป็นผลลัพธ์พฤติกรรมปรับตัวคืออาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดถาวร หรืออาจพบอาการมากกว่า 1 อาการ หรืออาจมีความรุนแรงของ

อาการมากกว่าปกติได้^{22,30}

ผลการศึกษาพบว่าขนาดเนื้องอกมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตรขึ้นไปสามารถทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดได้ สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวทางสรีรวิทยาด้านการทำงานของระบบประสาทที่ไม่มีประสิทธิภาพ²² โดยพบผลลัพธ์พฤติกรรมปรับตัวแสดงออกเป็นอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 92.6 เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁶ ที่พบว่าขนาดเนื้องอกสมองตั้งแต่ 4 เซนติเมตรขึ้นไปส่งผลให้เกิดอาการชักหลังผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 83.1 ทั้งยังมีการศึกษาอื่นที่คล้ายกันของ Li และคณะ²⁵ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและการควบคุมอาการชักในผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองพบว่าอาการชักหลังผ่าตัดสัมพันธ์กับขนาดเนื้องอก ขนาดเนื้องอกตั้งแต่ 3.5 ซม. มีโอกาสเกิดอาการชักหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น 1.9 เท่า²⁵ และการศึกษาของ Hwang และคณะ²⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการชักในผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง 303 ราย พบว่าขนาดเนื้องอกมากกว่า 4.5 ซม. มีโอกาสเกิดอาการชักหลังผ่าตัด 4.2 เท่า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าขนาดเนื้องอกมีความเกี่ยวข้องและทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดได้^{5,25,26}

การศึกษาค้นคว้านี้ พบว่าประวัติชักก่อนผ่าตัดไม่สามารถทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดได้ เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติชักก่อนผ่าตัดน้อยกว่าการศึกษาค้นคว้าอื่น^{27,28} โดยกลุ่มตัวอย่างมีประวัติชักก่อนผ่าตัดเพียงร้อยละ 22.1 และเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดมากถึงร้อยละ 49.4 อาจเนื่องมาจากมีความแตกต่างกันตามชนิดเนื้องอกและตำแหน่งเนื้องอก ต่างจากการศึกษาค้นคว้าก่อนหน้านี้ที่พบประวัติชักก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง มากถึงร้อยละ 50-80^{27,28} และพบอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดเพียงร้อยละ 19-26⁹ นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองบริเวณ Supratentorial มีประวัติชักก่อนผ่าตัดร้อยละ 35.8 เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดที่เป็นอาการชักเพียงร้อยละ 14.0 แต่ได้รับยาเกินขนาดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเพียงร้อยละ 16.6 ซึ่งต่างจากการศึกษานี้และการศึกษาของ Meling และคณะ²⁹ เปรียบเทียบผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง 1,148 ราย ที่มีเนื้องอกบริเวณฐานกะโหลกศีรษะกับเนื้องอกบริเวณที่ไม่ใช่ฐานกะโหลกศีรษะ พบอาการชักเป็นสองเท่าในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกบริเวณที่ไม่ใช่ฐานกะโหลกศีรษะ อาจเป็นเพราะ

แนวทางการรักษาต่างกันโดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติชักก่อนผ่าตัดภายหลังได้รับการวินิจฉัยเนื้องอกสมอง แพทย์จะให้ยากันชักเพื่อควบคุมอาการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดครอบคลุมถึงระยะหลังผ่าตัด จึงอาจเป็นสาเหตุให้พบอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีประวัติชักก่อนผ่าตัดลดลง^{14,27}

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ระดับโซเดียมในเลือดไม่สามารถทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดได้ อาจเป็นเพราะหลังผ่าตัดระดับโซเดียมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ มากถึงร้อยละ 83.9 และเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดน้อย คล้ายกับหลายการศึกษาที่พบระดับโซเดียมในเลือดอยู่ในระดับปกติ^{1,6} ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมและแก้ไขความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จึงสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการที่ร่างกายได้รับการแก้ไขภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์^{15,16} ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมดุลของสมองโดยตรง แสดงออกเป็นการทำหน้าที่ของระบบประสาททำได้อย่างมีประสิทธิภาพ²² ทำให้พบระดับโซเดียมในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองจำนวนน้อย ส่งผลให้พบอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัดไม่มากนัก

การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับยากันชักต่ำสามารถทำนายอาการผิดปกติหลังผ่าตัดได้ หลังผ่าตัดส่วนใหญ่มีระดับยากันชักในระดับปกติและระดับยากันชักต่ำ โดยมีระดับยากันชักสูงจำนวนน้อย กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการชักหลังผ่าตัดน้อย ในกลุ่มที่เกิดอาการชักหลังผ่าตัดพบว่า มีระดับยากันชักต่ำ คล้ายกับหลายการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะชักหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ^{1,14,26-28} พบผู้ป่วยที่มีอาการชักหลังผ่าตัดระยะ 24 ชั่วโมงแรกน้อยเพียงร้อยละ 6 โดยพบร้อยละ 22 มีระดับยากันชักต่ำ¹

สรุปได้ว่า การศึกษาปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ พบว่าปัจจัยขนาดเนื้องอกและระดับยากันชักที่สามารถทำนายได้ แม้ผลการศึกษาที่พบจะยังขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้อยู่บ้าง แต่ผลของความสัมพันธ์สามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีการปรับตัวของรอยที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า เมื่อบุคคลเป็นระบบเปิดที่มีการปรับตัวตลอดเวลาต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่รุนแรงนับว่าเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตคือ เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ตรงที่เผชิญเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ในการศึกษาพบว่าขนาดเนื้องอกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตร และระดับยากันชักในเลือดต่ำ มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด หากมีการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยแสดงออกเป็นผลลัพธ์พฤติกรรมปรับตัวคืออาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ซึ่งโอกาสเกิดมากหรือน้อยตามความรุนแรงของปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าที่มากระทบ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

พยาบาลผู้ปฏิบัติการทางคลินิกควรประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติทางระบบประสาทระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิที่เข้ารับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตรและระดับยากันชักในเลือดต่ำ ครอบคลุมถึงระยะหลังผ่าตัด โดยมีการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอันตรายจากอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องถึงอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งในผู้ป่วยเนื้องอกสมองกลุ่มเดิมเพื่อยืนยันผลที่พบ เนื่องจากยังพบผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้า และในผู้ป่วยประเภทอื่น เช่น กลุ่มเนื้องอกสมองทุติยภูมิ เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลที่อาจส่งผลตามสถานการณ์ทางคลินิกได้อย่างครอบคลุม สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย เนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นตัวให้มีประสิทธิภาพได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูประสาทศัลยศาสตร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่สนับสนุนการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัย ตลอดจนหัวหน้า

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน หัวหน้าหน่วยรายงานสถิติทาง
การแพทย์ หัวหน้าหน่วยรหัสโรคและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณา
ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคุณณริสา
ทอนศรี นักสถิติวิจัย สถานส่งเสริมงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้คำปรึกษา
ในการวิเคราะห์สถิติมา ณ ที่นี้

References

1. Veerasarn K, Yuthagovit S, Chailorrat A. Prevalence of brain tumor in Thailand from 2005 to 2014: data from the national health security office. *Journal of The Medical Association of Thailand*. 2016; 99(Supplement3): 62-73. (in Thai).
2. In-Patient Department Statistic Record Unit. In-Patient Department Statistic Record report: 2016-2018. Bangkok: Siriraj Hospital; 2019. (in Thai)
3. Hickey J, Strayer AL. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 8thed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
4. Zetterling M, Elf K, Semnic R, Latini F, Engström ER. Time course of neurological deficits after surgery for primary brain tumours. *Acta Neurochirurgica*. 2020; 162(12): 3005-18.
5. Ehresman JS, Garzon-Muvdi T, Rogers D, Lim M, Gallia GL, Weingart J, et al. Risk of developing postoperative deficits based on tumor location after surgical resection of an intracranial meningioma. *Journal of Neurological Surgery Part B, Skull Base*. 2019; 80(1): 59-66.
6. Al-Dorzi HM, Alruwaita AA, Marae BO, Alraddadi BS, Tamim HM, Ferayan A, et al. Incidence, risk factors and outcomes of seizures occurring after craniotomy for primary brain tumor resection. *Neurosciences Journal*. 2017; 22(2): 107-13.
7. Bech KT, Seyedi JF, Schulz M, Poulsen FR, Pedersen CB. The risk of developing seizures before and after primary brain surgery of low and high-grade gliomas. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2018; 169: 185-91.
8. Ersoy TF, Ridwan S, Grote A, Coras R, Simon M. Early postoperative seizures (EPS) in patients undergoing brain tumour surgery. *Scientific Reports*. 2020; 10(1): 13674. doi: 10.1038/s41598-020-70754-z.
9. Wirsching H-G, Morel C, Gmür C, Neidert MC, Baumann CR, Valavanis A, et al. Predicting outcome of epilepsy after meningioma resection. *Neuro-Oncology*. 2015; 18(7): 1002-10.
10. Joergensen D, Tazmini K, Jacobsen D. Acute dysnatremias: A dangerous and overlooked clinical problem. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2019; 27(1): 58-62.
11. Brenner AW, Patel AJ. Review of current principles of the diagnosis and management of brain metastases. *Frontiers in Oncology*. 2022; 12: 857622. doi:10.3389/fonc.2022.857622.
12. Cowie CJ, Cunningham MO. Peritumoral epilepsy: Relating form and function for surgical success. *Epilepsy & behavior*. 2014; 38: 53-61.
13. Chen DY, Chen CC, Crawford JR, Wang SG. Tumor-related epilepsy: epidemiology, pathogenesis and management. *The Journal of Neuro-Oncology*. 2018; 139(1): 13-21.
14. Cai Q, Wu Y, Wang S, Huang T, Tian Q, Wang J, et al. Preoperative antiepileptic drug prophylaxis for early postoperative seizures in supratentorial meningioma: a single-center experience. *The Journal of Neuro-Oncology*. 2022; 158(1): 59-67.

15. Hannon MJ, Thompson CJ. Neurosurgical hyponatremia. *Journal of Clinical Medicine*. 2014; 3(4): 1084-104.
16. Nardone R, Brigo F, Trinka E. Acute symptomatic seizures caused by electrolyte disturbances. *Journal of Clinical Neurology*. 2016; 12(1): 21-33.
17. Rahman M, Abbatematteo J, De Leo EK, Kubilis PS, Vaziri S, Bova F, et al. The effects of new or worsened postoperative neurological deficits on survival of patients with glioblastoma. *Journal of Neurosurgery*. 2017; 127(1): 123-31.
18. Chewcharat A, Thongprayoon C, Cheungpasitporn W, Mao MA, Thirunavukkarasu S, Kashani KB. Trajectories of serum sodium on in-hospital and 1-year survival among hospitalized patients. *Clinical Journal of American Society Nephrology*. 2020; 15(5): 600-7.
19. Phunsawat A, Tuchinda L, Somboonviboon W. Plasma phenytoin levels and incidence of seizure in patients undergoing craniotomy for supratentorial brain tumors. *Journal of Anesthesia & Clinical Research* 2012; 3(10): 1000255. doi:10.4172/2155-6148.1000255
20. Sayegh ET, Fakurnejad S, Oh T, Bloch O, Parsa AT. Anticonvulsant prophylaxis for brain tumor surgery: determining the current best available evidence. *Journal of Neurosurgery*. 2014; 121(5): 1139-47.
21. Chayaput P, Utriyaprasit K, Bootcheewan S, Thosingha O. Coping and health problems of caregivers of survivors with traumatic brain injury. *Aquichan*. 2014; 14(2): 170-83.
22. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2009.
23. Teasdale G, Jennett B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet*. 1974; 2(7872): 81-4.
24. Silvitasari I, Purnomo HD, Sujianto U. Reliability of the GCS and four score instruments to assess the level of patients' awareness in ICU. *Adi Husada Nursing Journal*. 2017; 3(1): 23-7.
25. Li X, Wang C, Lin Z, Zhao M, Ren X, Zhang X, et al. Risk factors and control of seizures in 778 Chinese patients undergoing initial resection of supratentorial meningiomas. *Neurosurgical Review*. 2020; 43(2): 597-608.
26. Hwang K, Joo JD, Kim YH, Han JH, Oh CW, Yun CH, et al. Risk factors for preoperative and late postoperative seizures in primary supratentorial meningiomas. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2019; 180: 34-9.
27. Giulioni M, Marucci G, Martinoni M, Marliani AF, Toni F, Bartiromo F, et al. Epilepsy associated tumors: review article. *World Journal of Clinical Cases*. 2014; 2(11): 623-41.
28. Englot DJ, Chang EF, Vecht CJ. Epilepsy and brain tumors. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016; 134: 267-85.
29. Meling TR, Da Broi M, Scheie D, Helseth E. Meningiomas: skull base versus non-skull base. *Neurosurgical Review*. 2019; 42(1): 163-73.
30. Jiamsakul S, Prachusilpa G. A study of nursing outcomes quality indicators for patients with neurosurgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18(1): 147-54. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของทหารบก จังหวัดอุดรธานี

Factors Related Oral and Dental Health Care Behaviors among Soldiers in Udonthani Province

ศุภญา บุตรแสนลี¹ กาญจนา ปัญญาธรณ^{*2} ขนิษฐา แก้วกัลยา¹ กฤติกา สุขะตุงคะ¹

Supaya Butsaenlee¹ Kanchana Panyathorn^{*2} Kanittha Kaewkullaya¹ Krittika Sukatungka¹

¹โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ประเทศไทย 41000

¹Fort Prachaksinlapakom Hospital, Udonthani Province, Thailand 41000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ประเทศไทย 41000

²Faculty of nursing, Ratchathani University, Udonthani campus. Thailand 41000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารบกปฏิบัติงานพื้นที่จังหวัดอุดรธานีจำนวน 338 คน ได้มาโดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามหาคุณภาพโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นด้านเจตคติเท่ากับ .892 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ .851 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ .911 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงมีนาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและหาสมการถดถอย ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมระดับมาก ($\bar{X}$ 4.19, S.D. 732) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมระดับมาก ($\bar{X}$ 4.21, S.D.597) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมระดับมาก ($\bar{X}$ 4.44, S.D. 832) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ อายุราชการ สถานภาพสมรส รายได้ เจตคติ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคลากร ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกได้แก่ อายุราชการ เจตคติและความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกได้ร้อยละ 54.5 ($R^2 = .545$) จากผลการวิจัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาเจตคติ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารและพัฒนากระบวนการทันตสุขภาพให้มีคุณภาพ

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพช่องปาก, ทหาร, อุดรธานี

Abstract

The purpose of this cross - sectional analysis research was to identify factors related oral and dental health care behaviors among the soldiers. The sample consisted of 338 soldiers working in Udon thani province. The research instruments comprised of questionnaires that measured the attitude, health beliefs, and health care behaviors of the soldiers with a Cronbach's alpha coefficient of .892, .851, and .911, respectively. The data was analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, Pearson's correlation and stepwise multiple regression.

The results show that the soldier's attitude toward oral and dental health care was at a high level ($\bar{X}$ 4.19, S.D.732). Additionally, the overall perception of health beliefs was also at high level ($\bar{X}$ 4.21, S.D. 597), as was their oral and dental health care behavior ($\bar{X}$ 4.44, S.D.832).

Factors related oral and dental health care behaviors of the soldiers were service age, marriage status, income, attitude, perceive of health believes and advise receiving from health personal. Multiple regression analysis showed service age, attitude and perceived of health believes could all together predict 54.5% of oral and dental health care behaviors ($R^2 = .545$).

From the results of this study, it was suggested that the relevant agencies should provide activities that serve to develop the attitudes and health beliefs of the soldier, and work to develop the quality of oral and dental health care service system.

Keywords: Oral and Dental Health Care, Soldier, Udonthani province

บทนำ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญและสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพกาย เนื่องจากช่องปากเป็นด่านแรกที่น่าอาหารเข้าสู่ร่างกายหากอวัยวะภายในช่องปากไม่สมบูรณ์จะส่งผลให้ระบบย่อยอาหารและระบบอื่นๆของร่างกายผิดปกติ นอกจากนี้การทำความสะอาดภายในช่องปากที่ไม่ทั่วถึงจะทำให้เกิดปัญหาตามมา จากการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี สูญเสียฟันร้อยละ 85.3 เฉลี่ย 3.6 ซี่/คน เหงือกอักเสบร้อยละ 62.4 ฟันสึกร้อยละ 49.7และมีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 43.3 ด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าไม่ใช้ไหมขัดฟันร้อยละ 85.3 ไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันร้อยละ 71.7 และไม่ใช้น้ำยาบ้วนปากร้อยละ 64¹ ซึ่งโรคที่เกิดกับช่องปากมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปหากไม่สังเกตจะไม่พบรอยโรคตั้งแต่เริ่มแรกกว่าจะรู้ตัวก็ลุกลามไปมากยากแก่การรักษา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้หากบุคคลมีพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมด้วยการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพและเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง²

กองทัพบกให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของกำลังพลทหาร โดยมีนโยบายให้ทหารทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมากองทัพบกมีนโยบายเพิ่มเติมให้โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกดำเนินการตรวจสุขภาพช่องปากของทหารควบคู่กับการตรวจสุขภาพประจำปีและแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้ทหารรับทราบเพื่อนำข้อมูลเข้ารับบริการในสถานบริการ กองทันตกรรมโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม รับผิดชอบดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกในจังหวัดอุดรธานี จากการศึกษาผลการตรวจสุขภาพช่องปากของทหารบก 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2562-2564) พบว่าปี พ.ศ. 2562 ทหารมีปัญหาสุขภาพช่องปากระดับ 2 คือเหงือกอักเสบมากที่สุดร้อยละ 44.63 พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 พบปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเป็นระดับ 3 คือฟันผุต้องได้รับการอุดและสูญเสียฟัน (ร้อยละ 34.95 และ 32.28 ตามลำดับ)³ นอกจากนี้ยังพบว่าทหารเข้ารับบริการทันตกรรมน้อย โดยปี พ.ศ. 2563-2565 เข้ารับบริการเพียงร้อยละ 18.04, 23.79 และ 21.91 ตามลำดับ สาเหตุจากความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการเพราะติดภารกิจและกระบวนการรักษาทางทันตกรรมใช้เวลารอคอยนานซึ่งกองทันตกรรมได้เน้นการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของ

ทหารมาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของช่องปาก และการป้องกัน พัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมให้ทหารเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ และพัฒนาระบบบริการให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและลดเวลา ในการรอคอยแต่ยังพบว่าทหารเข้ารับการบริการด้านทันตกรรม น้อยมีปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งด้านจำนวนและความรุนแรง ส่งผลกระทบด้านการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่บุคคลจะมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม เกิดจากหลาย ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ การมีความรู้เจตคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ช่องปาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการบริการทันตกรรม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ช่องปาก⁵⁻⁶ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ผ่านมามีการศึกษาในกลุ่มประชาชนหลายพื้นที่แต่พบ การศึกษาในกลุ่มทหารน้อย และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมมีทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Model ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากของทหารบกจังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ใน

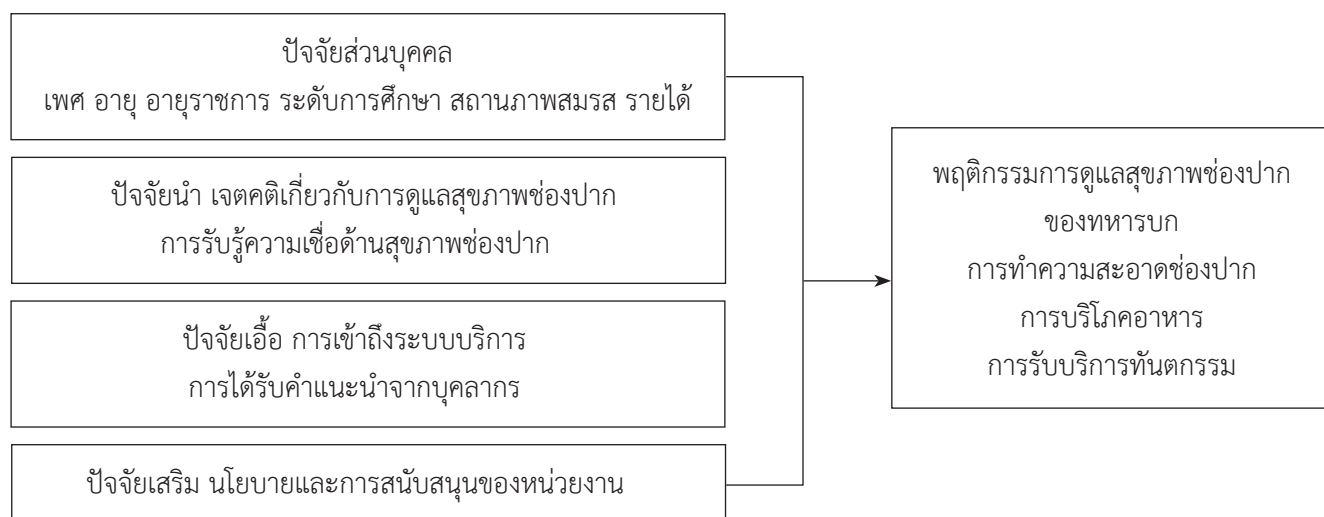
การจัดทำแผนงานโครงการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากของทหาร เพิ่มขีดความสามารถในการรับมือกับโรค สุขภาพช่องปากของตนเองและพัฒนาระบบบริการด้าน ทันตกรรมลดปัญหาสุขภาพช่องปากและบรรลุนโยบาย กองทัพบก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกจังหวัดอุดรธานี
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกจังหวัดอุดรธานี
3. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบจำลอง PRECEDE Model⁷ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุราชการ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เจตคติและการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบบริการ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากร และปัจจัยเสริมประกอบด้วย นโยบายและการสนับสนุนของหน่วยงาน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analysis research) ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 รวม 6 เดือน

ประชากร

กำลังพลทหารบกที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี 9 หน่วยงานจำนวน 2,403 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ กำลังพลที่เป็นข้าราชการทหารทั้งระดับสัญญาบัตรและชั้นประทวนทั้งเพศชายและเพศหญิง ปฏิบัติงานจริงสังกัดหน่วยงานทหารในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี รับบริการที่หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่หรือกองทันตกรรมรพ.ค่ายประจักษ์ศิลปาคม เกณฑ์คัดออกคือกำลังพลที่ออกปฏิบัติภารกิจนอกพื้นที่และมีปัญหาสุขภาพเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ประชากร 2,403 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 331 คนเพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นร้อยละ 14 จำนวน 338 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยงานตามสัดส่วนของประชากรและทำการสุ่มอย่างง่ายถือว่าทุกหน่วยและกำลังพลทุกคนมีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน โดยมีรายชื่อของกำลังพลทั้งหมดและให้เลขกำกับรายชื่อแล้วทำการสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล 20 ข้อ เจตคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก 11 ข้อ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก 20 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก 15 ข้อ เป็นคำถามแบบ rating scale 5 ระดับ ประกอบด้วยระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด การกำหนดคะแนนข้อความด้านบวก 5,4,3,2,1 คะแนนจำนวน 13 ข้อ ด้านลบ 1,2,3,4,5 คะแนนจำนวน 2 ข้อ การแปลผลค่าเฉลี่ย 1.00-2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51-3.50 ระดับปานกลาง 3.51-4.50 ระดับมากและ 4.51-5 ระดับมากที่สุด การแปลผลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร มากกว่า .8 ระดับสูง. 6-.8 ค่อนข้างสูง .4-.6 ปานกลาง .2-.4 ต่ำ น้อยกว่า .2 ต่ำ การหาคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ

เชี่ยวชาญอายุรกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและหาค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้เท่ากับ 0.91 จากนั้นนำแบบสอบถามไปปรับปรุงและทดลองใช้เก็บข้อมูลกับทหารบกหน่วยงานอื่นคือ สำนักพัฒนาภาค 2 หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ส่วนที่ 2 เจตคติเท่ากับ .892. ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ .851 และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ .911

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาของแต่ละหน่วยงานขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารประสานหน่วยงานชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองที่หน่วยงานแต่ละแห่งจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันตรวจสอบความความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยยื่นขอรับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกองทัพบกและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลเลขที่ IRBTA 1132/2565 วันที่ได้รับการรับรอง 3 กันยายน 2565 ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบและลงนามใน consent form ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล จะรักษาความลับโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลหรือการลงรหัสใด ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างหรือหน่วยงานและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากใช้ Chi-Square ส่วนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาสมการทำนายด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคล** ร้อยละ 92.3 เป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 35 ปี (สูงสุด 59 ปี ต่ำสุด 18 ปี) สถานภาพสมรสร้อยละ 52.2 เป็นทหารชั้นประทวนร้อยละ 84 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 49.6 รายได้ต่ำกว่า 15000 บาท/เดือนมากที่สุดร้อยละ 35 และมีโรคประจำตัวได้แก่ความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน (ร้อยละ 4.5 และ 4.2) การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ได้รับจากสื่อออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือ สื่อโทรทัศน์ และบุคลากรด้านสุขภาพ (ร้อยละ 43.5 และ 26.9) เข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากครั้งสุดท้ายนานกว่า 1 ปี ร้อยละ 63.3

2. เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (N = 338)

เจตคติ	Mean	SD	การแปลผล
การแปรงฟันทุกวันสามารถช่วยป้องกันฟันผุได้	4.68	.702	มากที่สุด
การแปรงฟันนานๆ ถี่แรงๆ จะทำให้ฟันสะอาดยิ่งขึ้น	4.07	1.149	มาก
การบ้วนปากสามารถกำจัดขี้ฟันหรือคราบฟันได้	4.11	1.055	มาก
ผลไม้ที่มีเส้นใยมากๆ เส้นใยช่วยขัดฟันได้	4.21	.948	มาก
ถ้าสุขภาพช่องปากดี จะทำให้สุขภาพร่างกายดีไปด้วย	4.44	.832	มาก
การใช้ไหมขัดฟันทำให้ฟันห่าง	4.05	1.091	มาก
เมื่ออายุมากขึ้น ฟันจะผุ สึก กร่อน เองตามธรรมชาติ	4.31	.951	มาก
การสูญเสียฟันเมื่ออายุมากขึ้นเป็นเรื่องปกติ	4.29	.955	มาก
ฟันผุ เป็นรูเป็นร่องธรรมชาติ เกิดขึ้นได้กับทุกคน	4.13	1.049	มาก
จะไปพบทันตแพทย์เมื่อปวดฟันเท่านั้น	4.03	1.138	มาก
การมีเลือดออกตามไรฟันเป็นเรื่องปกติ	3.83	1.334	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.19	.732	มาก

กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติระดับมากทุกด้านและภาพรวมมีเจตคติในระดับมาก ($\bar{X}$ 4.19, S.D. .732) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือแปรงฟันทุกวันสามารถช่วยป้องกันฟันผุได้ ($\bar{X}$ 4.68, S.D. .702) รองลงมาคือสุขภาพช่องปากดีจะทำให้สุขภาพร่างกายดีไปด้วย ($\bar{X}$ 4.44, S.D. .832) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการมีเลือดออกตามไรฟันเป็นเรื่องปกติ ($\bar{X}$ 3.83, S.D. 1.33)

3. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก (N = 338)

การรับรู้	Mean	S.D	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก	4.22	.696	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก	4.17	.773	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในช่องปาก	4.44	.654	มาก
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคในช่องปาก	4.01	.943	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.21	.597	มาก

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับมากทุกด้านและภาพรวมมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพระดับมาก ($\bar{X}$ 4.21, S.D.597) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการรับรู้ระดับมากเรียงตามลำดับ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในช่องปาก ($\bar{X}$ 4.44, S.D.654) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ($\bar{X}$ 4.22, S.D.696) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก ($\bar{X}$ 4.17, S.D.773) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคในช่องปาก ($\bar{X}$ 4.01, S.D. .943) เมื่อแปลคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก เป็นดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก (N = 338)

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
มาก	112	33.1
ปานกลาง	180	53.3
น้อย	41	12.1
น้อยที่สุด	5	1.5

ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 33.1และระดับน้อยร้อยละ 12.1

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (N = 338)

พฤติกรรม	Mean	SD	การแปลผล
- ตรวจสอบสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน	4.22	1.086	มาก
- แปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น)	4.53	.723	มากที่สุด
- ใช้ไหมขัดฟันช่วยขจัดคราบเศษอาหารตามซอกฟัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	4.01	1.214	มาก
- ใช้เวลาในการแปรงฟันอย่างน้อย 2 นาที	4.38	.858	มาก
- บ้วนปากหรือแปรงฟันทันทีเมื่อรับประทานของหวานหรือของเปรี้ยว	4.13	1.078	มาก
- แปรงฟันด้านนอกด้านในเอียงแปรงทำมุม 45 องศาบริเวณคอฟันแล้วขยับไป	4.28	.893	มาก
- ทำความสะอาดลิ้นโดยใช้แปรงสีฟันแปรงจากโคนลิ้นมาปลายลิ้น	4.26	.998	มาก
- ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์	4.43	.760	มาก
- เปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงมีการฟู กระจาย บาน	4.38	.901	มาก
- หลังการดื่มกาแฟทุกครั้งจะบ้วนปากเสมอ	4.15	1.049	มาก
- แปรงฟัน โดยถูแรงๆ ในแนวนอนไปมา	4.09	1.104	มาก
- กินอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่เหนียว และแข็ง	4.30	.876	มาก
- ตรวจสอบฟันด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ	4.19	.940	มาก
- ใช้ไหมจิ้มฟันเสมอหลังรับประทานอาหาร	4.06	1.105	มาก
- เลือกใช้แปรงสีฟันที่ขนนุ่ม ด้ามตรง ส่วนปลายมน	4.28	.884	มาก
เฉลี่ยรวม	4.44	.832	มาก

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมระดับมาก ($\bar{X}$ 4.44, S.D.832) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติระดับมากที่สุด คือ การแปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ($\bar{X}$ 4.53, S.D.723) ส่วนการปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การใช้ไหมขัดฟันช่วยขจัดคราบเศษอาหารตามซอกฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ($\bar{X}$.4.01, S.D 1.214) เมื่อแปลคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (N = 338)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
มาก	212	62.7
ปานกลาง	120	35.5
น้อย	6	1.8
น้อยที่สุด	-	-

เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.5 และระดับน้อยร้อยละ 1.8

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	p- value
เพศ	35.841	.476
อายุ	1312.467	.643
อายุราชการ	1784.356	.000**
ระดับการศึกษา	112.584	.362
สถานภาพสมรส	180.671	.000**
รายได้	148.111	.006**

การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อายุราชการ สถานภาพสมรสและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ		
เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	.675**	ค่อนข้างสูง
การรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	.608**	ค่อนข้างสูง
ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงระบบบริการทันตกรรม	-.096	ทางลบระดับต่ำ
การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคลากร	.603	ค่อนข้างสูง
ปัจจัยเสริม นโยบายและการสนับสนุนของหน่วยงาน	-.134	ทางลบระดับต่ำ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยนำได้แก่ เจตคติและการรับรู้ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยเอื้อได้แก่การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคลากรมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ส่วนการเข้าถึงระบบบริการทันตกรรมและนโยบายการสนับสนุนของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบก

6. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบก

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบก

ตัวแปรพยากรณ์	B	Beta	t	p -value
อายุราชการ	-1.765	-.161	-2.536	.012
เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	.599	.501	10.812	.000
ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	.269	.334	7.269	.000
ค่าคงที่	7.225		2.318	.021

$R = .743$, $R^2 = .552$, $F = 102.596$, $p\text{-value } 0.01$

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบกเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และอายุราชการ ทั้ง 3 ตัวนี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากทหารบกโดยรวมได้ร้อยละ 55.2 ($\text{adjusted } R^2 = .547$) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบก = 7.225 (ค่าคงที่) + 1.765 (อายุราชการ) + $.599$ (ความเชื่อด้านสุขภาพ) + $.269$ (เจตคติ)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบก พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือการแปรงฟันทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ส่วนด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือการใช้ไหมขัดฟันช่วยขจัดคราบเศษอาหารตามซอกฟันทุกวัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นทหารชั้นประทวน การศึกษาน้อยมีรายได้ต่อเดือนต่ำและอาจมองว่าการทำความสะอาดโดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เพียงพอแล้วไม่จำเป็นต้องใช้ไหมขัดฟันซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ไหมขัดฟันน้อยเพียงร้อยละ 4.1

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของทหารบก

2.1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล จากการ

ศึกษาพบว่าอายุราชการ สถานภาพสมรสและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากทหารบก อธิบายได้ดังนี้

อายุราชการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อธิบายได้ว่าทหารที่มีอายุราชการมากเป็นกลุ่มที่มีอายุมากย่อมมีปัญหาสุขภาพช่องปากจากการเสื่อมตามวัย ได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากจากหลายช่องทาง มีบทบาทเป็นผู้นำมีโอกาสเข้าสังคมจึงมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ส่วนทหารที่มีอายุราชการน้อยมีอายุน้อยและยังไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากจึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากน้อย

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อธิบายได้ว่าทหารที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว ได้รับความรักความเอาใจใส่เห็นคุณค่าจึงทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าทหารที่เป็นโสด สอดคล้องกับการศึกษา⁹ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อธิบายได้ว่าทหารที่มีรายได้ต่อเดือนสูงย่อมมีโอกาสเข้าถึงบริการและการแสวงหาเวชภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากจึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าทหารที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย สอดคล้องกับงานวิจัย⁹ ที่พบว่าผู้มีรายได้สูงจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีและมีจำนวนฟันผุ

น้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยเนื่องจากการดูแลสุขภาพที่ต่ำกว่า และพบว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงจะมีการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย

2.2 ปัจจัยนำ จากการศึกษาพบว่าเจตคติและความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหาร อธิบายได้ดังนี้

เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ยืนยันว่าเจตคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม โดยเจตคติสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม การที่ทหารจะดูแลสุขภาพช่องปากดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับเจตคติ สอดคล้องกับ^{5,9} พบว่าผู้ที่มีทัศนคติดีจะมีการดูแลสุขภาพช่องปากดี

ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก บุคคลที่มีความเชื่อถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่กล่าวว่าบุคคลพร้อมจะปฏิบัติเมื่อรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษา⁵ พบว่าผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจะมีการดูแลสุขภาพช่องปากดี สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰⁻¹¹ พบว่าการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากชักนำไปสู่การดูแลสุขภาพช่องปาก

2.3. ปัจจัยเอื้อ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหาร อธิบายได้ว่าการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทำให้ทหารได้รับการกระตุ้นเตือนจึงมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁵ ส่วนการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหาร การเข้าถึงบริการขึ้นอยู่กับ การยอมรับคุณภาพของการบริการและความสามารถในการเข้าถึงบริการ ซึ่งทหารสามารถเข้ารับบริการด้านทันตกรรมได้ง่ายเนื่องจากหน่วยบริการตั้งอยู่ในเขตเมืองการคมนาคมสะดวก แต่ยังพบว่าทหารเข้าถึงบริการน้อย ทั้งนี้เนื่องจากมีหน่วยบริการอื่นให้เลือกที่หลากหลาย มีการให้บริการนอกเวลามีขั้นตอนที่เหมาะสมและบริการที่รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก แต่มองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นภาระโดยภาระ

ที่พบมากที่สุดคือ ภาระงาน ขาดรายได้¹² และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ คือ คุณภาพของการบริการและความสามารถในการเข้าถึงบริการ¹³

2.4. ปัจจัยเสริม นโยบายการสนับสนุนของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของทหาร อธิบายได้ว่าถึงแม้หน่วยงานจะกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากแต่ไม่ช่วยทำให้ทหารมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่สามารถนำนโยบายมาบังคับได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

บุคลากรด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ทหารเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก พัฒนาเจตคติ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ
2. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่สามารถตอบสนองการเข้าถึงบริการสุขภาพของทหาร

References

1. Bureau of Dental Health. The 8th national oral health survey report 2017 of Thailand. Bangkok: Samchareon Panich Co.,Ltd; 2018. (in Thai).
2. Bureau of Dental Health. Guidelines for the operation of dental health,2021.(in Thai).
3. Fort prajaksilpakom Hospital: Oral health report of the soldier in the area of responsibility. 2019-21.
4. Saengsamritsakul S. A causal relationship model of oral health care behavior for students in Sirindhorn college of public health. Thesis. Master of Science. Burapha University. 2016. (in Thai)

5. Phudphong S. Factors Related to Oral and Dental Health Care Behaviors of the Elderly in Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province. Journal of health science. Boromarajonani College of nursing Sunprasitthiprasong. 2020; 4(1): 101-19. (in Thai)
6. Phatisena T, Moongyutklang W, khoryaklang O, paisisan S. The relationship between dental health perception and oral health care of Diabetic patients coming to receive services at Ban Lao Health Promoting Hospital, Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima.2019; 5(2) :121-31. (in Thai)
7. Euakit N,Pensri L.Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. Journal of the Thai Red Cross Society. 2019; 12 (1): 38-48. (in Thai)
8. Subbowon U. Oral Health Care Behaviors among the Elderly in Nakhonchaisi Sub- district, Nakhonchaisi District, Nakhon Pathom. Region 4-5 Medical Journal.2019;38(4): 244-55. (in Thai)
9. Supina S, Chaitiang N, Charoendee S. Factors Related to Oral Care Behaviors of Pre-school Children's Parents in Child Development Center, Nanoi District, Nan Province. Maharaj Nakhon Si Thammarat medical journal.2020; 2(2): 1-12. (in Thai)
10. Somboonphongkit P. Factors influencing dental attendance behavior of employee in factory Phitsanulok province.Thesis in public health. Naresuan University.2020. (in Thai)
11. Thowprasert D, Radabutr M. Perceptions and experiences on wearing removable acrylic denture of elderly in Bangkruai District, Nonthaburi Province: Phenomenological research. Journal of the royal Thai army nurse.2022; 23(3): 158-66. (in Thai)
12. Sasiwimon Booranarek S, Thummaraksa P, Kaewchuntra K, Khamwong M, Health status and health service accessibility: Samsen community. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017; 33 (2): 54-63. (in Thai)
13. Siriporn Ngamkham S, Suwannapong N, Tipayamongkhogul M, Manmee J. Access to Health Care Services of the Elderly, Thawiwatthana District, Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing 2018;25(2): 91-104. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพ และการฟ้อนรำของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

The Effects of Health Promotion Program with Using Health Song and Thai Dance among Older Persons with Hypertension in Community

ณิชนันท์รวี เฟื่องพล ศตวรรษ อุตรศาสตร์* อรทัย พงษ์แก้ว พรรณงาม วรรณพฤกษ์ กุมาลิพร ตรีสอน

Nitchapanrawee Phengphol Sattawas Udonsat* Orathai Pongkaew

Panngam Wannapuek KumaleepornTreesorn

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45120

Faculty of Nursing Rajabhat Roi-Et University Roi-Et Province Thailand 45120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง วัดประสิทธิภาพเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพและการฟ้อนรำของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 40 คน เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพและการฟ้อนรำ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, เพลงสุขภาพ, การฟ้อนรำ, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was a two-group quasi-experimental pretest-posttest design. The aim was to examine the effects of health promotion program with using health song and Thai dance among older persons with hypertension in the community. The samples consisted of 80 older persons with hypertension in community. Each group included 40 persons. The experimental instrument was effects of a health promotion program using health song and thai dance that was examined for content validity by 3 experts. The Reliability of questionnaire on knowledge and questionnaire on health behavior were .82 and .87 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and a t-test. The results revealed that the mean knowledge score and Health Behavior score of the experimental group was higher than before the experiment and higher than that

Corresponding Author: *E-mail: Sattawas.u@reru.ac.th

วันที่รับ (received) 16 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ก.พ. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ก.พ. 2566

the control group at p-value < .05. The average systolic and diastolic blood pressure of the experimental group was lower than before experiment and lower than that the control group at p-value < .05. The results also suggested that nurses and healthcare providers should implement this program to promote better health behaviors of older persons with hypertension in the community.

Keywords: Health Promoting, Health Song, Thai Dance, Older Persons with Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยผู้สูงอายุ สถานการณ์ทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.28 พันล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 30-79 ปี¹ และในขณะเดียวกันจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 3.30 และจากนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.8² จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ หลอดเลือดแดงตีบแข็งและหนาตัวมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติ เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น³ ประกอบกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันมาก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ น้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ปัจจัยร่วมเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น⁴ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวาย และโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตตามมา⁵ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า นอกจากปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตแล้ว พฤติกรรมสุขภาพก็มีส่วนสำคัญด้วยเช่นกัน และจากการสำรวจอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2562-2564 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.52 37.77 และ 39.21⁶ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหวาย ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัด

ร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2561-2564 พบ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.61 41.32 41.18 และ 43.00 ตามลำดับ⁶ สอดคล้องกับสถานการณ์ของจังหวัดและประเทศ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่แห่งนี้มีอัตราที่เพิ่มขึ้น และพื้นที่ดังกล่าวยังเป็นชุมชนที่มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริม สุขภาพของประชากรตามยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย เนื่องจากเป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ใกล้กับมหาวิทยาลัยและเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งนี้

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Baker⁷ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย แนวคิดนี้มีจุดเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยกล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ต้องเกิดจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ ยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค รู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรง รู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีสิ่งกระตุ้นเตือนให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายแบบรำตงหวายในชุมชนเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตลดลง⁸ และการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการออกกำลังกายแบบรำโนราแขก จังหวัดปัตตานี ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตลดลง⁹ และการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้ผ่านบทเพลงร่วมกับการออกกำลังกายแบบรำไม้พลอง จังหวัดชลบุรี ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ พฤติกรรมและระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น¹⁰ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า แต่ละการศึกษา มีการประยุกต์ใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นมาร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตดีขึ้น ซึ่งแต่ละพื้นที่มีวัฒนธรรมและบริบทที่แตกต่างกัน การใช้วัฒนธรรมในท้องถิ่นมาร่วมในการดูแลสุขภาพ จึงอาจมีผลต่อความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยการฟ้อนรำทำนองเพลงลำเต้ยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหวาย ตำบลเกาะแก้ว เนื่องจาก การฟ้อนรำทำนองเพลงลำเต้ย เป็นทำนองเพลงที่เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่นของพื้นที่ การฟ้อนรำทำนองเพลงลำเต้ยจึงมีความจำเพาะเจาะจงเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในการศึกษาแห่งนี้ และด้วยทำนองเพลงลำเต้ยเป็นจังหวะครึกครื้น สนุกสนาน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเพลิดเพลินไปกับการออกกำลังกาย สร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญผู้วิจัย ยังได้รังสรรค์เนื้อหาของบทเพลงโดยใส่เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3 อ 2 ส (การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การปรับอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย การลดและงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา) อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนความรู้ไปด้วยในระหว่างการออกกำลังกาย นำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Baker⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องเกิดจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ ยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค รู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรง รู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีสิ่งที่กระตุ้นเตือนให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆ ตามบริบทท้องถิ่นของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสนุกสนานเพลิดเพลินและยังช่วยลดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้^{8,9} ด้วยทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาออกมาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพและการฟ้อนรำของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค: กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและความรุนแรงของโรคและผลกระทบ 2) การรับรู้อุปสรรค: กิจกรรมร่วมมืออภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อค้นหาอุปสรรคในการปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิต 3) การรับรู้ประโยชน์: กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) สิ่งกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ: การเปิดเพลงสุขภาพลำเต้ยผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านทุกวันตอนเช้าและเย็น และ 5) การออกกำลังกายโดยการฟ้อนรำประกอบเพลงสุขภาพทำนองลำเต้ย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 60-75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง 3) มีสติ สัมผัสปัญญา สามารถสื่อสารรู้เรื่อง 4) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ Barthel-ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และ

โรคหลอดเลือดสมอง และ 6) มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นานอย่างน้อย 30 นาที และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีการบาดเจ็บอวัยวะร่างกายที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว 2) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น หายใจหอบเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดฯ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดย Power analysis G*power ใช้สถิติ t-test อิทธิพล ขนาดกลาง 0.6¹¹ อำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาย และไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มละ 40 ราย และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลาก แบบไม่ใส่คืนจากระเบียบรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และใช้วิธีการจับคู่ทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาเป็นโรค การรับประทานยา

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพและการฟ้อนรำ ประกอบไปด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและความรุนแรงของโรค 2) กิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อค้นหาอุปสรรคในการปฏิบัติตน 3) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) กิจกรรมการเปิดเพลงสุขภาพลำเต้ยผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านทั้งตอนเช้าและตอนเย็น และ 5) กิจกรรมร่วมกันออกกำลังกายโดยการฟ้อนรำประกอบเพลงสุขภาพทำนองลำเต้ย ซึ่งทำรำได้จากการระดมความคิดเห็นของผู้สูงอายุในท้องถิ่น 6) คู่มือความรู้โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยและสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และ 7) สื่อบทเพลงสุขภาพลำเต้ยมีเนื้อหาเพลงตามหลัก 3 อ 2 ส

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะคำตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 คะแนน และ ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตประกอบด้วย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) และหัวใจคลายตัว (Diastolic) หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg.)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพและการฟ้อนรำผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมและระยะเวลา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และทำการปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิจนโปรแกรมมีความสมบูรณ์ จากนั้นนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ นำแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ .90 และ .93 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบประเมินความรู้ได้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .82 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมได้ค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง 035/2565 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมร่วมการวิจัย โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับอย่างดี ไม่มีการเปิดเผยข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลทำการวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่มีผลกระทบกับกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่เกี่ยวข้อง และเพื่อความเสมอภาคของประโยชน์ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ พร้อมกับแจก

คู่มือและวิธีทัศน์ให้กลุ่มควบคุม

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ หลังจากได้รับอนุมัติการทำโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหวาย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อดำเนินการในขั้นตอนการทดลองวิจัยต่อไป

ขั้นตอนการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กลุ่มควบคุม วันที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง และในช่วงสัปดาห์ที่ 1-13 ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับยาตามแผนการรักษา การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม และวันอาทิตย์สัปดาห์สุดท้ายของการทดลอง ผู้วิจัยประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต หลังจากนั้นหากกลุ่มควบคุมสนใจเกี่ยวกับโปรแกรมฯ ดังกล่าว ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ พร้อมกับแจกคู่มือและวิธีทัศน์

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1: การประเมินการรับรู้และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยซักถามความเชื่อของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรค และผลกระทบจากโรค กิจกรรมที่ 2: กิจกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค: ผู้วิจัยให้ความรู้ประกอบกับคู่มือโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ บรรยายเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัยและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมการรับรู้อุปสรรค: ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางขจัดหรือลดปัญหาต่อการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีผู้วิจัยร่วมเป็นที่ปรึกษาช่วยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหา และสร้างความเข้าใจหรือแก้ไขข้อมูลจากความเข้าใจผิดให้ถูกต้อง และกิจกรรมที่ 4: กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์: ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส (การรับประทานอาหาร การปรับอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย การลดสูบบุหรี่และดื่มสุรา) รวมถึงการรับประทานยาและไปพบแพทย์

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2: ฟังการร้องเพลงสุขภาพลำเต้ยร่วมกับฝึกการออกกำลังกายแบบฟ้อนรำ โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยกันฝึกซ้อมให้ผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2-13: กิจกรรมที่ 1: การเปิดเพลงสุขภาพลำเต้ยผ่านหอกระจายเสียงทุกเช้าและเย็น กิจกรรมที่ 2: กลุ่มตัวอย่างร่วมกันออกกำลังกายโดยการฟ้อนรำประกอบกับเพลงสุขภาพลำเต้ยในช่วงเย็นของทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ บริเวณศาลากลางหมู่บ้าน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้วิจัยร่วมกันเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ระยะเวลา 45 นาที และวันอาทิตย์สัปดาห์สุดท้ายประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่กำหนดไว้ คือ 1) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม 2) ประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ (Shapiro-Wilk Test พบว่า $p > .05$) 3) ไม่ทราบค่าความแปรปรวนของประชากร 4) ข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาค

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 66.50 (SD = 4.51) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 65.00 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 87.50 รับประทานยาสม่ำเสมอทุกราย และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.50 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ร้อยละ 57.50 มีอายุเฉลี่ย 66.68 (SD = 4.43) ส่วนใหญ่เป็น
ผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 65.00 ระยะเวลา
ในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี
ร้อยละ 80.00 รับประทานยาสม่ำเสมอทุกสาย และส่วนใหญ่

จบการศึกษาระดับชั้นประถม ร้อยละ 72.50 ทั้งสองกลุ่มมี
ลักษณะข้อมูลคล้ายคลึงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูล
พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 80$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง	11.98	1.73	14.15	0.92	13.29	.000
กลุ่มควบคุม	12.00	1.77	12.28	1.65	3.85	.000
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	57.33	7.32	65.35	4.08	11.97	.000
กลุ่มควบคุม	56.80	7.47	57.33	7.46	3.79	.001
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)						
กลุ่มทดลอง	150.45	5.71	141.18	5.66	-15.37	.000
กลุ่มควบคุม	149.75	6.33	147.95	6.54	-1.95	.058
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)						
กลุ่มทดลอง	81.22	6.50	74.68	5.32	-11.91	.000
กลุ่มควบคุม	80.25	6.27	79.85	6.04	-1.60	.118

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งสองตัว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงจากเดิมทั้งสองตัว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 80$)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	11.98	1.73	12.00	1.77	.06	.95
หลังการทดลอง	14.15	0.92	12.28	1.65	6.28	.000
พฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	57.33	7.32	56.80	7.47	.32	.752
หลังการทดลอง	65.35	4.08	57.33	7.46	5.97	.000
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)						
ก่อนการทดลอง	150.45	5.71	149.75	6.33	.52	.605
หลังการทดลอง	141.18	5.66	147.95	6.54	4.96	.000
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)						
ก่อนการทดลอง	81.22	6.50	80.25	6.27	.68	.496
หลังการทดลอง	74.68	5.32	79.85	6.04	4.07	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน และภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งสองตัวของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก กิจกรรมของโปรแกรมฯ ที่จัดขึ้นภายใต้แนวคิดความเชื่อด้าน สุขภาพ⁷ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้โดยการ บรรยายประกอบคู่มือเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยของโรคความ ดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค รวมถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้น และประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น 2) กิจกรรมร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น และ 3) กิจกรรมการเปิดเพลงสุขภาพลำเต้ยผ่านหอกระจายเสียง หมู่บ้านทุกวันตอนเช้าและเย็น ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการ ฟ้อนรำประกอบเพลงสุขภาพลำเต้ย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็น สิ่งกระตุ้นเตือนตามองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ เป็น กิจกรรมที่ให้ความรู้ผ่านการฟังเพลงซ้ำๆ ด้วยข้อจำกัดของวัย สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการจดจำและการรับรู้ข้อมูล¹² การฟังซ้ำๆ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้และการจดจำมากยิ่งขึ้น¹³ อีกทั้งเพลง สุขภาพลำเต้ยเป็นทำนองเพลงอีสานที่คุ้นเคย มีความไพเราะ สนุกสนาน สามารถดึงดูดความสนใจได้ง่าย ช่วยต่อการเรียนรู้ ทำให้เข้าใจและจดจำได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการให้ ความรู้ในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานผ่านเพลงพื้นบ้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังทดลอง¹⁴

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ และมี มากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมฯ จัดขึ้นภายใต้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ ที่เชื่อว่า บุคคล จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องเกิดจากการรับรู้ความเสี่ยงต่อ การเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ของ พฤติกรรมสุขภาพ และมีสิ่งทีกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ ดังนั้น กิจกรรมในโปรแกรมฯ จึงเป็นการให้ความรู้ประกอบคู่มือ

เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะ แทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบ และภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ เกิดความตระหนัก มีการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น และกิจกรรมส่งเสริม การรับรู้อุปสรรคโดยรวมกันอภิปรายถึงอุปสรรคและปัญหาของ ตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหา ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และกิจกรรมการบรรยายถึง ประโยชน์การปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส ทำให้ผู้สูงอายุทราบ ถึงข้อดีในการปฏิบัติตัว นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนั้นยังมีกิจกรรมที่เป็นสิ่งกระตุ้นเตือน ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การเปิดเพลงสุขภาพ ลำเต้ยผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านทุกเช้าและเย็น ร่วมกับการ ออกกำลังกายโดยการฟ้อนรำประกอบเพลงสุขภาพลำเต้ย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุถูกกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพทุกครั้งผ่านการฟังเพลงทุกเช้าเย็นและใน ขณะออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ที่จัดขึ้นตามกรอบ แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง¹⁵ และ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สื่อ เพลงสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลอง พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นภายหลังการทดลอง¹³

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่นกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากการได้รับการส่งเสริมสุขภาพจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามปกติทุกครั้งไปติดตาม การรักษา แต่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่เข้มข้นกว่า จึงทำให้ คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมากกว่า

ระดับความดันโลหิต ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมี ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและหัวใจคลายลดลงหลังได้รับ โปรแกรมฯ และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกิจกรรมที่มี ความหลากหลายตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการฟ้อนรำประกอบเพลงลำเต้ย สุขภาพ กิจกรรมในโปรแกรมฯ มีทั้งการส่งเสริมการรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และสิ่งกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ

ผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การวางแผนแก้ไขปัญหา รวมทั้งการให้ความรู้ผ่านบทเพลง ซึ่งได้อภิปรายมาแล้วในข้างต้น กิจกรรมเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตดีขึ้นหลังทดลอง¹⁶ และด้วยทำรายการประกอบกับเพลงที่มีจังหวะครึกครื้น สนุกสนาน ทำให้มีการยึดเหยียดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และการเคลื่อนไหวของข้ออย่างต่อเนื่อง กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจและปอดแข็งแรงขึ้น⁹ กระตุ้นการหลั่งสารไนตริกออกไซด์ ช่วยให้หลอดเลือดมีการขยายตัวอยู่ในภาวะสมดุล ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง¹⁷ สอดคล้องกับการ ศึกษาการออกกำลังกายแบบรำโนราแขกพบว่า ความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลดลงหลังได้รับโปรแกรม⁹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สื่อเพลงสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองพบว่า ความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลดลงหลังได้รับโปรแกรม¹³ ด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมฯ นี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงประกอบคู่มือ รวมถึงการให้ความรู้ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และจัดกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันของคนในชุมชน โดยสามารถใช้ทำนองเพลงที่ชื่นชอบตามบริบทของพื้นที่ เพื่อดึงดูดความสนใจและความร่วมมือในการออกกำลังกาย อันจะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลวิจัยพบว่า ความรู้และพฤติกรรมกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน การวิจัยครั้งต่อไปควรปรับรูปแบบเป็นการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อให้งานวิจัยมีความเข้มแข็งมากขึ้นและ

เป็นการลดตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้

References

1. World Health Organization [Internet]. World Health Organization and Imperial College London Joint Press Release. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Aekpalakorn W. The report of Thailand population health examination survey V. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai)
3. Oliveros E., et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. Clinical cardiology. 2020; 43(2):99-107.
4. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in Elderly: Silence Killer Should be Aware. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2017; 28(1):100-11. (in Thai)
5. Thai Hypertension Society. 2019 Guidelines on the treatment of hypertension. Bangkok: Trickthink; 2019. (in Thai).
6. Ministry of Health [Internet]. Prevalence rate of Hypertension, Roi-Et Province, 2021.
7. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs. 1974; 2(4):409-19.
8. Sinsap N, Choowattanapakon T. The Effect of educational and tangwai exercise on blood pressure of older persons with hypertension. Kuakarun Journal of Nursing. 2016; 23(1):73-86. (in Thai)
9. Chumuang O, Panuthai S, Khampolsiri T. Effect of Norakaag exercise on blood pressure among older persons with hypertension. Nursing Journal. 2013;40(1):11-22. (in Thai).

10. Chantakeeree C. The Effects of using health folk songs and Thai wand exercise training program on knowledge and health behaviors, blood pressure and well-being of hypertensive elderly. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2015;23(4):15- 30. (in Thai).
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2):175-91.
12. Touhy TA, Jett K. Gerontological nursing & health aging. 5th Edition. St. Louis: Elsevier; 2018.
13. Chantakeeree C. The Effects of using health folk songs and Thai wand exercise training program on knowledge and health behaviors, blood pressure and well-being of hypertensive elderly. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2015;23(4):15-30. (in Thai).
14. Prasert V, Sutin U, Boonthai W. Applying the accurate drug usage program by using Thai traditional music on drug knowledge and fasting blood sugar among diabetic patients at Boh thong district, Chonburi province. Journal of Health Science Research. 2018; 12(2):108-16.(in Thai).
15. Viriyaratanakul B, Supruang J, Chuajedton P, Tangdomrongsin N, Health Belief Model and The Risk of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2):199-207. (in Thai)
16. Kardkuaserm T, RithPho P, Tnagkawanish T, Oba N. Effect of the Health belief Model on Health Behavior and Blood Pressure Level Among Patients with Hypertension. Journal of Nursing Health and Sciences. 2015; 9(3):100-9. (in Thai)
17. Wen H, Wang L. Reducing effect of aerobic exercise on blood pressure of essential hypertensive patients: A meta-analysis. Medicine. 2017;96(11):1-6.

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง

The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in Coronavirus 2019 Prevention for High-risk Persons with HIV Infection

ปัญจมาพร สาทจินพงษ์^{*1} สุทธิพร มูลศาสตร์² เพ็ญพัทธ์ อุทิศ³

Punjamarn Satjeenphong^{*1} Sutteeporn Moolsart² Penpaktr Uthit³

¹โรงพยาบาลปทุมธานี ปทุมธานี ประเทศไทย 12000

¹Pathum Thani Hospital, Pathum Thani, Thailand 12000

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

²School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand 11120

³คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

³Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของสมาคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งชาติออสเตรเลีย ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ 2) คู่มือความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design. The purposes of the research were to study the effects of a health literacy development program in Coronavirus 2019 prevention for high-risk persons with Human Immunodeficiency Virus (hereafter “people with HIV” or PWH) on their health literacy and their Coronavirus 2019 preventive behavior. The samples were PWH who came to receive services at the HIV

clinic of Pathum Thani Hospital. The sample was selected by Purposive sampling and put into an experimental group and a comparative group with 32 persons each. The program was based on the concept of health literacy development for PWH contributed by the National Association of People with HIV in Australia. The 6-week program activities. Research instruments were 1) a health literacy development program in Coronavirus 2019 prevention for the high-risk group of PWH. 2) a handbook of health literacy in Coronavirus 2019 prevention. 3) Questionnaires on health literacy and Coronavirus 2019 preventive behavior. The content validity indexes were .95 and 1.00, respectively. Cronbach's alpha coefficient of the Coronavirus 2019 were .85 and .83, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and a t-test.

The result revealed as follows: after enrolling in the program, the health literacy and preventive behavior in Coronavirus 2019 prevention of the experimental group was better than before enrolling in the program and better than the comparative group to a statistically significant degree at p-value < .05

Keywords: Health literacy, Disease preventive behavior, Coronavirus 2019, PWH

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 โดยค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน และลุกลามไปทั่วโลก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสมประมาณ 23 ล้านราย ผู้เสียชีวิตประมาณ 4 ล้านราย¹ และยังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่รวมถึงผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม จำนวน 2,174,906 ราย และจังหวัดปทุมธานีติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศที่มีประชากรติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 ถึง 10 กุมภาพันธ์ 2565 พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 49,155 ราย เสียชีวิตจำนวน 817 ราย จากการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.73 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด ไม่พบผู้เสียชีวิต โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรุนแรงต่อชีวิตทำให้มียอดผู้เสียชีวิตมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 2) โรคหัวใจและหลอดเลือด 3) โรคไตวายเรื้อรัง 4) โรคเมะเร็ง ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยเอชไอวีที่มีค่า CD4 ต่ำ 5) โรคอ้วน BMI มากกว่า 30 6) โรคเบาหวาน และ 7) โรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงหนึ่งใน 7 กลุ่ม

โรคดังกล่าว และพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเครียดจากการถูกรังเกียจและตีตรา (stigma) จากคนรอบข้างในชุมชนและสังคม²

รายงานสถานการณ์เอดส์จังหวัดปทุมธานี ข้อมูลปี 2564 มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 4,211 ราย ความชุกเท่ากับ 370.33 คนต่อประชากรแสนคน โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 2,018 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 1,050 ราย (ร้อยละ 52.1) เพศหญิง 968 ราย (ร้อยละ 47.9) ซึ่งเป็นผู้ที่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 500 ต่อเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร จำนวน 742 ราย (ร้อยละ 36.7) และพบผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 1.58) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อที่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 500 ต่อเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 87.5) จากการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลปทุมธานี ปีงบประมาณ 2561-2563 พบผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจมากที่สุด คือ วัณโรคและโรคปอดอักเสบ จากการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีเซลล์ CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ถึงแม้ว่าจะรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจนกดไวรัสได้แล้ว จะมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีเซลล์ CD4 สูงกว่า 500 ตัวต่อเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ถึง 3 เท่า และลักษณะทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 อยู่ในระดับต่ำ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 มีอาการรุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิตได้³

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการป้องกันควบคุมโรค โดยแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ใช้ในการชะลอการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 คือมาตรการ DMHTT มีดังนี้ 1) การเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร (Social Distancing, D) 2) การสวมหน้ากากอนามัย (Mask, M) 3) ล้างมือด้วยน้ำสบู่และการใช้เจลแอลกอฮอล์ (Hand washing, H) 4) ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอทั้งก่อนเข้าทำงานหรือสถานที่สาธารณะ (Testing, T) 5) การสแกนแอปไทยชนะทุกครั้ง (Thai Chana, T) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁴ ปัจจุบันเป็นยุคที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันได้ง่าย สะดวก และทั่วถึงกันทั่วโลก ความรู้บางอย่างอาจจะไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัว การเข้าถึงและเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้จึงมีความสำคัญ การสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้สุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁵ การใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสารและใช้ข้อมูลสารสนเทศในทางส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ป่วยเอชไอวี

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของกลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการแทรกแซงความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาสุขภาพ (e-Health)⁷ ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งจำเป็น ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีทำให้มีอัตราการเพิ่มของ CD4 ปริมาณไวรัสในเลือด (VL) และอาการของโรคแทรกซ้อนลดลง การทบทวนความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและทักษะที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 การใช้สื่อหรือการถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงทีจะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ⁸ การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของสมาคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งชาติออสเตรเลีย⁹ ซึ่งคาดว่าการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง

คำถามการวิจัย

ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

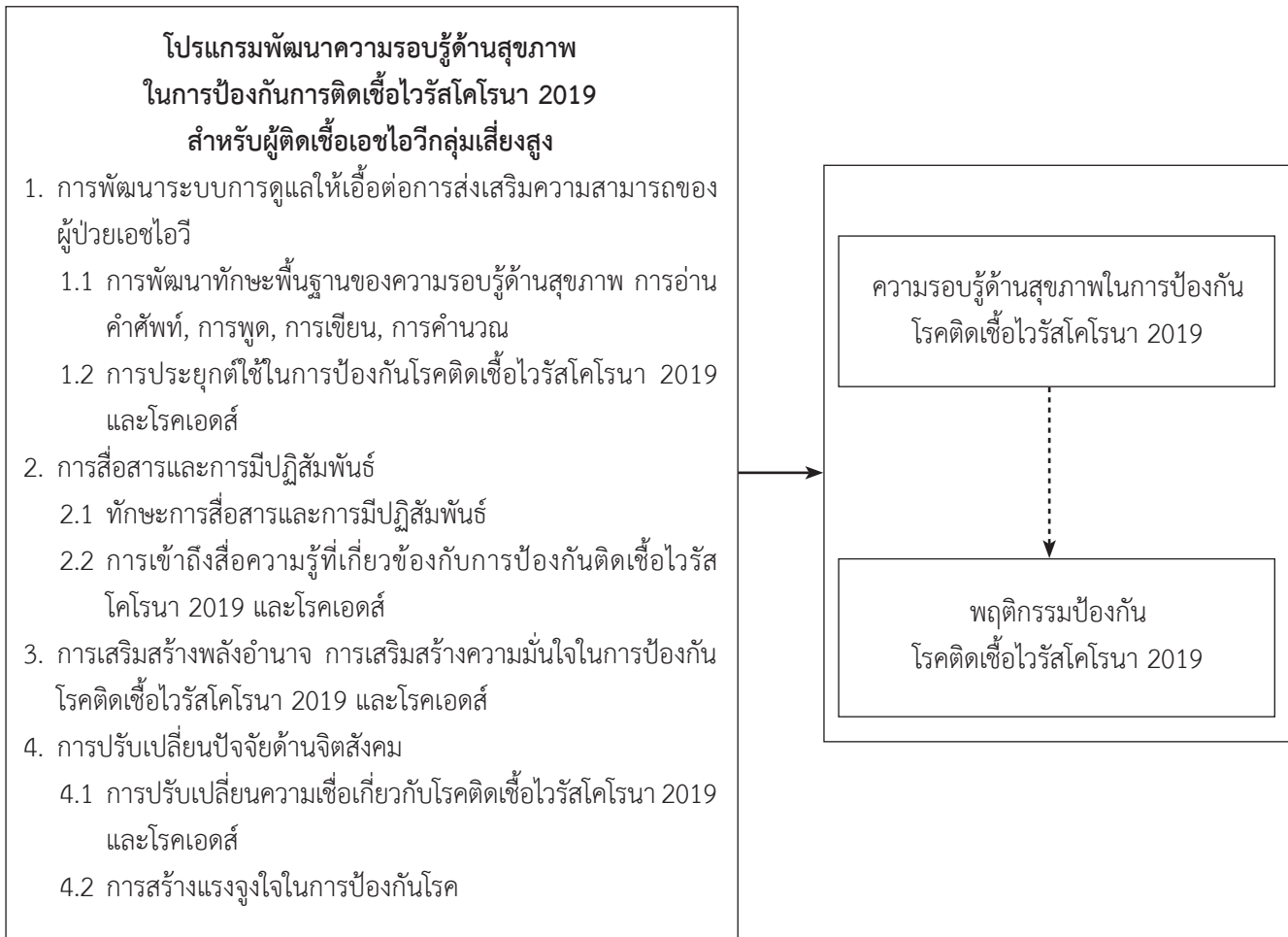
1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี (HIV) ของสมาคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งชาติออสเตรเลีย ที่เชื่อว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้ง 4 องค์ประกอบจะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 2,101 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูงในคลินิกโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานี มีโรคประจำตัว ได้แก่ หอบหืด ภูมิแพ้ หรือเคยมีประวัติเป็นปอดอักเสบหรือวัณโรค ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มอย่างง่าย ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถูกจับคู่ด้านปัจจัย อายุ และระดับการศึกษา เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป อายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาการฟัง การมองเห็นหรือการพูด และสามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถใช้สมาร์ตโฟนได้ สื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วย โดยเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสพื้นฐานเป็นสูตรดื้อยา ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโครงการ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยดูแนวทางจากงานวิจัย เอกสารและตำรา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย: ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะการทำงาน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความเครียด โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยดูแนวทางจากงานวิจัย เอกสารและตำรา ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ 1) ทักษะความรู้ 2) ทักษะการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการพูด 4) ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร 5) ทักษะการตัดสินใจ มี 6) ทักษะการแสดงออก มีข้อคำถามจำนวน 57 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยดูแนวทางจากงานวิจัย เอกสารและตำรา มีข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้งปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รับประทาน ค่า CD4 และค่าปริมาณไวรัสในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรง (Content validity Index: CVI) เท่ากับ .95-1.00 และ 1.00 นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีคุณลักษณะ

ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกรับยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .85 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่ ปท 32.203.4/2 ลงวันที่ 6 มกราคม 2565 ผู้วิจัยทำการติดต่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา คือ สถิติการทดสอบที (t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนการทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 43.87 ปี กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ที่พบ ร้อยละ 84.44 อายุใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุเฉลี่ย 44.44 ปี โดยทั้งสองกลุ่ม มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-50 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.10 ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.40 อาชีพ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.40 และ 46.90 ตามลำดับ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลา 6-10 ปี สูบบุหรี่ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็น ร้อยละ 81.30 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 56.30 6) ดื่มสุรา

ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็น ร้อยละ 71.90 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 78.10
2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้ด้านสุขภาพ								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	38.81	7.12	ปานกลาง	36.93	6.87	ปานกลาง	1.072	.288
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	50.87	3.77	ดี	37.84	6.77	ปานกลาง	9.706	<.000*
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.24	0.44	มาก	4.06	0.59	มาก	1.341	.185
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.67	0.32	มากที่สุด	4.05	0.554	มาก	5.54	<.000*

* p-value < .05

ตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม และค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วม ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired t-test	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้ด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	38.81	7.12	ปานกลาง	50.87	3.77	ดี	-10.450	<.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	36.93	6.87	ปานกลาง	37.84	6.77	ปานกลาง	-1.887	.069
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019								
กลุ่มทดลอง	4.24	0.44	มาก	4.67	0.32	มากที่สุด	-6.933	<.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.06	0.59	มาก	4.05	0.55	มาก	.277	.784

* p-value < .05

ตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่ม ทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วม เข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะต่าง ๆ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรง เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี ของสมาคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งชาติออสเตรเลีย ที่ได้อธิบายว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรดำเนินการตาม 4 องค์ประกอบ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โรคเอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ฝึกทักษะพื้นฐานของความรู้ด้านสุขภาพ การอ่านคำศัพท์, การเขียน, การพูด, การคำนวณ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ฝึกปฏิบัติการแสวงหาความรู้โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเข้าถึงสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อ Google Facebook และ YouTube และค้นคว้าเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฝึกทักษะการพูดเพื่อการสื่อสารและประเมินการถ่ายทอดความรู้ในประเด็น มีความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ภาษาพูดสื่อสารเข้าใจง่าย พูดได้คล่องแคล่ว สบตาขณะพูด แสดงสีหน้าหรือท่าทางได้เหมาะสม ฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร ฝึกปฏิบัติทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ที่จำลอง ได้กำหนดสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบบ่อยและใกล้ตัว กลุ่มตัวอย่างร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ฝึกปฏิบัติทักษะการแสดงออกด้านการคิด การกระทำ ให้สมาชิกร่วมกันคิดแนวทางการแก้ไขปัญหาและการแสดงออก ตามโจทย์สถานการณ์ที่ได้รับกลุ่มทดลองทุกคนมีความกระตือรือร้นและร่วมกันแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี พบว่ามีผลการทดลองเช่นเดียวกัน^{10,11,12,13}

แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ทำโดยการหมั่นล้างมือด้วยน้ำสะอาดบ่อยครั้ง และข้อที่ว่าบุคคลที่เพิ่งกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ควรเก็บตัวและพักอยู่ในบ้านอย่างน้อย 3 สัปดาห์ พบว่าหลังให้ความรู้ตามโปรแกรมยังคงมีความรู้อยู่ในระดับน้อยเท่าเดิม ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจว่าการล้างมือโดย

ใช้น้ำสะอาดจะสามารถชะล้างเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รวมทั้งควรให้ความรู้ที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพราะมาตรการกักตัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงอาจเกิดความสับสนในระยะเวลาการกักตัว ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ได้ภายใน 6 สัปดาห์ได้ ด้านทักษะการตัดสินใจมีข้อคำถาม ถ้าท่านมีนัดรับยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่ท่านเป็นผู้สัมผัสเชื้อโควิดในกลุ่มเสี่ยงและอยู่ระหว่างกักตัว ทำให้ท่านไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์ตามวันและเวลาที่นัดได้ จากเหตุการณ์ดังกล่าวจงตอบคำถาม การตัดสินใจเลือกเพื่อแก้ปัญหาขึ้นคืออะไร เพราะเหตุใด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังตอบคำถามได้ไม่ถูกต้อง คะแนนจึงเพิ่มขึ้นไม่มากจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรปรับปรุงสถานการณ์จำลองและเพิ่มเวลากิจกรรมดังกล่าว โดยให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันระดมสมอง วิเคราะห์การตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาได้ถูกต้อง และผู้วิจัยควรสรุปและเน้นย้ำให้มากขึ้น

2. พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างความมั่นใจในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ที่ได้ยึดหลักการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการ DMHTT มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยสลับเข้าฐานการฝึกปฏิบัติ ดังนี้ ฐานที่ 1 การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้องและการทิ้งหน้ากากที่ใช้แล้ว ฐานที่ 2 การล้างมือ 7 ขั้นตอนการใส่ถุงมือที่ถูกต้อง ฐานที่ 3 การวัดอุณหภูมิร่างกาย การสแกนแอปไทยชนะ ผู้วิจัยเสริมสร้างความมั่นใจในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และติดตามส่งคลิปวิดีโอความรู้ทางไลน์ส่วนตัวและไลน์กลุ่ม เพื่อเพิ่มเติมหัวข้อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งวิธีการตรวจ Covid Antigen Test Kit (ATK) ด้วยตนเอง กระตุ้นให้จัดทำคลิปล้างมือส่งเข้ามาประกวด โดยมีรางวัล 3 รางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่กลุ่มตัวอย่างกิจกรรมบรรยายให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ในเรื่องโภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเภทของอาหารที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานและอาหารที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรหลีกเลี่ยง และข้อควรพิจารณาเกี่ยวกับโภชนาการ และบรรยายให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและขั้นตอนในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการบริหารปอดทุกคน รวมทั้งบรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลด้านจิตใจและสังคม วิธีผ่อนคลายความเครียดหลังร่วม

โปรแกรมกลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ามีผลการทดลองเช่นเดียวกัน^{11,14,15,16,17} ที่ได้จัดกิจกรรมกลุ่มบรรยายให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนและกลุ่มผู้สูงอายุเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งจัดเวทีเสวนาสะท้อนกลับด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการส่งความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว ซึ่งพบผลการศึกษาเช่นเดียวกันที่พบว่ามีความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ข้อคำถามรายชื่อเพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ในแต่ละวันท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีตามเวลาเดิมที่เคยรับประทาน พบว่าพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาก่อนและหลังให้ความรู้ตามโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองยังคงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุดเท่าเดิม อาจเป็นเพราะทุกคนมีพื้นฐานความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี และข้อคำถามบริหารปอดให้แข็งแรงโดยฝึกการหายใจรายชื่อนั้นเพิ่มขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เนื่องจากทุกคนได้ร่วมกันฝึกการบริหารปอดที่ถูกวิธีเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของปอด กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีไว้วางใจซึ่งกันและกัน บรรยายภาคเติมไปด้วยความสนุกสนานและมีเสียงหัวเราะตลอดเวลา เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในกลุ่มไลน์ทุกคนและมีการพูดคุยตอบโต้กันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตใจที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง สามารถนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อในพื้นที่ศึกษาหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน แต่ควรปรับปรุงกิจกรรมการพัฒนาทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสารในความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ดีขึ้น

1.2 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูง ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 6 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นแต่ไม่อยู่ในระดับมากที่สุด จึงควรมีการเพิ่มกิจกรรมและอาจพิจารณาเรื่องระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติและติดตามความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

2.2 การศึกษาประสิทธิภาพผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเสี่ยงสูงในระยะยาวควรติดตามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน DMHTT (การดอย่าตัก) เป็นต้น

References

1. World Health Organization. World Health Statistics 2021. France: [publisher unknown]; 2021
2. Yuanjai A. Covid-19 with Social Stigma: The Roles of Infection Control. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2020; 32(1): 89-97. (in Thai)
3. Yang R, Gui X, Zhang Y, Xiong Y, Gao S, Ke H. Clinical characteristics of COVID-19 patients with HIV co infection in Wuhan. Expert Review of Respiratory Medicine 2020; 15(3): 403-9.
4. Department of Disease Control. Coronavirus Disease Prevention and Control Guide 2019, Bangkok: Agricultural cooperative printing demonstrations; 2020.

5. 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)
6. Apinya I. Health Literacy of Health Professionals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(3): 174-78. (in Thai)
7. Perazzo J, Reyes D, Webe A. A systematic review of health literacy interventions for people living with HIV. *AIDS and Behavior* 2017; 21(3): 812-21.
8. Wang H, Cheong P, Wu J, Van L. Health Literacy Regarding Infectious Disease Predicts COVID-19 Preventive Behaviors: A Pathway Analysis. *Asia Pacific Journal of Public Health* 2021; 10(1): 1-7.
9. Woods R. NAPWHA-HIV Health Literacy Framework-Literature. 2. Newtown: Saysana Publisher; 2019.
10. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvara T. Knowledge and Behavior of People regarding Self care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2020; 21(2): 29-39. (in Thai)
11. Choojai R, Boonsiri C, Patchee K. Effects of a Health Literacy Enhancement Program for COVID-19 Prevention on Health Literacy and Prevention Behavior of COVID-19 among Village Health Volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020; 8(1): 250-62. (in Thai)
12. Khumsaen N. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2021; 4(1): 33-48. (in Thai)
13. Srisupak R, Ngampriam P, Loachai S, Srisawangwong P. The Relationship between Health Literacy and Practice Prevention from COVID-19 of Elderly Case Study: Waeng Nang Sub-District, Maha Sarakham Province. *KKU Journal for Public Health Research* 2021; 14(3): 104-11. (in Thai)
14. Sela C, Ratcha M, Surach A, Nakju S, Samranjit S. New Normal Lifestyles in Prevention of COVID-19 Pandemic among People in Bangkok. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2021; 24(2): 58-73. (in Thai)
15. Phawangkhara S, Ardchanasuk S, Namchu P. A Study of COVID-19: Situation's Surveillance Prevention and Control in Communities towards Village Health Volunteers. The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima Journal 2020; 27(2): 5-14. (in Thai)
16. Nawakaning R, Cheleng N, Salae H, Pengmak T, Niltaya T, Tongnuang P. 3E 2S Health Behaviors of the Elderly in Narathiwat Province under the Coronavirus 2019 Pandemic. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2021; 31(2): 68-80. (in Thai)
17. Sahaviriyasin U, Pheingmak, Banthip K. Development of Behavioral Modification Program Utilizing Islamic Doctrine to Promote Anti-Retroviral Drugs Adherence and Consumptive Behaviors among HIV-Infected Muslim Client. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Sciences* 2018; 5(1): 146-59. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร

Predicting Factors of Palliative Care Health Literacy among Family Caregivers in Bangkok Metropolis

จิราพัชร แสงศรีจันทร์ ปิยะธิดา นาคะเกษียร* รักษ์ชนก คชไกร
Jiraphat Sangsrijun Piyatida Nakagasien* Rukchanok Koshakri
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยร่วมด้านต่างๆ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 106 ราย สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multiple stage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ($\alpha = 0.897$) แบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ($\alpha = 0.822$) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\alpha = 0.909$) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า อายุ การศึกษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และการสนับสนุนทางด้านสังคม สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = .248$ $df = 4$ $F = 8.335$ $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า ปัจจัยด้านการศึกษา และการสนับสนุนทางด้านสังคม สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .230$, $p < .05$ และ $\beta = .364$, $p < .001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การดูแลแบบประคับประคอง, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ, การสนับสนุนทางด้านสังคม, ญาติผู้ดูแล

Abstract

To study the predictive power of the factors can help investigate the factors that may influence caregivers' palliative care health literacy in Bangkok. The 106 family caregivers were selected using multi-stage sampling techniques and simple sampling. The researchers collected the data using questionnaires developed by the researchers, including the general information of family caregivers, palliative care health literacy ($\alpha = 0.897$), interpersonal relationship ($\alpha = 0.822$), and social support questionnaires ($\alpha = 0.909$) Data were

Corresponding Author: *E-mail: piyatida.nak@mahidol.ac.th

วันที่ส่ง 30 เม.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ก.ค. 2565

analyzed by descriptive statistics, which consist of frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics. Applying Pearson's rank correlation and multiple regression The research findings, Education, interpersonal patient, family caregiver relationships, and social support were found to be statistically significant positive correlates of palliative care health literacy among family caregivers, predicting 24.8% ($R^2 = .248$ df = 4 $F = 8.335$ $p < .05$). And both Education and social support could predict palliative care health literacy ($\beta = .230$, $p < .05$ และ $\beta = .364$, $p < .001$ respectively)

Keywords: Health literacy, Palliative care, Interpersonal patient and family caregiver, Social support, Family caregiver.

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient and family center) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวนมากถึง 40 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง¹ นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนมาก ไม่สามารถได้รับการบริการดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการได้ ในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 ที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 5,820 คน 7,047 คน และ 8,209 คน ตามลำดับ จากข้อมูลสถิติกรุงเทพมหานคร พบว่าในปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 9,304 คน ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มีญาติผู้ดูแลให้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านดูแลโรงพยาบาล² จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี โดยพบว่ากลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 693 กอปรกับปัจจุบันสังคมไทยถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นกลุ่มวัยแห่งความเสื่อมทางด้านสุขภาพ

มีโอกาสดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำเป็นต้องมีญาติผู้ดูแลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการหลายอย่าง เช่น การดูแลช่วยเหลือชีวิตประจำวัน การจัดการความปวด การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ⁴ การส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นรูปธรรมเป็นสิ่งสำคัญ⁵ ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ตื่นตระหนก รับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้นอยู่กับความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลอีกด้วย และเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ⁶

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ทักษะส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางด้านสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเข้าถึง และเข้าใจในการใช้ข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งสุขภาพดี องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ^{7,8} ดังนี้ (1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) (2) ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (cognitive skill) (3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) (5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) และ (6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) จากข้อค้นพบการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาตัวแปรที่น่าจะสามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ตัวแปรด้านอายุ โดยพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.345$, $p < .001$)⁹ ในการศึกษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า อายุ ($\beta = -1.87, p < .05$) การศึกษา ($\beta = .564, p < .001$) และการได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\beta = .211, p < .01$) สามารถรวมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ และสามารถรวมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 53.5 56.3 และ 58.6 ตามลำดับ ($R^2 = 0.535, 0.563, 0.586, p < .001$)¹⁰ ผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยที่ทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคสมองเสื่อม และโรคหลอดเลือดสมอง มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง³ สำหรับงานวิจัยต่างประเทศ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า อายุ ($r = -.321, p < .001$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และยังมีอีกหลากหลายการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ได้เจาะจงในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มตัวอย่างมากมาย จะเห็นได้ว่าอายุเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ไม่ได้มุ่งศึกษาในประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแล แต่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุและผู้ป่วย อาทิ การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .209, p < .01$)¹² ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษาทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.4 ($R^2 = 0.304, p < .05$) ระดับการศึกษา ($r = .480, p < .001$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹³ และระดับการศึกษาสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .623, p < .001$)¹¹

ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมศึกษาความสัมพันธ์การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$)¹⁵ และสิ่งสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล¹⁶ สอดคล้อง

กับแนวคิดที่ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁷

ปัจจัยการสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคมในรูปแบบต่างๆ¹⁸ และได้สร้างเครื่องมือ Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)¹⁹ ถูกนำแปลไทย เพื่อใช้ในการประเมินการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมที่สำคัญต่างๆ เช่น ครอบครัว และอื่นๆ โดยพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .211, p < .01$)¹⁰ และการศึกษาในประเทศจีน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางด้านสังคม และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลให้ดีขึ้น²⁰

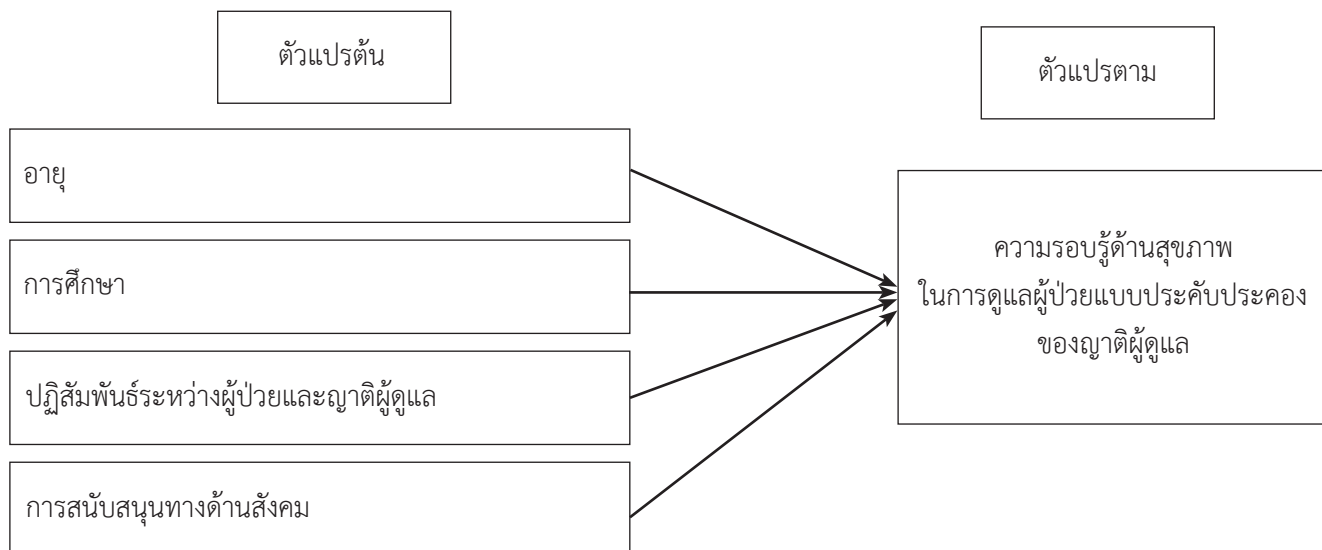
ช่องว่างจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลไม่มากนัก โดยงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาไปที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทั่วไป และมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และยังไม่ปรากฏการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลมาก่อน ซึ่งญาติผู้ดูแลเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองต้องใช้ทักษะ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิด จึงควรได้รับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และการสนับสนุนทางด้านสังคม ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และการสนับสนุนทางด้านสังคม สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานครได้



กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแนวคิดการสนับสนุนทางด้านสังคม^{7,8,14,21} จึงสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้วิเคราะห์เชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Correlational predictive research)

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และขึ้นทะเบียนรายชื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 9,304 คน²

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน = .05 ระดับความเชื่อมั่น = .80 และขนาดอิทธิพล = 0.15²² คำนวณได้ 85 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 106 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multiple stage random sampling) แบ่งพื้นที่ตามกลุ่มบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร 6 กลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ IRB-NS2020/53.0412 ลงวันที่ 2 มีนาคม 2564 และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ความเสี่ยงต่างๆ และการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงาน เข้าพบผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละแห่งที่รับผิดชอบดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกรุงเทพมหานคร และประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุข สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสมบูรณ์ หากปฏิเสธผู้วิจัยจะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอื่นทดแทน

3. ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข จะนัดหมายไปเก็บข้อมูลที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างหรือสถานที่ในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างประสงค์จะให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงดำเนินการให้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุดโดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 25 ข้อ ($\alpha = 0.897$) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ ($\alpha = 0.822$) และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง^{18,19} จำนวน 12 ข้อ ($\alpha = 0.909$)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI (Content validity index) เท่ากับ 0.92 และ 1.00 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด (try out) จำนวน 30 คน พบว่าค่า Conbrach's Alpha Coefficient = 0.897, 0.822 และ 0.909 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 106)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	26.4
หญิง	78	73.6
อายุ		
อายุเฉลี่ย	48.66	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.67	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	18 – 59	
การศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	27	25.5
โรคของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล		
โรคหลอดเลือดสมอง	38	35.8
โรคสมองเสื่อม	20	18.9
โรคมะเร็ง	14	13.2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	41	38.7

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 73.6) อายุเฉลี่ย 48.66 ปี (S.D. = 11.67) ระดับการศึกษาสูงสุดที่พบมากที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 25.5 สำหรับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญและต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นโรค

หลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 35.8) โรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 18.9) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 13.2) เช่น มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น โรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 10.4) และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 41 คน (ร้อยละ 38.7)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 106)

ตัวแปรทำนาย	1	2	3	4	5
1. อายุ	1				
2. การศึกษา	-.421**	1			
3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ	.089	.046	1		
4. การสนับสนุนทางด้านสังคม	-.127	.012	.447**	1	
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	-.141	.244*	.297**	.423**	1

ค่า *p < .05 และ **p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .244, p < .05$) ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .297, p < .001$) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางด้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .423, p < .001$) ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ($r = -.141, p > .05$)

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลแบบประคับประคอง

ตัวแปรทำนาย	B	SE _B	B	T	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	57.384	9.573		5.994	.000**
1. อายุ	-.009	.105	-.009	-.090	.929
2. การศึกษา	1.403	.586	.230	2.395	.018*
3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	.248	.196	.125	1.264	.209
4. การสนับสนุนทางด้านสังคม	.350	.095	.364	3.683	.000**

R = 0.498 ; R² = .248 ; Adj. R² = .218 ; df₁ = 4 , F = 8.335, P = .000

ค่า *p < .05, **p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุการศึกษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และการสนับสนุนทางด้านสังคม สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 24.8 (R² = .248 df = 4 F = 8.335 p = .000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การศึกษา และการสนับสนุนทางด้านสังคม สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .230, p < .05$ และ $\beta = .364, p < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่า

หากระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางด้านสังคมมากขึ้น สามารถทำนายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะเพิ่มมากขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 18-59 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 59 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง หรือวัยกลางคน²³ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = -.141, p > .05$) และปัจจัยด้านอายุก็ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ ($\beta = -.009, p > .05$) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่พบว่า อายุ ($M = 45.2, S.D. = 9.0$) สามารถทำนาย และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ($\beta = -1.87, p < .05$)¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($r = -.13, p < .05$)²⁴ ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าสามารถเข้าถึงสื่อ ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายจากหลากหลายช่องทาง²⁵ ดังนั้นหากบุคคลมีความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นเรื่องที่ญาติผู้ดูแลจะให้ความสนใจ เพราะเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ และประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร การแต่งตัว การขับถ่าย และการอาการอื่นๆ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย เป็นต้น ญาติผู้ดูแลจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลโดยใช้แหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านนี้ได้ ดังนั้นจึงอาจพัฒนาความรอบรู้ด้วยตนเองได้โดยไม่มีปัจจัยเรื่องอายุมาเกี่ยวข้อง

ตัวแปรด้านการศึกษา พบว่า การศึกษาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .244, p < .05$) และสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .230, p < .05$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในการศึกษาคครั้งนี้ญาติผู้ดูแล มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.5 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาตามกรอบแนวคิด²⁶ กล่าวว่า การศึกษาเป็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของบุคคล ทั้ง 4 ระดับ ดังนั้นการศึกษาจึงสามารถร่วมทำนาย และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการดูแลแบบประคับประคอง¹⁰ พบว่า การศึกษา สามารถร่วมทำนาย และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($\beta = .564, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่า มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าระดับมัธยมศึกษา

หรืออนุปริญญา และที่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁷ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .446, p < .001$)⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .209, p < .01$)¹² สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 30.4 ($R^2 = .304, p < .05$)¹³ และการศึกษาของผู้ดูแลความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .314, p < .05$)²⁴ ในต่างประเทศ ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .480, p < .001$) และสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r^2 = .623, p < .001$)²⁸ กล่าววาระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .297, p < .001$) แต่ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .125, p > .05$) ในงานวิจัยนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ จะเป็นบุตร ร้อยละ 38.7 รองลงมาสามี/ภรรยา ร้อยละ 19.8 และน้อยที่สุดเป็นบิดา/มารดา พี่/น้อง ร้อยละ 8.5 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลูกหลานที่รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 60.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 38.87, S.D. = 7.64)²⁹ ซึ่งญาติผู้ดูแลในการศึกษาคครั้งนี้ อายุเฉลี่ย 48.66 ปี อยู่ในยุคของการพัฒนาด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่เสมอ สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็ว และเชื่อมั่นในตนเองสูง รวมไปถึงการเข้าถึงสื่อต่างๆ ในการหาข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้หลากหลายช่องทาง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ออนไลน์ต่างๆ และอินเทอร์เน็ต ซึ่งแตกต่างไปจากยุคสมัยก่อน และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ให้การดูแลมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับการแนะนำข้อมูลต่างๆ จากบุคลากรทางสุขภาพ หรือจากอาสาสมัครสาธารณสุข จนเกิดความเข้าใจในการดูแลแบบประคับประคอง³⁰ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าการติดต่อสื่อสารกับ

บุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .21, p < .05$)¹⁵ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.04, p < .05$)³¹

ปัจจัยการสนับสนุนทางด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด คือ การสนับสนุนทางด้านสังคม โดยสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .461, P < .05$) ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ พบเพียงการศึกษาที่ใกล้เคียง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .269, p < .01$)²⁴ ต่างประเทศได้ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²⁰

ดังนั้นเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยนี้ คือ การศึกษา และการสนับสนุนทางด้านสังคมของญาติผู้ดูแล สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = .248, df = 4, F = 8.335, p = .000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรต้นบางตัวไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานครได้ เสนอให้กำหนดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแล

2. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเฝ้าระวัง เมื่อไปเก็บข้อมูลกับญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าบ้านของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจส่งผลในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล เช่น ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญอื่นที่นอกเหนือจากงานวิจัยชิ้นนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้

2. พัฒนาต่อยอดในรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมการสนับสนุนทางด้านสังคม และให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้แก่ญาติผู้ดูแลมากขึ้น

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลได้ ซึ่งควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชนต่อไป เพื่อทราบรายละเอียดที่ชัดเจนในเชิงลึก รวมถึงเป็นการยืนยันผลการวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินการต่อไป

References

1. World Health Organization. Palliative Care: symptom management and end-of-life care. WHO Publications. 2019.
2. Division of Public Health Nursing. Statistics of the family caregiver in Bangkok. 2020. (In Thai).
3. Pairajkool S. Palliative Care for Thais. Journal of National Health Security Office. 2019; (8): 4-5. (In Thai).
4. Kanchanachari O, Sirapo-ngam Y, Monkong S. Roles and Needs of Caregivers for Patients with End of Life in a Specific Setting for Palliative Care. Ramathibodi Nursing Journal. 2017; 23(3): 328-43. (In Thai).
5. Laiad J, Saisamorn C. Trend of Palliative Care in the Bachelor of Nursing Science Curriculum. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1): 22-8. (In Thai).

6. Yuen E.YN, Dodson S, Batterham R, Knight T, Chirgwin J, and Livingston P. Development of a conceptual model of cancer caregiver health literacy. *European. Journal of Cancer Care*. 2018; 25: 294-306.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072-78.
8. Division of Health Education, Ministry of Public Health. Strengthening and assess health literacy and health behaviors. (Revised Edition). Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2018. (In Thai).
9. Madican K, Oba N, Supametapor P. Factors Related to Health Literacy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2020; 14(1): 38-53. (In Thai).
10. Anon S, Chanandchidadussadee T and Wannarat L. Factors Influencing Health Literacy among Family Caregivers of Chronic Disease Patients in Community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019; 37(2): 55-62. (In Thai).
11. Chang H.L, Li F.S. and Lin C.F. Factor influencing implementation of shared medical decision making in patient with cancer. *Patient Preference and Adherence*. 2019; 13: 1995-2005.
12. Kanthawee P, Pongpanich S. The study of health literacy among elderly people, Pa-teung Sub-district, Mae Chan District, Chiang Rai Province. *Chiang rai Medical Journal*. 2019; 11(1): 73-83. (In Thai).
13. Auttama N. and Seangpraw P. Factors Predictor Health Literacy among Older Adults with Risk Hypertension Disease, Phayao Province. *Journal of Health Education*. 2019; 42(2): 75-85. (In Thai).
14. Sullivan H. S. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton, 1953.
15. Buttapim S, Wanitkun N, Sindhu S, Kasemsarn C. Predictive factors of patients' quality of life three months after post coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2018; 29(2): 127-40. (In Thai).
16. Eileen K. Fry-Bowers. The Association of Health Literacy, Social Support, Self-Efficacy and Interpersonal Interactions with Health Care Providers in Low-Income Latina Mothers. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014; 29(4): 309-20. doi:10.1016/j.pedn.2014.01.006
17. Mancuso J.M. Health literacy: a concept/ dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*. 2008, 10(3): 248-55.
18. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988, 52(1): 30-41.
19. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Sirirak T, Arunpongpaissal S, Zimet G. Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. *Aging and Mental Health*. 2018; 22(9): 1149-54.
20. Yongnan Li, Lanying Hu BS, Xin'e Mao MD, Yijing Shen MD, Huiping Xue MD, Ping Hou MD, and Yongbing Liu. Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*. 2020; 41: 600-7.
21. House, J. S. Work Stress and Social Support. Reading. Mass: Addison-Wesley. 1981.
22. Sang-Un Park et al. Factors Influencing Caregiver Reaction among Family Caregivers for Persons with Cancer. *Journal of Digital Convergence*. 2019; 17(3): 291-304.

23. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. Vital involvement in old age. New York: Norton. 1986.
24. Choothong C. The relationship between health literacy, health behaviors and accessing to universal coverage scheme among care giver elderly with co-morbidity. Journal of Nursing Division. 2020; 47(1): 61-75. (In Thai).
25. Norasing M, Thanomphan S. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakornping hospital, Chiang Mai. Journal of Nakornping Hospital. 2019; 10(1): 36-50. (In Thai)
26. Manganello J.A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. 2008; 23(5): 840-47.
27. Maiphom S, Leemingsawat W. Health literacy of caregivers of children with epilepsy. Journal of Sports Science and Health. 2020; 21(2): 269-82. (In Thai)
28. Huei-Lan Chang, Fang-Shan Li and Chiou-Fen Lin. Factors Influencing Implementation Of Shared Medical Decision Making In Patients With Cancer. Patient Preference and Adherence. 2019; 13: 1995-2005.
29. Kaewphanna S, Wirojratana V, Chanruangvanich W. The relationships between patient's health status, mutuality, preparedness and caregiver role strain in caregivers of older persons with advanced cancer receiving palliative care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 183-92. (In Thai)
30. Wittenberg E., Goldsmith J. V., Ferrell B. and Ragan S. L. Promoting Improved Family Caregiver Health Literacy: Evaluation of Caregiver Communication Resources. Psycho-oncology. 2017; 26(7): 935-42.
31. Wittenberg E., Goldsmith J. V. and Kerr A. M. Variation in health literacy among family caregiver communication types. Psycho-Oncology. 2019; 28: 2181-287.

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

Nurses' Experiences of Caring for Patients with COVID-19

พิมพ์วิมล ยงใจยุทธ* อารีวรรณ อ่วมตานี

Pimwimon Yongchaiyoot* Areewan Oumtanee

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Martin Heidegger ผู้ให้ข้อมูล คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 โรงพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนมกราคม 2563 -กรกฎาคม 2564 จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกเทป ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม และนำมาข้อมูลที่ได้ออกแบบคำต่อคำวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความหมายตามวิธีการของแวน มาเนน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามวิธีการของลินคอล์น และกูบา

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แบ่งเป็น 7 ประเด็น ดังนี้ 1) ดูแลด้านร่างกายให้สุขสบาย 2) ให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับโรคร้าย 3) อาการเปลี่ยนแปลงไว ต้องติดตามไว้ตลอดเวลา 4) สิ่งใดที่ปรารถนา เต็มใจหาจัดมาให้ 5) ใส่ใจตรวจสอบและประสานสิทธิ์การรักษา 6) ช่วยเจรจาประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ 7) วาระสุดท้าย ต้องร่วมด้วยช่วยดำเนินการ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วย, พยาบาล, ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

Abstract

The purpose of this study is to describe nurse's experiences of caring for patients with COVID-19. Martin Heidegger was applied as a research methodology. Study informants were 15 nurses working at COVID-19 units in a selected hospital, during January 2021-July 2022. In-depth interview with tape-record with fieldnote were use as data collection method. All interviews were transcribed verbatim and analyzed by using content analysis of van Manen's method, Verify the reliability of the information according to the methods of Lincoln and Guba

The findings of nurse's experiences of caring for patients with COVID-19 consist of 7 themes including 1) providing physical comfort to patients 2) giving psychological support to fight with vigorous disease 3) requiring closed monitoring due to unpredictable changes of signs and symptoms 4) providing things as patients' needs, 5) paying attention of patients' health coverages 6) negotiating for assistance with health related department and 7) taking care the last moment of patient's life with other health related

Keyword: Nursing care, Nurses' experiences, Patients with Covid-19

Corresponding Author: *E-mail: pimwimon_y@hotmail.com

วันที่รับ (received) 2 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accept) 1 ส.ค. 2565

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “โรคโควิด 19” ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดการแพร่กระจายขึ้นอย่างรวดเร็วและขยายตัวเป็นวงกว้างไปทั่วโลก โดยจุดเริ่มต้นการระบาดของโรคโควิด 19 นี้ ถูกประกาศอย่างเป็นทางการโดยรัฐบาลจีนตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ซึ่ง รัฐบาลจีนระบุว่า มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ตลาดค้าสัตว์ป่าเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน จากนั้นการแพร่ระบาดได้กระจายไปในหลายพื้นที่ทั้งในและนอกประเทศจีน องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของโรคโควิด 19 แพร่กระจายตัวอย่างรวดเร็ว จึงได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เข้าสู่ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และประกาศให้เป็นโรคระบาด (Pandemic) กระจายไปทั่วทุกภูมิภาค ในวันที่ 11 มีนาคม 2563¹ สำหรับประเทศไทยพบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เริ่มแพร่เข้าสู่ประเทศตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม 2563 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงอันตรายจากการระบาดของโรคติดต่อดังกล่าว จึงได้ออกประกาศให้ “โรคโควิด 19” เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อพ.ศ. 2558 ของประเทศไทย หลังจากนั้นรัฐบาลจึงได้ออกประกาศภาวะฉุกเฉินทั้งประเทศ เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น โดยได้มอบหมายให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้²

ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์กลายเป็นด่านหน้าในการรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่สำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 อย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ สามารถติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ และการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่งในระยะแรกยังไม่ทราบการรักษาที่แน่นอน และผู้ติดเชื้อบางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต³ โดยพยาบาลจะต้องใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงโรคโควิด 19 เป็นโรคใหม่ที่ยังมีการถกเถียงกันทั้งยาที่

รักษาและวัคซีนที่ใช้ในการป้องกันโรคโดยเฉพาะ⁴ การดูแลจึงมีความเฉพาะและแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จะพบว่ามีการวิจัยกล่าวถึง พยาบาลต้องทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน^{5,6} คอยติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จนเกิดความกลัวว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ทัน⁷ แม้ว่าจะมีรายงานการวิจัยในต่างประเทศ จำนวนหนึ่งแล้ว แต่การรับมือกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในแต่ละประเทศย่อมมีความแตกต่างกัน เนื่องจากอยู่ในเหตุการณ์ที่มีความต่างทั้งเวลาและสถานที่ ย่อมทำให้ได้ข้อค้นพบที่มีความเฉพาะ ไม่สามารถอ้างอิงปรากฏการณ์จากสถานที่แห่งหนึ่งใช้กับสถานที่แห่งอื่นได้ นอกจากนี้พยาบาลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และการรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีความแตกต่างจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่ออื่นที่ผ่านมา เนื่องจากมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมากเกินกว่าที่จะรับมือได้เหมือนโรคระบาดอื่นๆ ดังนั้น การศึกษาประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของโรงพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อจึงมีความน่าสนใจที่จะศึกษาเชิงลึกด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้องค์ความรู้เชิงลึก และข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการบริหาร การรู้ถึงประสบการณ์พยาบาลทำให้ผู้บริหารทางการพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านต่างๆ เพื่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 หรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ของมาร์ตินไฮเดกเกอร์⁸ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ในหอผู้ป่วยติดเชื้โควิด 19 จำนวน 15 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1) เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้โควิด 19 ในโรงพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้หนึ่ง ปฏิบัติงานระหว่างเดือน มกราคม 2563-กรกฎาคม 2564 และ 2) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวแล้ว⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัย คือ เครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) เครื่องบันทึกเสียง 1 เครื่อง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึกชื่อ นามสกุล ประสบการณ์การทำงาน ในวิชาชีพพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้โควิด 19 ประเภทหอผู้ป่วยติดเชื้โควิด 19 3) แบบบันทึกภาคสนามใช้แบบบันทึกเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์ 4) แบบสัมภาษณ์เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูล แนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้กำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดของการดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นแนวคำถามอย่างกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย คำถามเกริ่นนำ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โควิด 19 โดยเริ่มต้นด้วยการทำความรู้จักกับปรากฏการณ์เริ่มต้นเข้ามาทำงานในหอผู้ป่วยติดเชื้โควิด 19 ได้อย่างไร มีการเตรียมตัวอย่างไร แล้วตามด้วยคำถามหลักเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ขณะที่ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจะจดประเด็นที่สำคัญๆ ของการดูแล เช่น การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เป็นต้น และใช้คำถามรอง เป็นการถามเชิงลึก โดยเน้นคำถามเกี่ยวกับใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ทำไม และเพราะอะไร รวมถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสโครงการ 108.1/64 ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2564 แล้วจึงขอดำเนินการขอการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลที่เป็นสนามวิจัย รหัสโครงการ R023h/64_ExPD ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2564 หลังจากนั้นเมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลที่ศึกษา เมื่อได้รับความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ให้กับฝ่ายวิชาการผู้ทำหน้าที่ประสานงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยติดเชื้โควิด 19 เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการระบุชื่อ เบอร์โทรศัพท์ ของพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อนดำเนินการโดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และอธิบายให้ทราบถึงแนวคำถามวิธีการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทป การจดบันทึกรายละเอียดต่างๆ ขณะการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลก่อนสัมภาษณ์ และผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล รวมถึงรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด โดยจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หลังจากนั้นจึงขอผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย และทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนดเอง โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เลือกสัมภาษณ์หลังจากเลิกจากการปฏิบัติงาน และสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกเป็นห้องพักพยาบาลที่มีลักษณะปิดและมีความเป็นส่วนตัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำการติดต่อเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้โควิด 19 ตามรายชื่อ เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยให้ลงนามเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสัมภาษณ์ โดยการทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไป และใช้ภาษาที่เป็นกันเอง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพเดียวกับผู้วิจัย ทำให้มีความรู้สึกเหมือนเพื่อน รุ่นพี่รุ่นน้องที่มีความไว้วางใจและคุยกันง่ายขึ้น จึงทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ มีความเป็นธรรมชาติ ไม่เคร่งเครียด มี

สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด 15 ราย รายละ 1 ครั้ง ระยะเวลาแต่ละรายเฉลี่ย 75 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของแวน มาเนน (Van Manen)¹⁰ โดยการเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูล จะถูกดำเนินการไปพร้อมๆ กัน จนไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดทั้งหมด ดังนี้ 1) การให้ความสนใจในธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เริ่มจากการสนใจว่าผู้ให้ข้อมูล เริ่มต้นเข้ามาทำงานได้อย่างไร มีการเตรียมตัวอย่างไร 2) การสำรวจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่เรามีชีวิตอยู่กับการประสบการณ์นั้น โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยใช้คำถามเปิดประเด็นที่สนใจ 3) การสะท้อนประเด็นสำคัญ เริ่มต้นจากการมองภาพรวม ค้นหาและเน้นส่วนสำคัญ แล้วจึงให้รหัสข้อมูลเพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ นำข้อมูลที่คล้ายกันมารวมกัน 4) การบรรยายปรากฏการณ์ผ่านศิลปะการเขียนและการทบทวนการเขียน เพื่อถ่ายทอดข้อมูลออกมาให้ได้มากที่สุด

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยลินโกลนและกูปา (Guba and Lincoln)¹¹ ดังนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ ร่วมกับข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม ที่ผู้วิจัยกระทำภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผลการตรวจสอบพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดทำให้ข้อมูลที่ได้ถูกต้อง และมีความน่าเชื่อถือ 2) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) หลังการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ผู้วิจัยได้นำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบบทสัมภาษณ์ของตนเอง พบว่าไม่มีการทักท้วงหรือขอปรับแก้ไขข้อมูล 3) การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ผู้วิจัยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดเห็นว่าประเด็นที่ได้ครบถ้วน แต่ต้องปรับคำบางประเด็นและเรียบเรียงผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้อ่านแล้วเข้าใจง่ายขึ้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีดังนี้

1) ดูแลด้านร่างกายให้สุขสบาย เมื่อผู้ป่วยถูกนำส่งมายังหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 พยาบาลจะเริ่มประเมินอาการและรับเหมือนผู้ป่วยทั่วไป แต่จะให้ความสำคัญกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในเรื่องของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการติดเชื้อโควิด 19 จะมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของปอด ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ จึงต้องมีการประเมินระดับออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง สำหรับการดูแลด้านร่างกายทั่วไป จะเน้นความสุขสบายของผู้ป่วย รวมถึงสุขลักษณะทั่วไปของร่างกาย ผู้ป่วยบางรายเมื่อได้รับยา Favipiravir ซึ่งเป็นยาต้านไวรัส ส่งผลข้างเคียงทำให้มีอาการถ่ายเหลว บางรายขับถ่ายตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องคอยดูแลทำความสะอาดเพื่อป้องกันการเปื้อนของบริเวณขับถ่าย นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจ ไม่สามารถนอนหงายได้ พยาบาลจะให้การพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ แม้ว่าจะมีความยากลำบากในการทำหัตถการ แต่พยาบาลก็ยินดีที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายมากกว่าจะให้ผู้ป่วยนอนหงายเพื่อทำหัตถการหรือในบางกรณีที่ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรม ต้องนอนบนเตียงไม่ทำกิจกรรมใดๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน พยาบาลก็จะเข้าไปดูแลกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง เช่น การเช็ดตัว การป้อนอาหาร บางรายอาจให้อาหารทางสายยาง การให้ยา การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ เพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดการใช้ออกซิเจน

“เราก็เปลี่ยนเสื้อผ้า ประเมินผู้ป่วยตามสภาพร่างกายเลย มีแผลไหม มีรอยกดทับตรงไหน มี option อะไร แล้วก็ซักประวัติตามแบบแผน Gordon ถ้าคนไข้ให้ไม่ได้ก็ซักผ่านญาติแทน เราต้องทำทุกอย่างประเมินการหายใจ ว่าหายใจใช้กลัมน้ำหนักท้องไหม Oxygen เท่าไหร่ V/S เป็นยังไงหายใจอยู่เท่าไร มีมูกบานไหม นู่นนี่นั่นทุกอย่างประเมินหมดเลย แล้วถ้า sign มันไม่ได้ก็ต้องให้ Oxygen support เลยประมาณนั้น” [N8T1P8]

“หลักๆ ก็คือเราทำตามคำสั่งแพทย์ มันมีหน้าที่มันมี 2 อย่าง หน้าที่อิสระกับหน้าที่ตามคำสั่งของแพทย์ ก็คือแพทย์สั่งยาล้างหัตถการ เราก็ทำตามนั้น มีหน้าที่เช็ดให้มันถูกต้อง คนไข้ได้ครบ แล้วก็ดูผลข้างเคียงถ้าเป็นยา ด้านอื่นงานของพยาบาลพวกดูแล hygiene care ทั่วๆ ไป ...คนไข้ที่เป็นหนักมาก จะต้องยอมอยู่เฉยๆ บนเตียงแล้วให้เราดูแล คนไข้ก็เรียบร้อยนะ ไม่ได้ ไม้อะไร ยิ่งช่วงแรกที่เราเฝ้าลองยาเนอะ ยา

สารพัดอา พวกยาต้านไวรัส ยา Favipiravir คนไข้ถ่ายจนสาหัส จนมันไม่ไหวอามันไหลออกตลอด เราก็ต้องรีบไปเปลี่ยน ไม่นั่นมันจะเปียก เราก็อยากให้คนไข้สุขสบาย...คนไข้ที่เราให้ยา ด้านเยอะๆ คนไข้จะถ่ายตลอดเวลา อึตลอดเวลา แล้วก็เปลี่ยนบ่อย เราเข้าไปตลอดเลย ก็คือถ่ายปุ๊บคุณสมารถกดอ้อมมา เราทำให้หมดอาบน้ำ เช็ดตัวโดยไม่รังเกียจ ทำให้เค้าสุขสบาย” [N2T1P8]

2) ให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับโรคร้าย เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 ต้องนอนอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน และไม่สามารถพบญาติได้ตลอดช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษานี้ เนื่องจากผู้ป่วยโควิด 19 บางรายเข้ารับการรักษาร่วมครอบครัว แต่เมื่อถึงเวลารักษาหายกลับบ้าน ผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนเดียวในครอบครัวที่ได้กลับบ้าน ที่เหลือเสียชีวิตหมด พยาบาลจึงต้องคอยให้กำลังใจ คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึก เพราะผู้ป่วยโควิด 19 จะแตกต่างจากผู้ป่วยโรคอื่นตรงที่ ผู้ป่วยจะต้องพักรักษาตัวอยู่คนเดียว ไม่สามารถให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทเป็นผู้รับฟังปัญหา พูดคุยเป็นเพื่อน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างเปิดเผย และเป็นกันเอง ผู้ป่วยบางรายรู้สึกท้อแท้ พยาบาลจะคอยดูแลให้กำลังใจ บอกให้ผู้ป่วยนึกถึงครอบครัวที่อยู่ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาต่อไป บางรายเครียดมาก เนื่องจากกลัวตาย เมื่อเครียดก็ทำให้นอนไม่หลับ พยาบาลก็ต้องโทรศัพท์ให้กำลังใจทุกวัน

“...เขาก็เครียดมาก เครียดกับชีวิต เขากลัวเขาตาย เพราะว่าเขาก็ toxic กับชีวิตมาก ตาเป็นหมื่นพันตำ นอนไม่ได้ พี่โทรไปให้กำลังใจทุกวัน แล้วก็พี่จะเข้าไปคุยกับเขาทุกวัน เวลาเข้าไปก็ให้กำลังใจเค้าบอกว่าน้องๆ ถ้าน้องท้อแท้ สารที่ไม่ดีมันจะหล่นออกมา แต่ถ้าเรามีความสุขเดี๋ยวก็หาย เราต้องเชื่อมั่นว่าเราต้องหายนะ เราต้องกิน กินไม่ได้ เราก็พยายามกิน เดี่ยวพี่ซื้อน้ำมะนาวมาให้กินทุกวัน พี่ก็ซื้อน้ำมะนาวปั่นมาให้เขากินทุกวันแล้วเขาก็ดีขึ้นนะ น้องคนนี้อยู่เกือบเดือน” [N15T1P10]

“คนไข้โควิดเขาน่าสงสารนะ มันเป็นเรื่องที่ปัจจุบันทันด่วน แล้วเป็นโรคที่ตายเดียวตายอะ ลูกไม่ได้มาดู งานศพแทบไม่ได้ไป เพราะทุกคนโดนกักตัว ต้องอยู่โรงพยาบาลกันหมด อย่างบางครอบครัวอยู่กัน 3 คน พ่อ แม่ ลูก แล้วติดโควิดกันทั้ง 3 คน ทายอดตายไปทีละหนึ่ง มันน่าสงสารมาก เราก็บอกเขาไม่ได้ ลูกนอนอยู่ห้องนี้ พ่อนอนอยู่ห้องข้างๆ เขาไม่รู้เลยว่าพ่อเค้าตายแล้ว เราเองก็กลัวจะพุดยังงี้ ต้องแบบให้เขาดีขึ้นก่อนอะถึงจะพอบอกได้ เราต้องให้กำลังใจบอกให้เค้าต้องสู้ต่อไป เพราะ

จิตใจมีผลจริงๆ นะ คนไข้บางคนพอรู้ว่าคนในครอบครัวตายจิตใจเลยไปเลย คือน่าสงสารนะ เหลือกลับบ้านตัวคนเดียว พ่อแม่ตายหมด น่าสงสารจนไม่รู้จะบอกว่าไง แล้วงานศพพ่อแม่เขาก็ไม่ได้ไป ต้องให้ญาติๆ เก็บกระดูกให้แทน” [N1T1P16]

3) อาการเปลี่ยนแปลงไว ต้องติดตามไว้ตลอดเวลา การดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย เช่น วันนี้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่พรุ่งนี้อาการผู้ป่วยอาจแย่ลง ทำให้พยาบาลไม่สามารถคาดการณ์แนวโน้ม หรือคาดการณ์ผลการรักษาได้ พยาบาลต้องมีการตื่นตัวและเตรียมพร้อมตลอดเวลาในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ช่วยเหลือได้ทันที แต่บางกรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงกะทันหัน ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ทัน ทำให้พยาบาลรู้สึกสะเทือนใจเสมือนสูญเสียญาติตนเอง บางรายกล่าวว่า ขณะขึ้นปฏิบัติงาน มีผู้ป่วยหยุดหายใจหลายราย พยาบาลต้องช่วยฟื้นคืนชีพตลอดเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงาน

“...การดูแลคนไข้โควิด มันก็แตกต่างจากการดูแล med ทั่วไปคือ โควิดนี้มันเหมือนกับที่เราคาดหวังอะไรไม่ได้เลยคือ med เนี่ยเรายังแบบดูเขาเรียกว่าอะไรดูแนวทางการรักษาของหมอยังแบบค่อนข้างที่จะรู้ว่าเวลานี้จะมีโอกาสดีขึ้นเป็นstepอย่างนี้ แต่พอเป็นเคสโควิดอะ วันนี้ดีขึ้น พรุ่งนี้แย่ลง วันนี้ดีขึ้น พรุ่งนี้ตาย ก็จะเป็นอย่างนี้ โควิดเป็นอะไรที่คาดหวังไม่ได้จริงๆ มันดูยาก มันทำให้เราต้อง alert ตลอดเวลา เราเลยต้องดูแบบดูใกล้ชิดทุกเคสทุกรายเลย” [N3T1P12]

“บางทีคนไข้อาการไม่นิ่งอะนะ มันต้อง alert ตลอด มีทั้งการปรับยา sedation ให้ Inotrope ทุก 15-30 นาทีอย่างนี้ต้องเข้าตลอดอย่างนี้...ถ้าไม่ stable ก็ยื่นเข้าเลยนะสว่าง คาคาเหมือนกัน เพราะว่าถ้ามี arrest พี่มี 2 คนภายในคืนเดียว คนไข้มันบอกอะไรแน่นอนไม่ได้” [N8T1P18]

4) สิ่งใดปรารถนา เต็มใจหาจัดมาให้ พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ตลอดระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้ที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกอย่างเท่าที่ทำได้ เช่น ผู้ป่วยบางรายขอให้ช่วยชาร์ตแบตเตอรี่โทรศัพท์ ช่วยตั้ง wifi โทรศัพท์ หรือบางรายมีปัญหาเรื่องอาหารไม่ถูกปาก พยาบาลจะคอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก แนะนำให้ผู้ป่วยบอกญาติสั่งอาหารมาส่งที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นพยาบาลจะนำอาหารไปส่งให้ผู้ป่วย หรือหากผู้ป่วยไม่ทราบวิธีสั่งอาหารจากข้างนอก

ผ่านบริการขนส่งต่างๆ พยาบาลจะดำเนินการให้

“บางครั้งที่เราที่ต้องเข้าห้องคนไข้บ่อยๆ คนไข้บางคนก็กดออด (หัวเราะ) หนูมาซัดแบดให้ป้าหน่อย (หัวเราะ) อย่างนี้ หนูป้าทำของตก เก็บหน่อย ปวดหัว หนูมาตั้งโทรศัพท์หน่อย ป้าตั้งไวไฟไม่เป็น อย่างนี้ เราช่วยทุกอย่างเลยเท่าที่ทำได้... พวกพี่ดูแลคนไข้ทุกอย่าง support ทุกเรื่องก็เหมือนกับว่าลูกๆกลับบ้านแล้วกลับประเทศแล้ว เราก็พยายามช่วยเรื่องความสะดวกสบายให้เค้าอีกทางหนึ่ง ติดต่อขอ wifi ให้ คนไข้บางคนมาบอกว่ามือถือใช้ขิมไทยไม่ได้ เราก็ไปหาขิมให้คนไข้มาใช้เพื่อช่วยให้เค้าสะดวกสบายที่สุด” [N1T1P13]

“...ดูแลสิ่งอำนวยความสะดวก ก็สมมติว่าบางคนอย่างนี้เขาสั่งแกรปส์อะไรไม่เป็นอย่างนี้เนอะคือบางทีคืออย่างว่าลูกหลานสั่งให้ได้ก็จะบอกไว้ว่า “ลุงลุงโทรบอกลูกบอกอะไรอย่างนั้นนะ อยากกินอะไรให้คนที่บ้านสั่งของมาให้ที่ตึกง่ายจังค์อะไรเสร็จเดี๋ยวหนูรับมาให้ ญาติเข้ามาไม่ได้ก็กดออดข้างหน้าให้เขาบอกว่ามาส่งอาหารให้ใครซื้ออะไรก็จะรับมาให้ อยากได้อะไรอะไรอย่างนี้ก็พวกบางคนปากมันรับรสไม่ได้เนอะก็กินไม่อร่อย อาหารโรงพยาบาลก็จัดอะอย่างนั้นอะคะ ก็ช่วยในเรื่องอาหารไปแล้วก็เครื่องนุ่งห่มอะไรพวกนี้ก็ถ้าหนาวอะไรพวกนี้ก็จะให้เอาของโรงพยาบาลมาให้เพราะว่าได้ลดการติดเชื้อคือบางคนติดจากบ้านอะเนอะมันก็เอาเชื้อออกอีกอย่างนี้ก็จะไม่ให้เอาของใช้อะไรมาจากบ้านคะ” [N3T1P11-12]

5) ใส่ใจตรวจสอบและประสานสิทธิ์การรักษาในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลจะคอยช่วยตรวจสอบสิทธิการรักษาว่า ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ใดในการรักษาโรคโควิด 19 หากผู้ป่วยแจ้งว่าชำระเงินสด พยาบาลจะประสานงานไปยังส่วนงานประกันสุขภาพ และช่วยรวบรวมข้อมูลเพื่อช่วยในการดำเนินการ ติดต่อประสานไปที่โรงพยาบาลต้นสังกัดของผู้ป่วย เพื่อแจ้งให้มารับผู้ป่วยไปรักษาต่อ หรือหากโรงพยาบาลต้นสังกัดไม่สะดวก พยาบาลจะแจ้งศูนย์ประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเพื่อจะประสานงานในการรับรักษาดูแลต่อ เพื่อลดความกังวลใจของผู้ป่วย ทั้งเรื่องอาการป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคโควิด 19 ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ถ้าคนไข้มาถึง...[โรงพยาบาล] เรื่องสิทธิ์ก็หลักๆที่เป็นคนดูแล สิทธิ์ก็คือเราต้องเช็คให้ได้ว่ามีสิทธิ์อะไร บัตรทองใช้ไหม ต้องหาสิทธิ์ให้ได้ ถ้าคนไข้บอกจะจ่ายเงินสดจ้ะ พี่จะถามเลยว่ามีสิทธิ์จริงๆ อยู่ที่ไหน เป็นประกันสังคมหรือเปล่า เพราะเขาจะต้องเสียเงินเยอะ เราก็ประสานไปงานประกันสุขภาพให้ทำหน้าทีนี้ติดต่อไปที่โรงพยาบาลต้นสังกัดให้ว่าคุณจะมารับคนไข้

ไปหรือคุณจะให้เรารักษา พี่มองว่าเรื่องสิทธิ์สำคัญ เพราะว่ารักษาโควิดค่าใช้จ่ายเยอะ ไหนจะป่วยด้วย ไหนจะกังวลเรื่องเงินอีก หลักๆพี่จะบอกคนไข้ไม่ต้องกังวล บางคนเขาไม่อยากไปตามสิทธิ์ก็มีนะ พี่ก็ต้องบอกไม่อยากไปเดี๋ยวค่าใช้จ่ายมันเยอะ แค่ว่า PPE ก็เยอะแล้วอะไรจ้ะ ก็บอกให้เขาเข้าใจ แต่ถ้าสิทธิ์มีปัญหาเราก็จะแจ้งศูนย์ประกันสุขภาพ...[โรงพยาบาล]ให้ ทางโน้นเขาจะเป็นคนติดต่อไปที่หน่วยงานต้นสังกัดพวกประกันสังคมอะไรจ้ะ พวกพี่เคลียร์ไม่ได้ แต่ก็ช่วยทำหน้าที่รวบรวมอาการข้อมูลให้เขาไปช่วยดำเนินการให้คนไข้” [N2T1P23]

6) ช่วยเจรจาประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่บนหอผู้ป่วยโควิด 19 ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติหน้าที่ โดยนำศาสตร์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมาประยุกต์กับข้อมูลของผู้ป่วยให้เกิดการวางแผนทางการรักษา ควบคู่กับการใช้ศิลปะการสื่อสาร เพื่อการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีและครบถ้วนที่สุด เช่น เมื่อผู้ป่วยพ้นตัวจากการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง (High flow) พยาบาลจะประสานงานไปยังหน่วยงานกายภาพ มาสอนแนะนำวิธีใช้อุปกรณ์ที่ใช้ฝึกการหายใจ (Tri-flow) เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือประสานงานกับหน่วยโภชนาการ เพื่อสอนญาติเกี่ยวกับการทำอาหารเหลวที่ให้ทางสายยาง สำหรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือกรณีผู้ป่วยเป็นปอดอักเสบ (Pneumonia) นอนเตียงนานๆ แขนขาไม่มีแรง พยาบาลจะประสานงานกับนักกายภาพ มาช่วยเคาะปอด ช่วยฟื้นฟู ดูแลก่อนกลับบ้าน ดังคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“...แล้วก็คนไข้ที่พ้นตัวจาก High flow (การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง) ทางเราจะประสานทางกายภาพมาคอยช่วย ก็จะมีมาคอยดู triFlow (อุปกรณ์ที่ใช้ฝึกการหายใจ) คือเขามาสอนแนะนำวิธีคนไข้แล้วก็มาบอกเราว่าให้ทำยังไงต่อ คนไข้ฝึกเดิน 6 นาทีนะ จะได้ประเมินแล้วกลับบ้านได้แล้วก็มาแนะนำเรื่องวิธีการให้เราไปฝึกอะไรกับคนไข้ต่ออย่างนี้คะ มันก็เป็นการวางแผนจำหน่ายให้คนไข้ได้ไปฝึกจะได้กลับไปใช้ชีวิต” [N4T1P7]

7) วาระสุดท้าย ต้องร่วมด้วยช่วยดำเนินการ เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 ได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องต่อสู้กับความไม่แน่นอนของอาการที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่พบยารักษา การดำเนินของโรคจึงไม่อาจคาดการณ์ได้ พยาบาลในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ถือเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่ทำกรักษา

จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต แม้ว่าโรคโควิด 19 จะเป็นโรคติดต่ออันตราย งดการเยี่ยมผู้ป่วยทุกกรณี แต่เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาล จะอนุโลมให้ครอบครัวได้ร่ำลาผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย โดยยึดหลักการป้องกันการติดเชื้อเช่นเดียวกับแนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย และช่วยเหลือ ตามความประสงค์ของญาติที่ต้องการให้พยาบาลช่วยทำให้พยาบาลยินดีและเต็มใจที่จะจัดหาให้ผู้ป่วย เช่น การเปิดธรรมะ หรือรับฝากสิ่งของจากญาติเพื่อนำมา給ผู้ป่วย เช่น การนำพวงมาลัยมา給ผู้ป่วย การนำชุดสังฆทานมา給ผู้ป่วย เป็นต้น ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ถ้าเป็นเคสพวกใส่ท่ออะไรอย่างนี้เราก็จะประสานกับญาติอยากดูอยากเจอคนไข้บ้างไหมให้ปรึกษาคุณหมอได้มีโอกาสมาดูคนไข้ระยะสุดท้ายช่วงเวลาสุดท้ายก็อย่างน้อยก็ได้ดูหน้าห้อง anteroom อะไรอย่างนี้ค่ะ อยากฝากพวงมาลัย อยากฝากวิทยุธรรมะเทปอะไรมาให้เรายินดีเป็นสื่อกลางตรงนี้ให้เขาได้มีโอกาสอะไรได้ทำกับคนไข้ครั้งสุดท้าย หรือว่าบางคนก็จะอย่างที่บอกเหมือนที่เคยเห็นอะค่ะ ก็คือโทรศัพท์เอามาวางบนเบาะแล้วก็ลูกแม่โทรคุยกันอะไรอย่างนี้ได้คุยได้บอกกล่าวได้บอกลากันครั้งสุดท้าย” [N4T1P6]

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แบ่งเป็น 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นดูแลด้านร่างกายให้สุขสบาย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื่อโควิด 19 ต้องดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือทุกเรื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัว โดยเมื่อผู้ป่วยโควิดเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย พยาบาลมีการประเมินร่างกาย ซักถามประวัติ ตรวจดูร่างกาย รอยขีด แผลกดทับต่างๆ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ เพื่อดูภาวะผิดปกติ อาการหายใจเหนื่อยหอบ ดูแลสุขอนามัยให้แก่ผู้ป่วยและช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์โควิด ของประเทศจีน⁶ ที่พบว่า พยาบาลคือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วย ดูแลระบบทางเดินหายใจ รวมถึงช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโควิด 19 เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย การดูแลช่องปาก เป็นต้น

ประเด็นให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับโรคร้าย จะเห็นได้ว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยติดเชื่อโควิด คือ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ตลอดระยะเวลาของการพักรักษาตัว พยาบาลจึงกลายเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกอัดอั้น ความซึ้ง ซึ้งหมองใจ ความเครียด และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค โควิดต่อไป ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด⁷ ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัว ผู้ป่วยจะถูกแยกออกจากครอบครัว ทำให้พยาบาลต้องทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องคอยลอบประโลม คอยให้ความหวังและกำลังใจเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยยอมแพ้และแบ่งเบาความทุกข์ของผู้ป่วยในช่วงที่รักษาตัว

ประเด็นอาการเปลี่ยนแปลงไว ต้องติดตามไว้ตลอดเวลา พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต้องเตรียมความพร้อมในการเผชิญความกดดันจากภาวะวิกฤติของผู้ป่วย เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่มีความรู้ว่าจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร อาการผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงเมื่อใด ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ต้องปฏิบัติงานด้วยความวิตกกังวล และกลัวต่อความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้น⁶

ประเด็นสิ่งใดที่ปรารถนา เต็มใจหาจัดมาให้ นอกเหนือจากหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วย พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลอำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือ และดำเนินงานตามความต้องการของผู้ป่วยด้านต่างๆ อาทิเช่น อาหาร ของใช้ส่วนตัว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความคาดหวังที่ผู้ป่วยต้องการจากพยาบาลจะมุ่งเน้นด้านการดูแล เอาใจใส่ และการมีอัธยาศัยที่ดีกับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังคาดหวังบริการอื่นๆ เพิ่มเติม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น การให้ความสำคัญกับรายละเอียดปลีกย่อยไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ความรวดเร็วในการตอบสนอง การช่วยอำนวยความสะดวก ในการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัว หรือประสานงานต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่ดำเนินการด้วยตนเองได้ คือ สิ่งที่เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹² ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องพื้นฐานต่างๆ เช่น อาหาร เครื่องดื่ม เครื่องใช้ส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีความสุขที่สุด

ประเด็นใส่ใจตรวจสอบและประสานสิทธิ์การรักษา พยาบาลยังปฏิบัติหน้าที่ผู้พิทักษ์สิทธิ์เป็นตัวกลางในการช่วย

ตรวจสอบและประสานสิทธิการรักษา ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลในช่วงสถานการณ์ โควิด¹³ ที่พบว่า พยาบาลนอกจากจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พยาบาลยังมีบทบาทในการดูแลประสานการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาโรคที่ดี และมีประสิทธิภาพในสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษา หรือในกรณีเร่งด่วน และประสานสิทธิในการได้รับการเยียวยาจากรัฐบาล รวมทั้งสิทธิอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

ประเด็นช่วยเจรจาประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยโควิด 19 รักษาตัวจนครบกำหนดที่แพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จะทำหน้าที่เป็นตัวกลางช่วยติดต่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก่อนกลับบ้าน หรือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการข้อมูลจากบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในช่วงโควิด¹⁴ ที่พบว่า เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลจะเตรียมเบกยา เตรียมเอกสารใบรับรองแพทย์และใบยินยอมกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การป้องกันการติดเชื้อ การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงประสานผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นวาระสุดท้าย ต้องร่วมด้วยช่วยดำเนินการเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องต่อสู้กับความไม่แน่นอนของอาการที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่พบยารักษา การดำเนินของโรจึงไม่อาจคาดการณ์ได้ จากผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโควิด ถือเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่ทำกรักษา จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษามหาวิทยาลัยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹⁵ ที่กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ดูแลและช่วยเหลือให้การพยาบาลดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ และให้การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของพยาบาล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า พยาบาล เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด เนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงมีโอกาสสัมผัสเชื้อและสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยมากที่สุด และเสนอให้ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลทุกคนได้

รับการอบรมหลักสูตรพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และควรมีการจัดการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้พร้อมปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการเตรียมสำหรับโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จึงควรศึกษาประสบการณ์อื่นๆ เช่น ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ข้อมูลที่ได้จะสะท้อนถึงการบริหารจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เป็นโรคอุบัติใหม่ต่อไป

References

1. Department of disease control, Ministry of Public Health. Handbook of health workers in emergency response cases Coronavirus disease 2019 epidemic in Thailand. Department of disease control; 2020. (in Thai)
2. Department of disease control, Ministry of Public Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation, Public health and barriers to disease prevention and control among travelers. Department of Emerging infectious disease; 2021. (in Thai)
3. Infectious Diseases Association of Thailand. Clinical Characteristics of Corona-19 Patients (COVID-19); 2020. (in Thai)
4. Yueanjai A. Coronavirus disease 2019 infectious disease patients report. Siriraj Medical Records with patient reports; 2021. (in Thai)
5. Sun et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. American Journal of Infection Control.; 2020; 48: 592-98.

6. Liu et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Infectious diseases*. 2020 20(8): 790–98.
7. Chen et al. Initiation of a new infection control system for the COVID-19 outbreak. *Lancet Infectious diseases*. 2020 20(4): 397-98.
8. Heidegger M. *Being and Time*. New Haven, CT: Yale university 1962.
9. Oumtanee A. *Qualitative research for nursing*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2010. (in Thai)
10. Manen V. *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing (2nd)*. New York: Taylor & Francis, 2016.
11. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA : Sage Publication; 1985.
12. Deepaisarnsakul P. Expectations and perceptions of service recipients towards hospital service quality. *Veridian E-Journal*, 2013 6(1): 573-92. (in Thai)
13. Patteeranon P, Sriyoha N, Sripasarn P, Saowanee R. The role of community nurses in health promotion and prevention the outbreak of coronavirus disease 2019 in 8 communities area of responsibility of Ramathibodi Hospital. *Health Education Journal*; 2021; 44(1): 1-11. (in Thai)
14. Apiradeeseth N, Noawapanith S, Sooksamai J, Tewlohaarn C, Kwanmuang R. Preparation for the development of nurses' competency in caring for patients with COVID-19. *Siriraj Medical Journal*; 2021; 14(4): 81-90. (in Thai)
15. Subwongjareon N. The role of nurses in palliative care in tertiary care hospitals . *Royal Thai Army Nursing Journal*; 2019; 21(1): 26-34. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทหารกองประจำการ ค่ายกฤษณ์สีวะรา จังหวัดสกลนคร

Health Care Development Model Of COVID-19 Prevention For Conscript Soldiers in Krit Siwara Military Camp Sakon Nakhon Province

อมรัตน์ บริบูรณ์*¹ มณฑิชา รักศิลป์² นพรัตน์ ส่งเสริม²

Ammarat Boriboon*¹ Monthicha Raksilp² Nopparat Songserm²

¹เวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลค่ายกฤษณ์สีวะรา สกลนคร ประเทศไทย 47000

¹Preventive medicine department. Fort Krit Siwara Hospital. Sakon Nakhon Thailand 47000

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

²Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University. Ubon Ratchathani Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาบริบทการป้องกันโรคของทหารค่ายกฤษณ์สีวะรา 2. พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มทหาร 3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ในทหารกองประจำการอายุตั้งแต่ 18-26 ปี จำนวน 30 นาย โดยใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 รูปแบบ ประกอบด้วย 1. กิจกรรมให้ความรู้ 2. กิจกรรมฝึกทักษะการป้องกันโรค 3. กิจกรรมทบทวนและประเมินผล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสังเกตพฤติกรรม สถิติที่ใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1. บริบทของทหารอยู่รวมกันเป็นกลุ่มแยกตามกองร้อยง่ายต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพทำโดยทีมสุขภาพ นำไปใช้กับทหารกองประจำการ โดยการให้ความรู้ และการสาธิตย้อนกลับ และกำกับโดยทีมสุขภาพ 3. คะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และ แรงจูงใจแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรค หลังการวิจัยมากกว่าก่อนการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพดังกล่าว ทำให้ทหารตระหนักในการป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้นและควรขยายผลในหน่วยอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ไวรัสโคโรนา 2019, ทหารกองประจำการ , รูปแบบการดูแลสุขภาพ

Abstract

The aims of this action research are to: 1. Study the context of COVID-19 prevention for soldiers in the Krit Siwara Camp. 2. Develop a COVID-19 prevention model. 3. Study the effectiveness of the COVID-19 prevention model. The study involves 30 conscript soldiers aged between 18-26 years, using a healthcare development model of COVID-19 prevention that was consisting of activities 1. education, 2. a disease prevention practice, 3. reverse demonstration. This action research uses questionnaires and behavioural observations, and data is processed using content analysis and descriptive statistics.

Results from the analyzed data show that: 1. The context of the conscript soldier is crowded and separated by regiment, resulting in a high risk of COVID-19 spread. 2. A healthcare model of COVID-19 prevention was developed and applied to the conscript soldiers through education and reverse demonstration by the health team. 3. The mean scores of knowledge, behaviours, motivation and social support for COVID-19 prevention were found to be statistically significant at the 0.05 level.

These results indicated that the healthcare prevention model for COVID-19 helped soldiers to have a better awareness of the prevention of COVID-19 and should continue to be expanded to other units.

Keywords: covid-19, Conscript Soldiers, health care model

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสอุบัติใหม่ ที่พบว่ามีอาการระบาดครั้งแรกตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปทั่วโลก จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงมีประกาศให้โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ด้วยเชื่อมีการกลายพันธุ์ ผู้ติดเชื้อบางรายไม่แสดงอาการ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีความเข้มงวดลดลง จึงทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^{1,2} กำลังพลกองทัพบกไทยประกอบด้วยกำลังพลหลักคือทหารกองประจำการ โดยมีการบรรจุประจำการปีละ 2 ผลัด รวมกำลังพลกว่า 8 หมื่นรายต่อปี สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในกำลังพลกองทัพบก พบในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจ พบว่าทหารกองประจำการที่เข้าปฏิบัติหน้าที่ในผลัดที่ 2 ปี 2564 ตรวจพบเชื้อโควิด-19 จำนวน 233 นาย จากจำนวนทหารทั้งหมด 37,048 นาย³

จากการสำรวจ พฤติกรรมสุขภาพของพลทหารกองประจำการ มีแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรค แม้ว่ากองทัพบกจะมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ยังคงพบว่าการป้องกันโรคของทหารกองประจำการลดลง^{4,5} ทหารกองประจำการเป็นกลุ่มกำลังพลที่มีบริบทเฉพาะ⁶ ปฏิบัติหน้าที่อยู่เป็นกลุ่ม หมวดยก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งเสริมการแพร่ระบาดของโรค ค่ายกฤษณ์สีวะรา มณฑลทหารบกที่ 29 จังหวัดสกลนคร มีทหารกองประจำการในสังกัด ในแต่ละปีประมาณ 900-1,000 นาย ผลัดเปลี่ยนสัปดาห์และถูกเกณฑ์ทหารเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ ให้ความช่วยเหลือประชาชน มีการกิจออกหน่วยช่วยเหลือบรรเทาภัยพิบัติต่างๆ อีกทั้งค่ายกฤษณ์สีวะรา

อยู่ในพื้นที่ จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีรายงานพบการติดเชื้อโควิด-19 ติด 13 อันดับแรกในประเทศไทย⁷ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกลุ่มทหารกองประจำการมากขึ้น จากการศึกษาบริบทของทหารกองประจำการในพื้นที่แล้ว พบว่า ทหารกองประจำการยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 สภาพแวดล้อม และการสุขภาพในพื้นที่ค่ายทหาร เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค และในพื้นที่ค่ายทหาร พบการติดเชื้อโควิด-19 ของทหารชั้นประทวนและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ค่ายกฤษณ์สีวะรา ตั้งแต่เดือน ก.ย. 64- ต.ค. 65 มากกว่า 200 ราย และพบกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงหลายคริสต์เตอร์ รวมถึงมาตรการในการป้องกันโควิด-19 ไม่ได้ได้รับความสนใจจากกลุ่มทหารกองประจำการเท่าที่ควร ทำให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ขึ้นในหน่วยทหาร เพื่อเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 และให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องโรคแก่ทหารกองประจำการ รวมถึงสร้างมาตรการที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพของกำลังพล โดยการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่สุขภาพ และสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้แก่ทหารกองประจำการ ผู้วิจัย จึงนำรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้พัฒนาและให้ความรู้ สร้างมาตรการที่ชัดเจน ในการดูแลสุขภาพให้กับทหารกองประจำการ ค่ายกฤษณ์สีวะรา เพื่อสามารถพัฒนาและขยายผลใช้ในหน่วยอื่นๆ ต่อไป

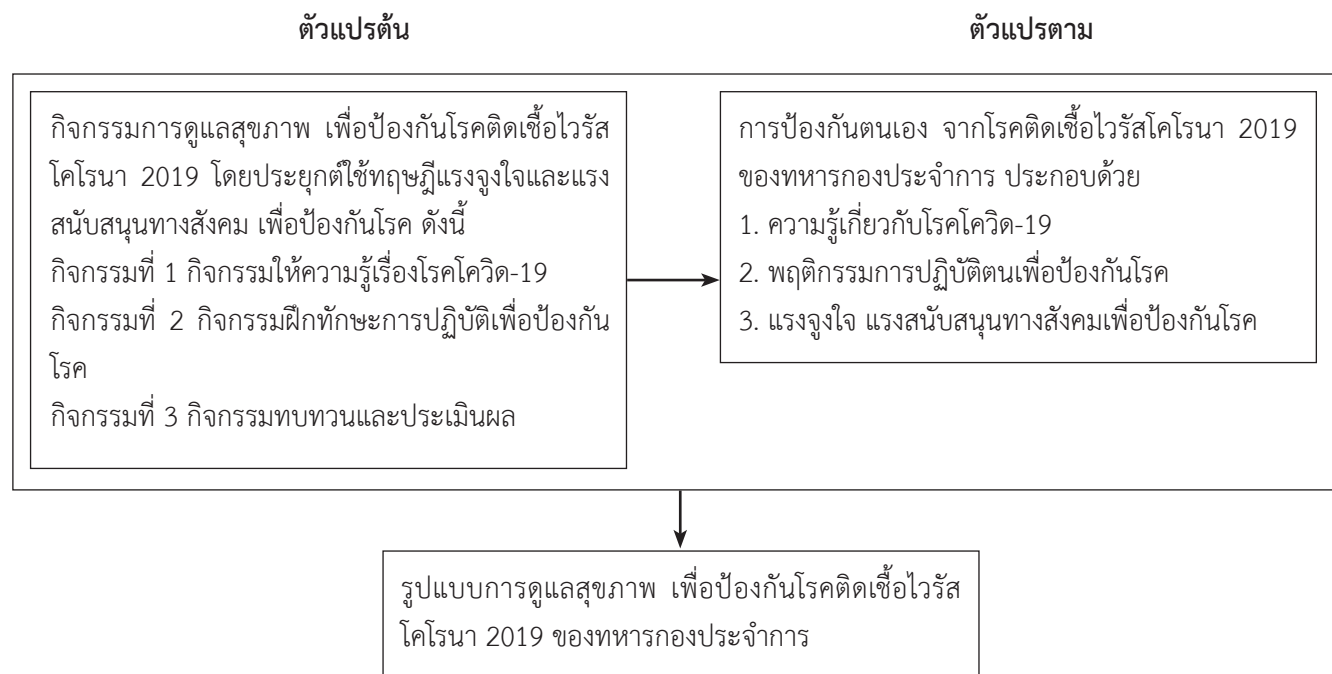
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันโรคของทหารกองประจำการ ค่ายกฤษณ์สีวะรา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มทหารกองประจำการ

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ด้านความรู้ พฤติกรรม และแรงจูงใจแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มทหารกองประจำการค่ายกฤษณ์สีวะรา จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทหารกองประจำการ



สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพมากกว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพ
2. หลังใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้
3. หลังใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคมกกว่า ก่อนนำรูปแบบมาใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาบริบท สภาพปัญหา การป้องกันโรคของกลุ่มทหารกองประจำการในพื้นที่ ผ่านการสังเกต การสนทนา กลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มดูแลสุขภาพ ผู้บังคับบัญชา

ที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินการวางแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพ และนำรูปแบบไปใช้ มีรายละเอียด ดังนี้
 - วางแผน (Plan) โดยนำข้อมูลการรายงานการดูแลสุขภาพที่ได้ข้อมูลจากขั้นที่ 1 วางแผนกิจกรรมร่วมกับครูทหารและกลุ่มดูแลสุขภาพของกำลังพล
 - ปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรม ตามรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มทหารกองประจำการค่ายกฤษณ์สีวะรา สกลนคร ซึ่งแจ้งการปฏิบัติ อบรมให้ความรู้และฝึกตามรูปแบบ
 - ติดตามประเมินผล (Observation) ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าโดยใช้แบบสังเกต ติดตาม และ ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ในแต่ละครั้ง รวมทั้งหมด 12 สัปดาห์
 - สะท้อนผล (Reflection) สรุปและประเมินผล การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ไปใช้ในทหารกองประจำการ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ไปยังกลุ่มทหาร

ผู้บังคับบัญชาและกลุ่มดูแลสุขภาพ

3. ประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 วางมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วย ที่มีรูปแบบชัดเจน สามารถนำมาปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ทหารกองประจำการ ที่มีอายุระหว่าง 18-26 ปี รับราชการปี 2564 จำนวน 644 นายที่สามารถสื่อสารอ่านเขียนได้ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพกองประจำการค่ายกฤษณ์สีวะรา จำนวน 103 นาย

กลุ่มตัวอย่างคือ ทหารกองประจำการ อายุ 18-26 ปี ผลัด 2/64 จำนวน 30 นาย ที่สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้สนใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ จำนวน 15 นาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1. ให้ความรู้เรื่องโรค 2. ฝึกทักษะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค 3. พบทวนและประเมินผล

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นและปรับปรุงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 5 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพก่อนรับราชการทหาร โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19

ตอนที่ 4 แบบประเมินแรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ส่วนแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยค่า CVI เท่ากับ 1.0

2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับทหารกองประจำการค่ายพระยอดเมืองขวาง จ.นครพนม จำนวน 30 นาย นำผลมาหาค่าความหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ Kuder-Richardson (KR-20) ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรค เท่ากับ .71 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมของพฤติกรรม เท่ากับ .89 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .85 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายส่วน ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และ ประเมินระดับแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Data analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของทหารกองประจำการผู้พัฒนาแบบการดูแลสุขภาพ

3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณลักษณะระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ แรงจูงใจแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 เอกสารการรับรองเลขที่ SKN REC 2022-007 รหัสโครงการ 001-2565 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์การให้ข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ

มีการรักษาความลับและนำเสนอผลหรือการอภิปรายข้อมูล
ของการศึกษา ในลักษณะภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทาง
วิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาริบทและสภาพปัญหา การป้องกัน
โรคของทหารกองประจำการค่ายกฤษณ์สีวะรา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง เป็นทหารกองประจำการ
ที่เข้าประจำการใหม่ อายุต่ำสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 22 ปี
ส่วนใหญ่ จบระดับการศึกษาจบประถมศึกษาและมัธยมศึกษา
ตอนต้น สถานภาพโสด และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป
ได้รับวัคซีนโควิด-19 ทุกคน และ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วย
โรคโควิด-19 มาก่อน พื้นที่ค่ายทหารในห้วงปี 2563 ถึง ปี 2564
มีแนวโน้มการติดเชื้อของกำลังพลในค่ายทหารเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและ
การสังเกตพบว่าทหารกองประจำการส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจ
เกี่ยวกับการป้องกันโรค และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค
ไม่ถูกต้อง ครูฝึกทหารใหม่ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ
แต่ยังขาดความตระหนักในการนำไปปฏิบัติและให้คำแนะนำ
แก่ทหารกองประจำการในหน่วย ขาดความมั่นใจในการนำ
ความรู้ที่ได้ แนะนำการปฏิบัติให้แก่ทหารในสังกัด กลุ่มดูแล
สุขภาพ สามารถให้ความรู้ คำแนะนำแก่ครูฝึกและทหาร
กองประจำการได้ แต่ขาดการติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง
เนื่องจากระยะเวลาที่จำกัด และ ภาระงานของทหารกอง
ประจำการ ดังกล่าวต่อไปนี้

“แถวบ้านผมบอกว่า โควิด มันก็เหมือนโรคไข้หวัด
ทั่วไป ไม่ให้ไปกลัวมัน เป็นแล้วก็หาย ใส่หน้ากาก ไม่ใส่หน้ากาก
ล้างมือไม่ล้างมือ ก็เหมือนๆ กันครับ” (ผู้ให้ข้อมูล ทหารกอง
ประจำการ)

“ผมกินเหล้าเข้าไป มันสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ใช่ไหม
ครับ ครูหมอ” (ผู้ให้ข้อมูล ทหารกองประจำการ)

“คุณหมอครับ ผมเข้าใจที่คุณหมอสอนครับ
ผมยังทำได้ไม่ดีเลย ผมไม่กล้าสอนต่อ กลัวสอนผิดครับ
สอนไปเดี๋ยวทหารก็ลืม สู้คุณหมอสอนให้ไม่ได้ครับ”
(ผู้ให้ข้อมูล ครูฝึกทหาร)

“ทหารไม่มีเวลาว่าง หรือชั่วโมงสอนในเวลาเลย
ให้สอนนอกเวลาทำงานได้ลำบาก ติดตามการปฏิบัติก็ไม่ได้
หลบหน้ากันหมด” (ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มดูแลสุขภาพ)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน

โรคโควิด-19 มีการปฏิบัติดังนี้

วงจรที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน สัปดาห์ที่ 1
ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพเพื่อป้องกันโรค และ ออกมาสาธิตการป้องกันโรคใน
ลักษณะต่างๆ ที่รู้จัก เพื่อประเมินวางแผนกิจกรรมร่วมกับครู
ฝึกและกลุ่มดูแลสุขภาพ แบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบ

วงจรที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (สัปดาห์ที่ 2
และ 3) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม 1.ให้ความรู้เรื่องโรค
และ กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
ประกอบด้วย การล้างมือ 7 ขั้นตอน การใส่หน้ากากอนามัย
การดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และการประเมินตนเอง
ในการได้รับเชื้อโควิด-19

วงจรที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 และ 4 ติดตามและสะท้อนผล
(สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการปฏิบัติตาม
กิจกรรม สังเกตติดตามโดยให้แบบสังเกตพฤติกรรม พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ทันทีหลังทำกิจกรรม
เรียบร้อย แต่ขาดความต่อเนื่องในการนำไปใช้ เนื่องจากขาด
การกระตุ้นจากครูฝึก และไม่ให้ความสำคัญในการป้องกัน
โรค ผู้วิจัยนัดติดตามครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์

วงจรที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (สัปดาห์ที่ 6)
ผู้วิจัย นำข้อมูลที่ได้แจ้งแก่ครูฝึก วางแผนให้เกิดการกระตุ้น
เตือน สร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค แจ้งผู้บังคับบัญชาให้เห็น
ความสำคัญ ของการป้องกันโรค และสนับสนุนสิ่งอุปกรณ์ใน
การป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือให้หน่วยฝึก
ทหารกองประจำการ

วงจรที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (สัปดาห์ที่ 7)
ผู้วิจัย ทบทวนความรู้เรื่องโรค และ ทบทวนการฝึกปฏิบัติ
เพื่อป้องกันโรคให้กลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้เห็นความสำคัญ
ของการป้องกันโรค

วงจรที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 และ 4 ติดตามและสะท้อนผล
(สัปดาห์ที่ 9-12) ผู้วิจัยให้ครูฝึกติดตาม และสังเกตการณ์ปฏิบัติ
ตามคำแนะนำ หลังการที่ได้สนับสนุนอุปกรณ์ และเน้นย้ำการ
ปฏิบัติแก่ครูฝึก และทหารกองประจำการ โดยมีกลุ่มดูแล
สุขภาพเข้าไปสังเกตการณ์เป็นระยะ และติดตามสัมภาษณ์
เชิงลึก ในกลุ่มครูฝึก และ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มครูฝึกเห็น
ถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น
ทหารกองประจำการจะล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร
โดยไม่ต้องกระตุ้นเตือน ใส่หน้ากากทุกครั้งหลังจากลงจาก
โรงนอน และไม่พูดคุยกันระหว่างฝึกโดยไม่จำเป็น จากการ

สัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด มีความคุ้นชินกับการใส่หน้ากากอนามัย และการล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร รู้จักการแยกขวดน้ำดื่มไม่ดื่มน้ำร่วมกับทหารรายอื่นๆ และสามารถเตือนเพื่อนที่ไม่ปฏิบัติตามกฎ หรือมาตรการที่ทางหน่วยฝึกวางไว้ได้ โดยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี หน่วยฝึกทหาร

ให้ความร่วมมือในการจัดชั่วโมงให้ความรู้ และปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มดูแลสุขภาพและกลุ่มดูแลสุขภาพสามารถเข้าไปติดตามการป้องกันโรคในหน่วยฝึกได้มากขึ้น

3. ผลการประเมินผลการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของทหารกองประจำการ ค่ายกฤษณ์สีวะรา หลังดำเนินกิจกรรม ครบ 12 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (n = 30)

ค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95% confidence interval of the difference		T	P-value
				lower	upper		
ก่อนการทดลอง	7.67	1.83	3.93	4.52	3.34	13.68	<.001
หลังการทดลอง	11.60	1.40					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ การป้องกันโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.83 หลังจากได้รับการอบรมให้ความรู้ระดับค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองเพิ่มขึ้น เท่ากับ 11.60

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.40 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95% confidence interval of the difference		T	P-value
				lower	upper		
ก่อนการทดลอง	3.42	0.30	1.38	1.75	1.00	7.53	<.001
หลังการทดลอง	4.79	0.93					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 การปฏิบัติตนก่อนการทดลองเท่ากับ 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.30 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.79

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.93 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยแรงงูใจ แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันโรคโควิด-19

ค่าเฉลี่ยแรงงูใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันโรคโควิด-19	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95% confidence interval of the difference		T	P-value	
				lower	upper			
ก่อนการทดลอง		3.56	0.31	1.09	1.25	0.94	14.68	<.001
หลังการทดลอง		4.65	0.29					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยแรงงูใจ แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยแรงงูใจแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนด้วยสถิติ paired t – test แล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยแรงงูใจแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลของการนำกิจกรรมมาใช้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและทหารกองประจำการ ดังนี้

1. หน่วยฝึกทหาร มีรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่ชัดเจน เช่นมาตรการส่วนบุคคล มาตรการสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพหน่วยทหารให้ปลอดภัย
2. ทหารกองประจำการ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น
3. ทหารกองประจำการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และอุปกรณ์ในการป้องกันจากผู้บังคับบัญชาและกลุ่มดูแลสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดแรงงูใจในการป้องกันโรคในระดับบุคคลเบื้องต้นได้มากขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

บริบทของทหารกองประจำการค่ายกฤษณ์สีวะรา เป็นกลุ่มเฉพาะ มีการรวมกลุ่มพักอาศัยในรูปแบบค่ายขนาดใหญ่ แยกตามกองร้อย เฉลี่ยกองร้อยละ 50-100 นาย สิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัยเป็นโรงนอนที่มีความแออัด ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค ขาดการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัย เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อได้ง่าย

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยกลุ่มสุขภาพทำได้น้อยเนื่องจากการจัดสรรเวลาในการลงเยี่ยมหน่วยไม่ตรงกัน และทหารติดภารกิจ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้รับข้อมูลจากทหารกองประจำการ กลุ่มครูฝึกกลุ่มดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนสิ่งอุปกรณ์จากผู้บังคับบัญชา นำมาพัฒนารูปแบบ โดยผ่านกระบวนการกิจกรรมการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และ กิจกรรมทบทวน พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพได้รับการปรับปรุงเรื่องการสร้างแรงงูใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาด้านวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค การจัดทำมาตรการที่ชัดเจนและรัดกุมในการป้องกันโรคจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และมีการเข้าไปให้ความรู้และจัดสรรเวลาในการตรวจเยี่ยมสุขภาพให้เหมาะสม รวมถึงมีการติดตามภาวะสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคใหม่ ประชาชนยังมีความรู้ที่น้อย ควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และ อสม.เป็นผู้กำกับติดตามเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาจะทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินการ⁸

จากสมมุติฐานการวิจัย เมื่อนำรูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างและติดตาม ประเมินผลหลังนำรูปแบบไปใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19⁹

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกัน

โรคโควิด-19 หลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังใช้กิจกรรมพัฒนาแบบแตกต่างกัน^{10,11} และสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสูง ทำให้การดำเนินการขับเคลื่อนงานด้านการดูแลสุขภาพมีความต่อเนื่องส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น¹²

ระดับค่าเฉลี่ยแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หลังทำการทดลองใช้รูปแบบมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพต้องมีความรู้เพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความสามารถ สร้างความมั่นใจ การได้รับความรู้ สร้างความเข้าใจจะสามารถป้องกันการติดเชื้อและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19^{14,15}

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของทหารกองประจำการค่ายกฤษณ์สีวะรา จังหวัดสกลนครสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนมาตรการการเชิงนโยบายเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อในหน่วยทหารอื่น หรือกลุ่มเฉพาะที่มีบริบทคล้ายกันเช่นสถานศึกษาที่มีการอยู่ประจำ เรือนจำได้สามารถนำรูปแบบไปใช้ในการฝึกทักษะการปฏิบัติพื้นฐานให้กับทหารกองประจำการบรรจุใหม่ผลัดต่างๆ ได้ และสามารถใช้ผลักดันนโยบายเพื่อวางแผนการจัดการฝึกศึกษาตามหลักสูตรทหารอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการป้องกันโรคระบาดอื่นๆ ในชุมชนทหาร เพื่อนำปัญหาดังกล่าวไปพัฒนาปรับปรุงหาแนวทางแก้ไข หากสามารถศึกษาถึงการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ ได้เพิ่มเติมจะสามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพกำลังพลที่เกิดจากโรคติดต่อต่างๆ ได้

References

1. Ampornareekul S. et al. The survey of Problem, Needs for Development Among Nursing Presonnel of Care Manngement for Patients with Dangerous Contagious Diseases, Emerging Diseases, Emerging Diseases, and Re-Emerging Diseases.The Journal of Chulabhorn Royal Academy.2022;4(3):111-20. (in Thai).
2. Wongcharoen N. Effect of the Development of COVID-19 Patient Care System of Inpatient Department: Case study, Pong Hospital, Phayao Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3) : 438-46. (in Thai)
3. Preventive Medicine Division Royal Thai Army Medical Department. Additional considerations Guidelines for prevention and control of the COVID-19 epidemic In new military training sessions. Report. 2022 :1-53 (in Thai).
4. Chulawong O. Motivation Preven-tion and Health Behaviors of the Thai Army Conscripts. Journal of the Royal Thai Army Nurse. 2014;23(2) : 28-32. (in Thai).
5. Krajangpho S.Effectiveness of Program for Improving Self-Care Behaviors to Prevent COVID-19 of Communities among Village Health Volunteers in Pathumthani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2021; 22(3): 479-86. (in thai)
6. Phaensanit S. Armed Force Development For National Security. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2020;5(10) : 301-14. (in Thai)
7. Department of Disease Control, Thailand Ministry of Public Health. Coronavirus disease (COVID-19): situation in Thailand report: Bangkok;2022. (in Thai).

8. Kanlayasonti P. Development of Promotion Model for Immunization Coronavirus disease 2019 Active Vaccination by Community Participation in Yangtalat district, Kalasin Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(3) : 478-85. (in Thai)
9. Khumsaen N. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-tong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2021 ;4(1) : 33-48. (in Thai)
10. Phansuma D. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Srinagarind Medical Journal*. 2021 ; 36(5) : 597-604. (in Thai)
11. Vichean U. Development of the Modification Model of Buddhist Health Care for the Elderly Chachoengsao Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(3) : 80-8. (in Thai)
12. Luanloy C. Factors Influencing Preventive Behavior of Coronavirus Disease 2019 among People in Si Nakhon District, Sukhothai Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education*. 2022 ;2(1) : 18-33. (in Thai)
13. Ketdao R., et al. Development of Covid-19 Surveillance Prevention and Control Model Health Promoting Hospital in Sub-district Level, Udonthani Province - Udon Model COVID-19. *Journal of Health Science*. 2021 ; 30(1) : 53-61. (in Thai)
14. Kongkun P. Prevention of Coronavirus Disease (COVID-19) among Food Vendors in Narathiwat Province: Relationships Between Perception, Social Support and "New Normal Behaviors". *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021; 8(3) : 133-46. (in Thai)
15. TemUdom R., JaiChuang S., et al. The Development of Prevention Model for Coronavirus Disease 2019 by the Community Participatory Action in Nakhon Phanom Province, *Journal of the Office of Disease Prevention and Control* 7. 2021 ;28(1) :1-13. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

The Effectiveness of Competencies Development Program for School Age Children on Caring Hypertensive Patients in Their Family

อุกฤษฏ์ ไชยรินทร์* ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล

Aukrit Chairin* Lukawee Piyabanditkul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

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

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test, Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และด้านพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวได้ และควรขยายการใช้โปรแกรมนี้ในพื้นที่อื่นๆ ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ, เด็กวัยเรียน, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ครอบครัว

Abstract

This research is quasi-experimental research, have a purpose to study the effect of a school-age child potential development program on caring behaviors of hypertension patients in the family. The sample were 60 school-aged children studying in grades 4-6, divided into 30 experimental groups and 30 control groups. The experimental group participated in The School-age Child Potential Development Program on Family Care Behavior of Hypertension Patients in an 8 weeks period. And collected the data before and after the experiment by using questionnaires general data analysis by using descriptive statistics with independent t-test, Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U.

Corresponding Author: * E-mail: aukrit.cr@kkumail.com

วันที่ได้รับ (received) 7 พ.ค. 2565 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 23 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 มิ.ย. 2565

Results showed the experimental group had higher mean scores of knowledges of hypertension and family care of hypertension patients, and had significantly higher mean scores of family care behavior for hypertension patients than before the experiment which was statistically significant ($p < .0001$) and significantly higher than the control group ($p < .0001$). This program can be used to promote school-age children to change knowledge and behavior to promote health behaviors in caring for hypertension patients in the family. and should expand the use of this program in other areas to cover the entire district for learning Sustainable continuous development and increase the efficiency of high blood pressure patient care in the future.

Keywords: Effectiveness of competencies program, School age children, Caring hypertensive patients, Family

บทนำ

เด็กวัยเรียนถือเป็นช่วงอายุที่เด็กเรียนรู้ได้ทุกด้าน ความสามารถทั้งร่างกาย จิตใจ ความคิด การใช้ภาษาและการแก้ปัญหา มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว¹ เด็กวัยเรียนตอนปลายอายุ 10-12 ปีมีพัฒนาการและความก้าวหน้าทางสติปัญญา มีความคิดความเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น จัดอยู่ในขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม รู้จักจัดระเบียบแนวคิดได้ตามลักษณะรูปธรรม คิดเหตุผลตามความเป็นจริงและเชื่อมโยงเป็นภาพรวมได้ดีขึ้น สามารถคิดแบบนามธรรมที่ซับซ้อน คิดอย่างมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์สังเคราะห์ความคิดได้ มีความสนใจอยากเรียนรู้สิ่งใหม่^{2,3} จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น มีการเรียนรู้กติกากฎการเล่น กติกาสังคม สามารถเข้าใจและกำกับควบคุมความต้องการ ความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ของตนเอง รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักไตร่ตรองถึงเหตุและผล และสามารถตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ โดยคำนึงถึงความถูกต้องเหมาะสม² อีกทั้งพบว่าเด็กวัยนี้มีบทบาทเป็นอาสาสมัครน้อยสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.น้อย) ที่ผ่านการอบรมความรู้และการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นบุคคลต้นแบบและเป็นแกนนำในการสร้างสุขภาพบุคคลในครอบครัวและสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี⁴

ในปัจจุบันภาวะความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก⁵ สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์ในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 307, 401 และ 336 คิดเป็น 19.33, 25.19 และ 21.09 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในปี พ.ศ. 2562 ถึงร้อยละ 51.12 และจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์

ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สาขาริมละลม ซึ่งเป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มากถึงร้อยละ 91.11⁶ ถึงแม้ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สาขาริมละลม จะมีการดำเนินงานเชิงรุกในการสนับสนุนการสร้างชุมชนสุขภาพดีและพึ่งตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้รับบริการการป้องกันโรค และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตกลุ่มนี้ ซึ่งในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จะทำให้มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้นในการรักษา นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ดูแลและสมาชิกในบ้านเป็นอย่างมาก⁷

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่เล็กแต่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ ความสำเร็จ การสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ครอบครัวในฐานะที่มีหน้าที่สร้างและเลี้ยงดูสมาชิกทุกคน ย่อมหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกไม่ได้และจะต้องแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้คืนสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุด⁸ และในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง อายุที่เพิ่มมากขึ้นความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง⁹ ดังนั้น

ในครอบครัวที่มีเด็กวัยเรียนจึงควรให้เด็กมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว เพราะเด็กวัยนี้นับเป็นสมาชิกคนสำคัญที่เป็นศูนย์รวมความรัก ความผูกพันของคนในครอบครัว จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว เพื่อให้เด็กวัยเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้และเป็นการสำคัญในการช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวของเด็กวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

ประกอบด้วย

1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Experience)

กิจกรรม “เล่าเรื่อง รอบวง” นำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการเรียนรู้ ผ่านการเล่าเรื่อง แบ่งปันประสบการณ์และเติมเต็มความรู้ใหม่ เพื่อให้เด็กวัยเรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) การสะท้อนคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion)

กิจกรรม “ร่วมด้วย ช่วยกันคิด” การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในประเด็นโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว เพื่อให้เด็กวัยเรียนได้เรียนรู้ความคิดของบุคคลอื่น ช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นและทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย

3) ความคิดรวบยอด (Concept)

กิจกรรม “แบ่งปันความคิด พิชิตความรู้ใหม่” เกิดความความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ที่ช่วยให้เด็กวัยเรียนทำกิจกรรมได้

4) การทดลองและประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application)

กิจกรรม “รู้แล้ว นำไปใช้” เด็กวัยเรียนจะได้ทดลองปฏิบัติและประยุกต์ใช้ความรู้จากประสบการณ์เดิมและความรู้ใหม่ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ นำสู่การปฏิบัติจริงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวให้เพิ่มขึ้น จากนั้นเด็กวัยเรียนสรุปผลการดำเนินกิจกรรมผ่านกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง เติบโตลงมือทำต่อไป” โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ตัวแปรตาม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวของเด็กวัยเรียนภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวของเด็กวัยเรียนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวของเด็กวัยเรียนกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Post Test Design)

ประชากร ในการวิจัยนี้ คือ เด็กวัยเรียนทั้งชายและหญิงที่กำลังเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงปีการศึกษา 2564

กลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยเรียนทั้งชายและหญิงที่กำลังเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นนักเรียนที่กำลังเรียนในโรงเรียนกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกำลังเรียนในโรงเรียนกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ช่วงปีการศึกษา 2564 และมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (Sampling Without Replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และนำใช้กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์¹⁰ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากิจกรรมของโปรแกรมฯ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “เล่าเรื่องรอบวง” กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการบรรยายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “ร่วมด้วยช่วยกันคิด” กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นการสนทนาพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการบรรยาย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “แบ่งปันความคิดพิชิต

ความรู้ใหม่” กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เด็กเรียนเกิดความเข้าใจและเกิดความคิด ความรู้ใหม่ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย สามารถเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นการสนทนา พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการบรรยาย

สัปดาห์ที่ 4-7 กิจกรรม “รู้แล้วนำไปใช้” กลุ่มทดลองจะได้ทดลองปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นการสนทนาสร้างสถานการณ์ตัวอย่าง พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และให้กลุ่มทดลองนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว พร้อมบันทึกการกระตุ้นเตือนลงในสมุดบันทึกความดี

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม “เล่าสู่กันฟังเติมพลังทำต่อไป” นำความรู้ที่ได้และผลการปฏิบัติจากการนำไปดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พร้อมสรุปผลการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบสอบถามศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว โดยใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ภายในบ้านหลังเดียวกัน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้

2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คำถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ

2.2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คำถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว วัดเป็นความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างน้อย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติปานกลาง

คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่ปฏิบัติเลย คือ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมได้เลย โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงหนึ่งตัวเลือก ซึ่งมีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1. แบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว และ 2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ และจากนั้นตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่นโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุดจำนวน 30 คน และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย HE642135 วันที่ 9 สิงหาคม 2564 และก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครอง และบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีไม่สะดวกใจเข้าร่วมสามารถปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบกับการเรียน และไม่สะดวกใจในการตอบคำถามข้อใดสามารถไม่ตอบหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่เื่อนไขใดๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการขอหนังสือรับรองจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน

ในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 2 แห่ง

2. เตรียมกิจกรรม สื่อการสอน และวัสดุ-อุปกรณ์ในการวิจัย

3. ขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครอง และบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง

4. พบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง

5. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ให้กับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ตามปกติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

6. หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.70 อายุเฉลี่ย 10.87 ปี (SD. = .87) อายุมากที่สุด 12 ปี และอายุน้อยที่สุด 9 ปี ศึกษาในระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 33.30 ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 ร้อยละ 25.00 และระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ร้อยละ 41.70 อาศัยในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ ร้อยละ 68.30 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องเป็นปู่ ย่า หรือตา ยาย ร้อยละ 61.70 มารดา ร้อยละ 23.30 บิดา ร้อยละ 11.70 และลุงป้าหรือน้าอา ร้อยละ 3.30 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ลักษณะทางประชากรของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ ที่อยู่และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่มีความแตกต่างกันเล็กน้อยด้านอายุ และระดับการศึกษา

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวของเด็กวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n = 60)

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mann-Whitney U	
			Z	p
รวม				
กลุ่มทดลอง	7.93	4.23	-.482	.630
กลุ่มควบคุม	8.87	3.31		
โรคความดันโลหิตสูง				
กลุ่มทดลอง	3.37	1.97	-.194	.846
กลุ่มควบคุม	3.67	1.92		
การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
กลุ่มทดลอง	4.57	2.55	-.907	.365
กลุ่มควบคุม	5.23	1.85		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 7.93$, SD. = 4.23 ; $\bar{X} = 8.87$, SD. = 3.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .630) โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 3.37$, SD. = 1.97 ;

$\bar{X} = 3.67$, SD. = 1.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .846) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 4.57$, SD. = 2.55 ; $\bar{X} = 5.23$, SD. = 1.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .365) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n = 60)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Independent t - test	
			t	p
กลุ่มทดลอง	40.80	10.93	1.48	.143
กลุ่มควบคุม	36.70	10.46		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

($\bar{X} = 40.80$, SD. = 10.93 ; $\bar{X} = 36.70$, SD. = 10.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.48, p = .143) (ตารางที่ 2)

2.2 หลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 60)

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mann-Whitney U	
			Z	p
รวม				
กลุ่มทดลอง	16.13	2.72	-5.874 p < .0001	
กลุ่มควบคุม	8.53	4.30		
โรคความดันโลหิตสูง				
กลุ่มทดลอง	7.60	1.73	-5.804 p < .0001	
กลุ่มควบคุม	3.40	2.06		
การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
กลุ่มทดลอง	8.53	1.38	-5.316 p < .0001	
กลุ่มควบคุม	5.13	2.62		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 16.13$, SD. = 2.72 ; $\bar{X} = 8.53$, SD. = 4.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.874, p < .0001) โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 7.60$, SD. = 1.73 ; $\bar{X} = 3.40$,

SD. = 2.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.804, p < .0001) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 8.53$, SD. = 1.38; $\bar{X} = 5.13$, SD. = 2.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.316, p < .0001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว หลังการทดลอง (n = 60)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mann-Whitney U	
			Z	p
กลุ่มทดลอง	61.27	6.45	-5.474 < .0001	
กลุ่มควบคุม	39.73	13.23		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 61.27$, SD. = 6.45 ; $\bar{X} = 39.73$, SD. = 13.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.474, p < .0001) ดังตารางที่ 4

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ และพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวของเด็กวัยเรียน ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

3.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Wilcoxon signed rank test	
			Z	p
รวม				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	7.93	4.23	-4.786b	< .0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.13	2.72		
โรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.37	1.97	-4.718b	< .0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	7.60	1.73		
การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.57	2.55	-4.467b	< .0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	8.53	1.38		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 7.93$, $SD. = 4.23$; $\bar{X} = 16.13$, $SD. = 2.72$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.786b$, $p < .0001$) โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.37$, $SD. = 1.97$; $\bar{X} = 7.60$, $SD. = 1.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.718b$,

$p < .0001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 4.57$, $SD. = 2.55$; $\bar{X} = 8.53$, $SD. = 1.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.467b$, $p < .0001$) (ตารางที่ 5)

3.2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Wilcoxon signed rank test	
			Z	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	40.80	10.93	-4.733b	< .0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	61.27	9.45		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 40.80$, $SD. = 10.93$; $\bar{X} = 61.27$, $SD. = 9.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.733b$, $p < .001$) (ดังตารางที่ 6)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .0001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรม

ตามโปรแกรมฯ ผ่านการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model¹⁰ เพื่อมุ่งเน้นในการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียนตอนปลาย เพื่อให้เด็กวัยเรียนได้เกิดการเรียนรู้ ทดลองปฏิบัติจริง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบพบว่า สามารถพัฒนาให้ผู้เรียนมีพัฒนาทางด้านความคิด เข้าใจเนื้อหาความรู้ มีแรงจูงใจในการเรียน มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และสามารถนำสิ่งที่ได้จากการเรียนไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิต รวมถึงการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์¹²

2. ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว กลุ่มทดลองหลังการทดลองจะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .0001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ซึ่งกลุ่มทดลองได้ประยุกต์ใช้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์เดิมและความรู้ใหม่ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ เพื่อนำสู่การปฏิบัติได้ โดยตลอดกิจกรรมมีการจัดทำคู่มือเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น Power point การเล่านิทานผ่านการตูนอนิเมชั่น และคลิปวิดีโอต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีการเล่นเกม บทบาทสมมติ ยกกรณีตัวอย่างและการอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความสนใจและมีความสุขสนุกสนานในการทำกิจกรรม ช่วยให้นักกลุ่มทดลองฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ เกิดความคิดสร้างสรรค์ เกิดความรู้ความเข้าใจ มีการเรียนรู้ผ่านเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงหรือสถานการณ์ที่เหมือนจริงเพื่อฝึกฝนการแก้ไขปัญหา และร่วมกันอภิปรายเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์พบว่ากลุ่มทดลองมี

พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการในระดับอ้วนลดลง¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการเรียนรู้ภาษาแบบประสบการณ์ นักเรียนมีความสามารถในการฟัง พูด ภาษา อังกฤษและมีความมั่นใจในตนเองสูงขึ้น¹⁴

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าภายหลังดำเนินโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

กิจกรรมตามโปรแกรมฯ นำไปใช้ในการส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมได้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง ควรมีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การทำงานเป็นกลุ่ม การแข่งขัน การแสดงความสามารถ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย และควรมีรางวัลเพื่อกระตุ้นความสนใจและสร้างแรงจูงใจให้เด็กวัยเรียนทำกิจกรรมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวร่วมด้วยเพื่อประเมินผลพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันสูงในครอบครัวของเด็กวัยเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model¹⁰ ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น หรือสร้างแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้
3. ควรขยายการใช้โปรแกรมนี้ในพื้นที่อื่นๆ ครอบคลุมทั้งอำเภอ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวให้เพิ่มขึ้น

References

1. Chan em S. Developmental psychology (5th). Bangkok: Thai Wattana Panich; 1999. (in Thai)
2. Hansakunachai T. Child Development and Behavioral Textbook for General Practice. Bangkok: Child Development and Behavior Club of Thailand; 2011. (in Thai)
3. Klinklin P. Promoting the health of children of all ages. Khon Kaen: Klang Nana Wittaya Printing House; 2012. (in Thai)
4. Chanthapreeda N, En yong T, Manomay N, Saengthong W, Piasuphan R, Pakunglamphu P, et al. Public Health Volunteer Manual village for children. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2015. (in Thai)
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. NCDs situation report diabetes, high blood pressure and related risk factors 2019. Bangkok: Graphic and design publishing house; 2020. (in Thai)
6. The Working Group for the Development of the Medical and Health Data Warehouse Program Ministry of Health. Percentage indicators of hypertensive patients with good blood pressure control: summary report. Buriram: Health Data Center; 2020. (in Thai)
7. Assantachai P. Health problems common in the elderly and prevention (2nd). Bangkok: Union Creation; 2011. (in Thai)
8. Trangkasombat U. Psychotherapy and Family Counseling (5th). Bangkok: santa printing; 2018. (in Thai)
9. Wangworatrakul W, Suwannarup N, Moopayak K. Factors Predicting to Medication Adherence among Patients with Essential Hypertension. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1):131-39. (In Thai)
10. Kolb, A. D., Rubin, M. I., & Osland, J. Organizational behavior: An Experiential Approach (5th ed.). U.S.A: Prentice-Hall; 1991.
11. Suriyakrai S. The Study Model of Pharmacy Students: Theory and Findings. Pharmacy Journal Isan. 2011; 7(1):1-10. (In Thai)
12. Methip N, Thamde D, Putthirakul P. Effects of Experiential Learning on Knowledge and Screening Practice and Advice for Hypertension Among Village Health Volunteers. Nursing Journal. 2016; 34(1):104-15. (In Thai)
13. Konthongtom T, Nookong A, Sangperm P. Effects of Weight Control Program on Eating and Physical Activity Behaviors Among School-Aged Children with Overweight. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2018; 30(2):28-40. (In Thai)
14. Srianun S, Adipattaranan N. Using experiential language learning to develop English listening-speaking abilities and self-confidence among prathom sukka 3 students. Ganesha Journal. 2017; 13(1):85-96. (In Thai)

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักในครอบครัวต่อ พฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองกลุ่มติดบ้านในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

The Effect of Primary Family Caregiver Empowerment Program on the Activity of Daily Living Caring Behaviors of Cerebrovascular Disease Homebound Patients in Community, Bangkok

นิภา ปานเสนห์ ยูพา จิวพัฒน์กุล* จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
Nipa Pansanae Yupa Jewpattanakul* Juntima Rerkluenrit
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่าง 76 คน เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่มีอายุ 18-60 ปี อาศัยในชุมชน กรุงเทพมหานคร สุ่มเลือกโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มละ 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรม 6 สัปดาห์ ออกแบบเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่กลุ่มทดลอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง สาธิตการปฏิบัติกรดูแล สะท้อนคิดพฤติกรรมการดูแล แจกคู่มือ เยี่ยมบ้าน ติดตามทางโทรศัพท์ และส่งข้อความสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ: เสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลหลักในครอบครัว, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The pre-post two groups quasi-experimental research aimed to determine the effect of empowerment program on the activity of daily living care behaviors among primary family caregivers of homebound cerebrovascular disease patients. Gibson's empowerment concept was used as the conceptual framework. The participants were 76 primary family caregivers of homebound cerebrovascular disease patients aged 18-60 years and living in community of Bangkok. Thirty-eight caregivers were randomly assigned sampling without replacement. For each group, the data was collected via the demographic data questionnaire, the perceived empowerment of primary caregiver questionnaire, the activity of daily living behavior questionnaire, and the empowerment program. The six weeks program was designed to empower the experimental group for caring patients in activity of daily living. Experimental caregiver group activities were organized for exchange caregiving experience, providing stroke instructions, demonstration care practices, reflect care activities, giving handbook, providing patient caring, and home visit. In addition, calling and sending short messages. The data was analyzed using independent t-test, Paired t-test, and analysis of covariance statistics.

The findings revealed that the experimental group had higher mean scores of activities of daily living care behaviors than the control group with statistical significance ($p < .01$). In addition, the mean post-test score for the activity of daily living performance among primary caregivers in the experimental group was higher than before attending the program with statistical significance ($p < .01$).

Keywords: Empowerment, primary family caregiver, care behaviors, homebound cerebrovascular disease patients

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความคิดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ต้องได้รับการดูแลในระยะยาวจึงต้องการผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรมบางส่วน¹ ซึ่งผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Primary Family Caregiver) เป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่ช่วยเหลือ รับผิดชอบและดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ เช็ดตัว การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ การทรงตัว การนั่ง ยืน เดิน และการเคลื่อนไหว² โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว³ พฤติกรรม

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลหลัก จึงมีความสำคัญ⁴ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

และเสริมสร้างความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก และในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลหลักในครอบครัวถึง 150,000 รายต่อปี⁵ จากโปรแกรมการส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร⁶ พบกรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 2,232 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 4,434 คนในปี พ.ศ. 2562 โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,232 คน (ร้อยละ 11.87) ในปี 2560 เป็น 4,434 คน (ร้อยละ 13.27) ในปี 2562 และคาดว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลหลักในครอบครัวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดทักษะในการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์และอารมณ์เมื่อเผชิญกับปัญหาในการดูแล หรือการขาดพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบในระยะยาวต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว⁷⁻¹⁰ ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น มีภาวะเครียด ท้อ เหนื่อย อ่อนล้า วิตกกังวล เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและสัมพันธ์ภายในครอบครัว นำไปสู่การขาดพลังอำนาจของผู้ดูแล^{7,10} นอกจากนั้นประเทศยังต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นจาก 2,973 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 เป็น 20,632 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งอาจส่งผลให้การพัฒนาประเทศดำเนินไปอย่างล่าช้า¹¹

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่วัดพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาออกแบบโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลหลักที่บ้าน^{3,7,10,13-17} เนื่องจากปัจจุบันพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านในกรุงเทพมหานครยังเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบกับผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กอปรกับบริบทของครอบครัวในกรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้าน มีความเร่งรีบและมีการแข่งขันสูง มีภาวะเครียดจากภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน¹⁸ การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹² จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเพื่อวัดพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมในอนาคต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้บุคลากรสุขภาพมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน

และมีโปรแกรมต้นแบบในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำผู้ดูแลในครอบครัวมาช่วยจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมีพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดียิ่งขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) เป็นการช่วยให้บุคคลรับรู้ ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง และพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) เป็นการฝึกทักษะด้านการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ของปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด มีการควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกิดการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง
2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3. การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ



พฤติกรรมการณ์ดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลหลัก

(Holding on) สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ตนเองได้เลือกปฏิบัติ และลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจ มีความสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน อาศัยอยู่ในชุมชนศรีสุริโยทัย ชุมชนบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร และชุมชนวัดมหาพฤฒาราม ชุมชนวัดแก้วแจ่มฟ้า แขวงมหาพฤฒาราม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร กลุ่มละ 38 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ซึ่งได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่ผ่านมา¹⁹ ซึ่งมีค่า Effect size เท่ากับ 0.61 ค่า Power of test = 0.80 โดยกำหนดให้ค่า $\alpha = 0.05$ เมื่อนำค่าต่าง ๆ มาคำนวณพบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 68 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายและการออกจากการวิจัย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10²⁰ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 76 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 38 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS2020/44.0211 ลงวันที่ 12 มกราคม 2564 และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ ความเสี่ยงต่างๆ และการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ พร้อมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล

2. ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก ในวันอังคารของสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที/ราย

3. ให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน ฉบับเดียวกับก่อนการทดลอง ในวันเสาร์ของสัปดาห์ที่ 6

กลุ่มทดลอง

1. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน ใช้ 1 ชั่วโมง และให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสาธิตการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล ในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 1

2. จัดกิจกรรมกลุ่มสะท้อนคิดพฤติกรรมการณ์ดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันคิด วิเคราะห์ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำแนวทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

3. เยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยให้ผู้ดูแลหลักได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย และตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับตนเอง ในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 30 นาที

4. ส่งข้อความสั้นเพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ทางแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 4 ครั้ง ทุกวันพุธของสัปดาห์ที่ 3-6

5. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 4 และ 5 ใช้เวลา 15 นาที/ราย

6. ให้ตอบแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลหลัก ในวันอังคารของสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที/ราย

7. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจในการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอบถามปัญหาอุปสรรคและแนะนำแนวทางแก้ปัญหา ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 5-10 นาที/ราย

9. ให้ตอบแบบวัดพฤติกรรมของผู้ดูแลหลัก ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ชุดเดียวกับก่อนการทดลองในวันเสาร์ของสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่อเดือน การพักอาศัยอยู่กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลักที่ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน 4 ด้าน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน จำนวน 27 ข้อ เป็น Rating scale 4 ระดับ คะแนนยิ่งมากหมายถึงผู้ดูแลหลักมีการรับรู้พลังอำนาจมากขึ้น

3. แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน 23 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การทรงตัวและการเคลื่อนไหว เป็น Rating scale 4 ระดับคะแนนยิ่งมากหมายถึงผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยิ่งดี

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนาตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹² 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาธิตการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการแจกรุ่นมือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มสะท้อนคิดพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันคิดวิเคราะห์ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้คำแนะนำรายกลุ่มในการแสวงหาทางเลือกด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับตนเอง 3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ เป็นกิจกรรมเยี่ยมบ้านรายบุคคลให้ผู้ดูแลหลักได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง และส่งข้อความสั้นทางแอปพลิเคชันไลน์ เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4 ครั้ง

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมีค่า CVI = 0.97 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมีค่า CVI = 0.95 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัวและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านสำหรับผู้ดูแลมีค่าดัชนีความสอดคล้องตามเนื้อหา (IOC) = 1.0

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน มีค่า Cronbrach s' Alpha Coefficient 0.92 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน มี Cronbrach s' Alpha Coefficient เท่ากับ 0.80

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ อายุเฉลี่ย 44 ปี จบมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 81.7, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 71.1) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 84.2, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.5) ผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มทุกคนอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยมา 1-5 ปี (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 78.9, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 81.6) และเป็นคู่สมรส

กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 34.2, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.8)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการวิจัย ไม่แตกต่างกันค่าสถิติทดสอบ $t(37) = .109$, $p > .05$ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการวิจัยของกลุ่มควบคุม ($M = 55.210$, $SD = 4.074$) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยเล็กน้อย ($M = 55.131$, $SD = 7.494$) ดังตารางที่ 1 ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าสถิติทดสอบ $t(37) = 23.904$, $p < .01$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักฯ หลังได้รับโปรแกรม ($M = 81.157$, $SD = 4.302$) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 54.789$, $SD = 5.089$) 26.36 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัว ($n = 76$)

พฤติกรรมการดูแล	โปรแกรม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	df	p-value
		M (SD)	M (SD)			
พฤติกรรมการดูแล	ก่อน	55.131 (7.494)	54.789 (5.089)	.109	37	.457
พฤติกรรมการดูแล	หลัง	55.210 (4.074)	81.157 (4.302)	23.904	37	.000*

$P < .05^*$

ผลการวิเคราะห์ ANCOVA หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบค่า $F(1,74) = 286.536$,

$p < .01$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 81.157$, $SD = 4.302$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 55.210$, $SD = 4.074$) 26.36 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัว (n = 76)

พฤติกรรมการดูแล	กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 76)				
	SS	df	MS	F	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	.847	1	51.733	1.419	.169
หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่ม	10448.525	1	10448.525	286.536	.000
ภายในกลุ่ม	944.802	74	25.910		
ทั้งหมด	367422	76			

SS = Sum of Squares, MS = Mean of Squares

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการทดลองได้ถูกนำมาอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย 2 สมมติฐาน ได้แก่

สมมติฐานที่ 1 ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลหลักได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีการสอน และการเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นขั้นตอน และมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จนเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นในการนำความรู้มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีพลังในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมทั้งจะฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น เมื่อผู้ดูแลหลักมีพลังอำนาจในการดูแลจึงเกิดพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสอนและฝึกทักษะ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น^{12,21} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²² ซึ่งได้จัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลได้รับการสอนวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม และฝึกทักษะการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมฯ พบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ มีการพัฒนาตนเอง

นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จนเกิดการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านต่าง ๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย ทำให้ผู้ดูแลค้นพบศักยภาพและกระตุ้นให้เห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการค้นหาวีธีการในการแก้ไขปัญหา จนเกิดความมั่นใจในความสามารถ และกล้าที่จะเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และสอดคล้องกับการศึกษา²³ ที่ได้ให้ผู้ดูแลฝึกดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลระหว่างผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการฝึกทักษะการดูแลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .01$)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจได้ออกแบบให้ผู้ดูแลหลักได้เรียนรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหา อุปสรรค และร่วมกันปรับแผนการ

ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น นำมาสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ตรงตามแนวคิด¹² และสอดคล้องกับ³ ที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้รับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล สร้างความรู้ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และให้คำปรึกษาตอบปัญหาข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ดูแลหลักรู้จริง รู้ชัดในการดูแลผู้ป่วยจนเกิดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจจนสามารถนำไปฝึกฝนทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลคงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้และเกิดการปรับแผนการปฏิบัติ ร่วมกันวิเคราะห์เพื่อเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง จะส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังอำนาจและมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการดีมากยิ่งขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษา¹³ ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. จากการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีการรับรู้พลังอำนาจและมีพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จึงควรมีการประยุกต์โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในพื้นที่อื่นๆ และกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่หลากหลาย

เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ควรนำผลการวิจัยไปนำเสนอให้ผู้บริหารสำนักงานมัย และศูนย์บริการสาธารณสุข ของกรุงเทพมหานคร เพื่อนำโปรแกรมไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในครอบครัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อวัดพฤติกรรมดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะสั้น 3 เดือน และ ระยะยาว คือ 1 ปี

2. ควรศึกษาวิจัยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เพื่อวัดพฤติกรรมดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

References

1. National Health Security Office. A handbook of long-term public health care systems for the elderly in the area. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (In Thai)
2. Siangpror K. Health education and health behavior. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkornmahawiththayalai; 2019. (In Thai)
3. Traitawin U. The effects of caregivers empowerment program on bangban district, Phra nakhon si ayutthaya province. Association of Preventive Medicine of Thailand Journal. 2018; 8(2): 268-80. (In Thai)
4. DOUNGCHAN N, SINPRASERT P, THONGTHIENG W, WANCHAI A, SUTTHILAX C, BANLENGCHIT S. Stroke in older people and guidelines for strengthening caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 20-8. (In Thai)
5. Suwatcharakoon S. Thai Stroke Society. Bangkok. Charansanitwong Printing limited Company, 2019. (In Thai)

6. Division of Public Health Nursing. Statistics of the family caregiver in Bangkok. 2020. (In Thai)
7. Rangsa J, Rodjakpai Y, Pongsangpan P. Effect of empowerment program for caregivers and elderly patients with diabetes in Kantharwichai District, Mahasarakham Province. *Srinagarind Medical Journal*. 2016; 31(6): 377-87. (In Thai)
8. Nakkul N. The development of a care model for home-bound and bed-bound chronically ill patients in suratthani municipality. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2018; 32(1): 813-20. (In Thai)
9. Panthong P, Patisena T. The empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Journal of Disease Prevention and Control*. 2018; 24(2): 57-66. (In Thai)
10. Naewbood S. Effect of empowerment program on self-care ability of a Family caregiver. *Journal of Nursing and Education*. 2015; 8(4): 30-40. (In Thai)
11. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Thailand public health statistics. 2018. (In Thai)
12. Gibson C. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*. 1995; 21:1201-10.
13. Pengsa-ium V, Chaiyasung P, Pongsupasa V, Jumjana S. The development of caregiver's empowerment program of bed bound elderly in the community. *Journal of Nursing and Education*. 2017; 18(3): 83-95. (In Thai)
14. Chumsri S, Chaimongkol N, Sananreugsak S. Effects of the child caregiver's empowerment promoting program on ability and burden to care for children with cerebral palsy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2014; 22(4): 35 - 46. (In Thai)
15. Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Khayeri F, Masoudi R, Afzal SM. The family centered empowerment program can relieve stress anxiety and depression of heart failure patients' family caregivers. *World Family Medicine*. 2017; 15(10): 99-104.
16. Payroovee Z, Kashaninia Z, Mahdavian SY, Rezasoltani P. Effect of family empowerment on asthma control in school-age children. *Tanaffos*. 2017; 17(1): 47-52.
17. Yoo HK, Kim GH. An empowerment program for family caregivers of people with dementia. *Public Health Nursing*. 2019; 222-33.
18. Attaprajong J, Jewpattanakul Y, Krainuwut K. Effects of family members' empowerment-program on family members' food preparing behaviors for elderly diabetic patients. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2020; 64(1): 87-94. (In Thai)
19. Paksee N, Sriapo-ngam Y, Monkong S, Leelacharas S. Effects a transitional care program stroke patients and family careivers on caregiver's preparedness, stress adaptation, and satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2016; 22(1): 65-80. (In Thai)
20. Denise F. Polit, Cheryl T Beck. International differences in nursing research, 2005-2006. *JONS*. 2009; 41(1): 44-53.
21. Jaywan P, Nantachaipan P, Thongchai C. Effects of empowerment on perceived caring capabilities among caregivers of patients with traumatic brain injury. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2016; 43: 95-106. (In Thai)
22. Luecha A, Sminoy S, Kanachai V, Buphahou S, Tarachun R. The effectiveness of group empowerment program on caregivers of the elderly with dementia. *Journal of Suicide Prevention of Thailand*. 2020; 1(1): 41-56. (In Thai)
23. Pangkam N. Effects of empowerment program on caregiver pediatrics' with congenital heart disease who were post operations for complicated prevention. *J. Com. Health Dev. Quarterly Khon Kaen University*. 2017; 5(4): 625-41. (In Thai)

ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่รักษาในโรงพยาบาล 50 พรรษามหาจักรีราชมงคล The Effects of a Clinical Supervision Model on Nursing Practice Behaviors for Fall Prevention in Elderly Patients at The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital

เพ็ญศรี ศิริรังสรรค์กุล* เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เรณูการ์ ทองคำรอด
Pensri Sirirungsankul* Premruetai Noimuenwai, Renukar Thongkhamrod
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
Sukhothai Thammathirat Open University Nonthaburi Thailand 11120

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิก ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิก และอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาจักรีราชมงคล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่รับผู้สูงอายุไว้รักษาตัวได้รับการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แบบสอบถามได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.97 และ 1.0 และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effects of a clinical supervision model on nursing practice behaviors to prevent falls in the elderly, satisfaction with the developed clinical supervision model of professional nurses, and the fall rate in the elderly at the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital.

The sample consisted of 52 professional nurses who had worked in wards that admitted elderly patients for medical treatment, chosen through simple random sampling. The research instruments consisted of a clinical supervision manual for prevention of falls in the elderly patients, a questionnaire on nursing practice behavior and a questionnaire on satisfaction with the clinical supervision. Both questionnaires were verified for content validity by five experts. The content validity indexes of both questionnaires were 0.97 and 1 respectively. The Cronbach alpha coefficient of both tools were 0.91 and 0.87 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, one-way repeated measures ANOVA and Fisher 's Exact test.

The findings were as follows. 1) Nursing practice behaviors to prevent falls in the elderly and professional nurses' satisfaction with the developed clinical supervision model after receiving the developed clinical supervision model were statistically higher than before implementation at the .05 level. Furthermore, 2) The fall rate in the elderly after implementation of the developed clinical supervision model was statistically lower than before implementation at the .05 level.

Keywords : Falls, elderly, fall prevention, hospital fall

บทนำ

การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล¹⁻⁴ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ การเกิดการพลัดตกหกล้มพบมาก¹ ใน 5 อันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 70-80 ของภาวะเสี่ยงทั้งหมดที่เกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล¹⁻⁴ สหรัฐอเมริกาเกิดการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลประมาณ 700,000-1,000,000 คนต่อปีคิดเป็นอัตรา 5-10 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 14,000 เหรียญสหรัฐต่อราย¹⁻³ ประเทศไทยพบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล 2.63 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน⁴ และพบว่าค่ารักษาเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีกระดูกหักและไม่มีกระดูกหัก จำนวน 25,728.00 บาท และ 19,419.30 บาท⁵ ตามลำดับ

การพลัดตกหกล้มส่งผลทำให้ร่างกายได้รับการบาดเจ็บร้อยละ 30-50^{2,3} ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงทำให้เกิดแผลฟกช้ำ ถลอก แผลฉีกขาด และมีภาวะกระดูกหักร้อยละ 1-3² ทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และส่งผลให้เสียชีวิต

ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น¹⁻⁵ ด้านจิตใจผู้ที่พลัดตกหกล้มกลัวการหกล้มซ้ำร้อยละ 50-70⁶⁻⁸ วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และมีความสุขในชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยพลัดตกหกล้ม⁸ ยังส่งผลต่อจิตใจของญาติและบุคลากรผู้ดูแลอีกด้วย นอกจากนี้ การพลัดตกหกล้มส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการหารายได้ของครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์องค์กรและอาจมีการฟ้องร้องจากครอบครัวของผู้ป่วยตามมา^{4,6} ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในและภายนอกร่างกาย ปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ จากสภาวะการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ภาวะสับสน และจากยาที่ได้รับ²⁻⁶ ความเสื่อมของร่างกายต่างๆของผู้สูงอายุ ปัจจัยภายนอกจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นต่างระดับ พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ อุปกรณ์กีดขวางทางเดิน หรืออุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุที่ทำให้พลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลได้²⁻⁶ พยาบาลวิชาชีพหนึ่งในผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากที่สุดและเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการที่ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จะนำไปสู่การวางแผน

การพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการ
การพลัดตกหกล้มและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
ลงได้^{2,4}

การนิเทศทางคลินิกเป็นการกำกับ ควบคุม
ติดตาม ส่งเสริมสนับสนุนการทำงานของพยาบาลให้บรรลุ
ตามเป้าหมาย ขององค์กร^{9,10} การนิเทศในหอผู้ป่วยปฏิบัติ
โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคลากร
ที่สำคัญของฝ่ายการพยาบาลในการประสานความร่วมมือ
ระหว่าง บุคลากรทีมสุขภาพ ทีมการพยาบาล และผู้รับบริการ
การบริหาร จัดการด้านการดูแลผู้ป่วย การบริหารบุคลากร
ทางการพยาบาล ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ตลอดจนการอำนวยความสะดวก สร้างบรรยากาศที่ดีในการ
ทำงานและสร้างแรงจูงใจในการทำงานแก่ผู้ได้บังคับบัญชา
สามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนทักษะ และประสบการณ์ทาง
คลินิกให้แก่ผู้ปฏิบัติ งานในหน่วยงานของตนเองได้ ช่วยให้นาง
ให้บริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ป่วยบรรลุตาม
วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้^{9,10} การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิด
ของพรอคเตอร์ (Proctor)¹¹ เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการนิเทศ
ทางการพยาบาลโดยกำหนด บทบาทของผู้นิเทศทางคลินิก
3 ด้าน ได้แก่ การให้ความรู้ และทักษะ (Formative clinical
supervision) การปฏิบัติตาม มาตรฐาน (Normative clinical
supervision) และการสนับสนุน ด้านจิตใจ และสิ่งจำเป็นต่างๆ
(Restorative clinical supervision) จากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่างานวิจัย ส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการนิเทศของ
พรอคเตอร์ (Proctor) และ พบว่าการนิเทศทางคลินิกสนับสนุน
เชิงวิชาชีพ ช่วยลดภาวะเครียดของพยาบาลผู้รับการนิเทศ
สร้างความพึงพอใจของพยาบาล ผู้รับการนิเทศได้ และพบว่า
หลังได้รับการนิเทศทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถ
ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น^{10,12,13}

จากสถิติโรงพยาบาล ๕๐ พระรามหาวชิราลงกรณ
ในปี 2561-2563 การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุขณะนอนรักษา
พบมากเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของภาวะเสี่ยงทั้งหมดที่เกิดขึ้น
โรงพยาบาล พบอัตราการพลัดตกหกล้มเท่ากับ 1.62, 1.48
และ 1.64 ต่อ 1,000 วันนอน¹⁴ ผลกระทบที่เกิดจากการ
พลัดตก หกล้มทำให้ได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง
มีกระดูกหัก คิดเป็น 0.53, 0.56 และ 0.66 ต่อ 1,000 วันนอน
ตามลำดับ ต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่าย
ในการดูแล รักษาเพิ่มขึ้น¹⁴ ในขณะที่กลุ่มภารกิจด้านการ
พยาบาล โรงพยาบาล ๕๐ พระรามหาวชิราลงกรณ ได้กำหนด

เป้าหมายในการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเป็น 0 โดยได้กำหนด
นโยบายและจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ในผู้ป่วย ที่มารักษาในโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน แนวปฏิบัติได้
มีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มี
ความปลอดภัย อาทิ ปรับพื้นที่ต่างระดับ เพิ่มแสงสว่างตาม
ทางเดิน เพิ่มราว จับในห้องน้ำ แต่การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลยังมียังอย่างต่อเนื่อง และมีความรุนแรง
ที่เพิ่มขึ้น จากการทบทวนการพลัดตกหกล้มพบว่า พยาบาล
บางส่วนยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ไม่ได้ให้ความสำคัญ
ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างแท้จริง ขาดความต่อเนื่อง
ในการปฏิบัติ จากการขาดการนิเทศ กำกับ ติดตามที่มีประสิทธิภาพ
ขาดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล จึงสนใจ
ในการศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น
ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพ และอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
ที่รักษาในโรงพยาบาล ๕๐ พระรามหาวชิราลงกรณ โดยผู้วิจัย
ได้พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตก
หกล้มในผู้สูงอายุที่ระบูกิจกรรมการปฏิบัติในการนิเทศที่ชัดเจน
ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติการพยาบาล
การนิเทศขณะให้การพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการให้การ
พยาบาล โดยใช้แนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์¹¹ ร่วมกับ
การใช้แนวทางประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
ตามมาตรวัดของมอร์ส (Morse Fall Scale)¹⁵ ซึ่งผลการศึกษ
ครั้งนี้จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
และเกิดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ อันจะส่งผลให้ผู้รับ
การนิเทศมีทัศนคติที่ดีต่องานซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมใน
การปฏิบัติงาน ให้ความร่วมมือเพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตาม
เป้าหมายขององค์กรและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยได้^{10,12,13,16}

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุนระหว่าง
ก่อนและหลังได้รับการนิเทศตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิก
ที่พัฒนาขึ้น
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพระหว่างก่อนและหลังได้รับการนิเทศตามรูปแบบ
การนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลระหว่างก่อนและหลังได้รับการนิเทศตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น
3. อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. การนิเทศก่อนการปฏิบัติพยาบาลเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มตามมาตรวัดของมอร์สมอร์ส (Morse Fall Scale) การปฏิบัติตามมาตรฐาน
2. นิเทศขณะให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ แนะนำส่วนที่ขาด การให้กำลังใจและให้การสนับสนุน
3. การประเมินผล สรุปผลการปฏิบัติ และสะท้อนความรู้สึกลับ สนับสนุน การให้กำลังใจ



1. พฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
3. อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

แผนภูมิที่ 1 : กรอบแนวคิดในการวิจัยประยุกต์จากแนวคิดการนิเทศ¹¹

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยที่รับผู้สูงอายุไว้รักษาตัวเป็น จำนวน 8 แห่งในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 116 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิราลงกรณ โดยประยุกต์แนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์ (Proctor)¹¹ ร่วมกับกิจกรรมการนิเทศ 3 กิจกรรม และแนวคิดการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มตามมาตรวัดของมอร์สมอร์ส¹⁵ โดยมีกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วยตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยที่รับผู้สูงอายุไว้รักษาตัว ในช่วงระหว่าง เดือนกรกฎาคม-30 ตุลาคม 2564 (2) ยินดี เข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การ วิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power Analysis)¹⁷ โดยกำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลาง ค่าอำนาจในการทดสอบ เท่ากับ .95 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จะต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 43 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีก ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จัดทำเป็นคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และได้ปรับปรุงเนื้อหา ความเหมาะสมการใช้ภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยการประเมินตนเอง (self-report) แบบประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติระดับต่ำมาก (1.00-1.49 คะแนน) การปฏิบัติระดับต่ำ (1.50-2.49 คะแนน) การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) การปฏิบัติระดับสูง (3.50-4.49 คะแนน) และการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก (4.50- 5.00 คะแนน) จำนวน 46 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลของกองการพยาบาล⁹ 5 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ 3) การวางแผนการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ 4) การปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ และ 5) การประเมินผลจำนวน 7 ข้อ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.97 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนได้ค่าประสิทธิสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ แบบประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจระดับต่ำมาก (1.00-1.49 คะแนน) พึงพอใจ ระดับต่ำ

(1.50-2.49 คะแนน) พึงพอใจระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) พึงพอใจระดับสูง (3.50-4.49 คะแนน) และ พึงพอใจระดับสูงมาก (4.50-5.00 คะแนน) ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับการนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์¹¹ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติจำนวน 8 ข้อ และ 3) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและสิ่งจำเป็นต่างๆ จำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าประสิทธิสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

3) อัตราการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล ได้มาจากการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยในแต่ละเดือน¹⁴

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับหมายเลขหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ NS 5/2564 วันที่รับรอง 31/05/2564 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิการถอนตัวได้ตลอดเวลาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่เจาะจงว่าเป็นผู้ใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอม

การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมดำเนินการ ภายหลังจากเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิชิราลงกรณ และประสานงานกับผู้บริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

2. ขั้นตอนการทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน

การทำวิจัย รายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ลงลายมือชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการดังนี้

2.1 จัดการประชุมวิชาการ เรื่อง การนิเทศทางการพยาบาล การนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor)¹¹ การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมาตรวัดของมอร์ส (Morse Fall Scale) ใช้เวลา 1 วัน

2.2 เตรียมความพร้อมผู้นิเทศ ศึกษาคู่มือ ทบทวนความรู้ตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยนัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และพูดคุยปัญหาอุปสรรคและแนวทางการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละอย่างน้อย 1 ชม. ผู้นิเทศต้องเข้าร่วมอย่างน้อย 2 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์

2.3 ดำเนินการนิเทศตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยในที่รับผู้สูงอายุไว้ดูแล ปฏิบัติการนิเทศตามรูปแบบ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ติดตามการนิเทศทางคลินิกและให้คำแนะนำ ประสานช่วยเหลือการนิเทศหน่วยงานละ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ และหลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 และ 8 สัปดาห์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) ระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบที่ระดับ .05 ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normality distribution)

และวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรในการวัดไม่แตกต่างกัน (compound symmetry) ซึ่งวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรโดยใช้ Mauchly's test of sphericity ไม่เป็นไปตามข้อตกลง จึงรายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ และหลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ การกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ไม่เป็นไปตามข้อตกลง เบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบของฟริชแมน (Friedman's test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ และหลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 48 คน โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 28.50 ปี (SD = 4.34) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 26 - 30 ปี ร้อยละ 44.23 รองลงมาอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปีและมีอายุอยู่ระหว่าง 31- 35 ปี ร้อยละ 30.77 และ 15.38 ตามลำดับ ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายจำนวนหกละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสงฆ์ อาพาธ หอผู้ป่วยจักษุ โสต สอนาสิก หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 8 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวนหกละ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ประสบการณ์ในการทำงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 16 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 6.37 ปี (SD = 3.88) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 46.16 รองลงมามีประสบการณ์การทำงานพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 6-10 ปี และ 11-15 ปี เป็นร้อยละ 36.54 และ 15.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของพฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (n = 52)

พฤติกรรมปฏิบัติ	ก่อนการใช้รูปแบบ	หลังการใช้รูปแบบนิเทศ		SS	df	MS	F	p-value
	($\bar{X} \pm SD$)	4 สัปดาห์ ($\bar{X} \pm SD$)	8 สัปดาห์ ($\bar{X} \pm SD$)					
การประเมิน	3.18+.50 ^a	4.46+.43 ^b	4.56+.37 ^c	61.445	1.360	45.170	348.192	.000*
การวินิจฉัย	3.19+.59 ^a	4.43+.43 ^b	4.53+.41 ^c	57.964	1.234	46.971	168.636	.000*
การวางแผน	3.36+.52 ^a	4.50+.47 ^b	4.50+.47 ^b	45.084	1.156	38.993	196.691	.000*
ปฏิบัติการพยาบาล	3.34+.37 ^a	4.41+.36	4.45+.36	41.302	1.100	37.538	227.879	.000*
ประเมินผล	3.45+.43 ^a	4.42+.50 ^b	4.52+.46 ^c	36.184	1.270	28.492	134.236	.000*
รวม	3.30+.51 ^a	4.45+.47 ^b	4.51+.42	47.87	1.15	41.81	385.09	.000*

P* < .05 รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geiser, SS = Sum of Square, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square, M = Mean และ SD = Standard Deviation

จากตารางที่ 1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน หลังการใช้รูปแบบนิเทศทางคลินิก 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.45$, SD = .47) และ 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.51$, SD = .42) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศ ($\bar{X} = 3.30$, SD = .51) และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า พฤติกรรมปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ หลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 และ 8 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังได้รับการนิเทศตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น (n = 52)

ความพึงพอใจต่อการนิเทศ	ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ	หลังใช้รูปแบบการนิเทศ		X ²	df	p-value
	4 สัปดาห์ ($\bar{X} \pm SD$)	8 สัปดาห์ ($\bar{X} \pm SD$)	8 สัปดาห์ ($\bar{X} \pm SD$)			
การปฏิบัติตามมาตรฐาน	3.32+.46a	4.53+.32b	4.57+.29c	96.048	2	.000*
การให้ความรู้และพัฒนาทักษะ	3.67+.42a	4.48+.45b	4.54+.43c	81.916	2	.000*
การสนับสนุนและสิ่งจำเป็นต่างๆ	3.70+.37a	4.56+.43b	4.60+.50b	78.205	2	.000*
รวม	3.30+.37a	4.44+.34b	4.51+.30c	94.022	2	.000*

P* < .05

ตารางที่ 2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน หลังการใช้รูปแบบนิเทศทางคลินิก 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.44$, SD = .34) และ 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.51$, SD = .30) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศ ($\bar{X} = 3.30$, SD = .37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) และเมื่อ พิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อน ใช้รูปแบบการนิเทศ หลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 และ 8 สัปดาห์ ทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลระหว่าง ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ และหลังการ นิเทศ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ (N = 2,073)

รูปแบบการนิเทศทางคลินิก	จำนวนครั้ง การพลัดตกหกล้ม	จำนวนวันนอน	อัตราการพลัดตก หกล้มต่อพันวันนอน	Fisher's extract	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ	18	4,721	3.81	30.459	0.000
หลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 สัปดาห์	1	5,167	0.19		
หลังใช้รูปแบบการนิเทศ 8 สัปดาห์	0	4,903	0		

P* < .05

ตารางที่ 3 พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบนิเทศ ทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศ ทั้งโดยรวม และรายด้านตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล หลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 และ 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ การนิเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) อธิบายได้ว่ารูปแบบการนิเทศตามแนวคิดการนิเทศของ พรอคเตอร์ (Proctor)¹¹ 3 ด้าน ร่วมกับกิจกรรมการนเทศ คือ การนิเทศก่อนการปฏิบัติ การพยาบาล ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ นำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐาน นิเทศขณะให้ การพยาบาล แนะนำส่วนที่ขาด การให้กำลังใจ และให้ การสนับสนุน ทำให้ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเพิ่ม ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบการนิเทศตามแนวคิด ของพรอคเตอร์ (Proctor) ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อ การนิเทศทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น^{10,12,13,16}

พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การใช้รูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor) ทำให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เพิ่มขึ้น^{10,12,13}

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับ การนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ การนิเทศ ทั้งโดยรวมและรายด้าน 3 ด้านตามแนวคิดการ นิเทศของพรอคเตอร์ (Proctor)¹¹ ได้แก่ความพึงพอใจด้าน การปฏิบัติตามมาตรฐาน ด้านการให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และด้านการสนับสนุน หลังใช้รูปแบบการนิเทศ 4 และ 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) อธิบายได้ว่าการมีรูปแบบการนิเทศ ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ตามแนวคิดการนิเทศ¹¹ 3 ด้าน ร่วมกับกิจกรรมการนเทศ คือ การนิเทศก่อนการปฏิบัติ การพยาบาล ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ นำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐาน นิเทศขณะให้ การพยาบาล แนะนำส่วนที่ขาด การให้กำลังใจ และให้ การสนับสนุน ทำให้ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเพิ่ม ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบการนิเทศตามแนวคิด ของพรอคเตอร์ (Proctor) ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อ การนิเทศทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น^{10,12,13,16}

3. อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษา ในโรงพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากที่พยาบาลได้รับการนิเทศ ตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิก ทำให้มีความรู้ พัฒนาทักษะ มีความเข้าใจ เห็นความสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้อัตราการเกิดพลัด ตกหกล้มในผู้สูงอายุลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบทำให้อัตราการ

พลัดตกหกล้มต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05^{4,12,13}

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบ
การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้
ในหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล และสามารถประยุกต์ใช้
รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาลได้

1.2 ทีมพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง
ในการเฝ้าระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุใน
โรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถไปประยุกต์ใช้ใน
ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาวิจัยผลการใช้รูปแบบการนิเทศ
ทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่รักษา
ในโรงพยาบาลควรมีการวัดผลซ้ำอีก โดยวัดผลระยะนานขึ้น
เป็น 12 สัปดาห์ 16 สัปดาห์

2.2 การนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อ
ป้องกันการพลัดตกหกล้มไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่รักษา
ในโรงพยาบาล

2.3 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัย
แบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกหลากหลายแง่มุม
ทั้งด้านผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล

References

1. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospital. 5thed. Illinois : Joint Commission International. 2017.
2. Morris & O’Riordan. Prevention of falls in hospital. Royal College of Physicians Clinical Medicine. 2017; 17(4): 360-66.
3. Melin CM. Reducing falls in the inpatient hospital setting. International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2018; 16(1): 25-31
4. Kullavaniteewat S, Sorachaimetha P, Chiarat S, Kittichaised R, Radabutr M, Boonprasop S. A Development of Personalized Care Model to Prevent Falling for Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 422-33. (in Thai)
5. Limpawattana P, Sutra S, Thavornpitak Y, Chindaprasirt J, Mairieng P. Geriatric Hospitalizations Due to Fall-Related Injuries. J Med Assoc Thai. 2015; 95(1): 234-239. (in Thai)
6. Assonchai P. Common health problems in the elderly and prevention 5thed. Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital Mahidol University; 2015. (in Thai)
7. Tamsat A, Aree-Ue S, & Leelacharas S. Fear of falling and functional ability in older adult. Journal of The Police Nurse; 2015,7(1) 67-82. (in Thai)
8. Peeters G, Jones M, Byles J, Dobson A. Long-term consequences of non injurious and injurious falls on well-being in older women. The Journals of Gerontology: Series A. 2015; 70(2): 519-25.
9. Nursing Division, Ministry of Public Health. Nursing quality control. 2nd ed. Bangkok: Thammasat University. 2007. (in Thai)
10. Boonsong S, Noimuenwai P, Prasertsri N. Clinical Supervision Model for Isolation Precaution of Antimicrobial Resistance at Neurological Surgery Department Sunpasitthiprasong Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1):458-67. (in Thai)
11. Proctor B. Training for the supervision alliance of Clinical Supervision: Fundamental International Themes Routledge. 2001

12. Yuswanto, T., Ernawati, N., & Rajiani, I. The Effectiveness of Clinical Supervision Model Based on Proctor Theory and Interpersonal Relationship Cycle (PIR-C) toward Nurses' Performance in Improving the Quality of Nursing Care Documentation. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2018; 9(10): 561-66.
13. Cruz S, Carvalho L, & Lopes E. Improving the evaluation of risk of fall through clinical supervision: an evidence. *International Journal of Information and Education Technology*. 2016; 4(6): 526-30
14. The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Information Center. Service statistics 2020.
15. Morse, J. M., Morse, R., & Tylko, S. Development of a scale to identify the fall-patient prone. 1989; *Can Journal Aging*: 8(2), 366-700
16. Tuck, J. A new approach to team clinical supervision on an acute admissions unit. *Mental Health Practice. Mental Health Practice*. 2017; 20(5): 20-7.
17. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009; 41: 1149-60.

ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล ในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19

Experiences of Nursing Administrators for Managing Nursing Care Delivery
of Patients with COVID-19

มณฑนรรค์ ดิษฐสุวรรณ* อารีวรรณ อ่วมตานี

Montanan Ditthasuwat* Areewan Oumtanee

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ระหว่างเดือนมกราคม 2563-ธันวาคม 2564 ทั้งหมด 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเทป การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลทั้งหมดมาถอดเทปแบบคำต่อคำ วิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของโคไลซี ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 แบ่งเป็น 6 ประเด็น ดังนี้ 1) จัดหาพื้นที่ ปรับโครงสร้างหน่วยงานรองรับผู้ป่วย 2) จัดหาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 3) เตรียมความพร้อมพยาบาลและจัดหาอุปกรณ์การป้องกัน 4) อุปกรณ์ป้องกันขาดแคลน ต้องมีแผนการแก้ไข 5) อัตรากำลังพยาบาลไม่พอ ต้องขอกำลังเสริม 6) เกิดความร่วมมือร่วมใจ จึงควบคุมสถานการณ์โควิด 19 ได้

ผลการวิจัยนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 และโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์ในการบริหารจัดการ, ผู้ป่วยโควิด 19, ผู้บริหารทางการพยาบาล

Abstract

The purpose of this study is to describe the experiences of nursing administrators in managing nursing care for COVID-19 patients. Qualitative research was applied to use in this study. Study informants were 25 nursing administrators involving with managing nursing care for COVID-19 patients, during January 2021-December 2022. Data were collected by in-depth interviews, taping, observation and field recording. All data were transcribed verbatim and analyzed by using Colaizzi's method

The findings of exploring the experiences of nursing administrators for managing nursing care delivery to patients with COVID-19 consist of 6 themes including 1) Selecting appropriate location and re-structuring the nursing unit 2) Recruiting nursing staff to take care of patients 3) Preparing for nursing staff and procuring preventive equipment 4) Saving and asking donation for insufficient supply 5) Pulling staff from other units to overcome staff shortage and 6) Creating strong cooperation among staff to achieve COVID-19

Keyword: Experiences of managing nursing care, patients with COVID-19, nursing administrators

บทนำ

อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่มีการระบาดแพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว มีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดดังกล่าวเป็นการระบาดใหญ่และแนะนำให้แต่ละประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค¹ สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยเริ่มขึ้นเมื่อพบผู้ติดเชื้อรายแรกในวันที่ 13 มกราคม 2563 หลังจากนั้นเกิดการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องทั้งในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ทำให้กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงอันตรายจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงออกประกาศให้โรคดังกล่าว เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของประเทศไทย หลังจากนั้นรัฐบาลจึงได้ออกประกาศภาวะฉุกเฉินทั้งประเทศ เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น และมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการเตรียมความพร้อมดำเนินงานควบคุมป้องกันสถานการณ์การระบาด² ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง ดำเนินการเตรียมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ได้จัดตั้งคณะทำงานและมืองค์การพยาบาลเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมและดูแลผู้ป่วยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในโรงพยาบาล

ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว มีการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ และนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสื่อต่างๆ มากมาย ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก และความกังวลด้านบุคลากรทางการแพทย์ และศักยภาพของระบบสถานพยาบาลต่อการรองรับปัญหาในสถานการณ์การระบาด เนื่องจากการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน จึงกลายเป็นประเด็นสำคัญผู้บริหาร

ในโรงพยาบาลต้องเตรียมรับมือและแก้ไขกับสถานการณ์ดังกล่าว ในช่วงเวลานั้น การบริหารจัดการบริการพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการรับมือ เป็นการบริหารจัดการตามความรู้ ความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่³ นอกจากนี้ การบริหารจัดการสถานการณ์โควิด 19 เป็นการบริหารจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรต่างๆ เช่น พื้นที่ในการจัดทำหอผู้ป่วยเฉพาะกิจงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกัน และบุคลากรทางการแพทย์ที่จะดูแลผู้ป่วย⁴ ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้การดำเนินการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ เกี่ยวกับการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด 19 ของผู้บริหารทางการพยาบาล พบว่า ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเริ่มตั้งแต่ มีระบบควบคุมและสั่งการโดยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลอย่าง ทันต่วงทีในสถานการณ์เร่งด่วน⁵ มีทีมสนับสนุนในการให้คำปรึกษา กำหนดมาตรฐานแนวปฏิบัติการพยาบาล จัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และเตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์ให้เพียงพอ ต้องจัดสรรอัตราค่าจ้างพยาบาลให้เพียงพอ และฝึกอบรม ทักษะในการปฏิบัติงานตามหลักการป้องกันการติดเชื้อในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตเหล่านี้^{5,6} เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นเกิดความมั่นใจและปลอดภัยในการทำงาน แม้จะมีแนวทางบริหารจัดการซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวนหนึ่งแล้ว แต่การบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ในแต่ละประเทศย่อมมีความแตกต่างกัน เนื่องจากบริบทของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน และอยู่ในสถานการณ์ที่มีความต่างทั้งช่วงระยะเวลาและสถานที่ย่อมทำให้ได้ข้อค้นพบที่มีความเฉพาะปรากฏการณ์ จากสถานที่แห่งหนึ่งใช้กับสถานที่แห่งอื่นได้⁷

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของผู้บริหาร
ทางการพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19
โดยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพและใช้วิธีการ
สัมภาษณ์เชิงลึกจากประสบการณ์จริงของผู้บริหารทางการ
พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการการดูแล
ผู้ป่วยโควิด 19 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึกตามประสบการณ์ เปรียบเทียบกับ
เหตุการณ์ใดบ้างและแก้ไขเหตุการณ์อย่างไรจึงบรรลุเป้าหมาย
ที่ตั้งไว้ สิ่งที่ได้จะสะท้อนให้เห็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งไม่สามารถ
เก็บและรวบรวมได้ด้วยตัวเลขหรือข้อมูลทางสถิติและ
สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางนโยบายบริหาร
จัดการ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19
และโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้บริหารทาง
การพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาล
ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยเชิง
คุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีส่วนร่วม
ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 25 คน
คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling)
ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1)) ผู้บริหารทาง
การพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีการดูแล
ผู้ป่วยโควิด 19 2) มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการดูแล
ผู้ป่วยโควิด 19 ตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 1 เดือนมกราคม
2563-การระบาดระลอกที่ 3 ธันวาคม 2564 และ
3) มีความยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล โรงพยาบาลละ 5 คน
ตามดุลพินิจของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ประสานงาน
โครงการวิจัยในการระบุรายชื่อของผู้บริหารการพยาบาล
ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลและได้ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้
ข้อมูลครบ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัย
ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง
นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลได้แก่ 1) เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง 2) แบบบันทึกข้อมูล
ส่วนบุคคล ไว้บันทึก รหัสหมายเลขผู้ให้ข้อมูล ประสบการณ์
การเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ระยะเวลาในการบริหาร
จัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 3) แบบบันทึกภาคสนาม
ไว้บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์
และคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตั้งข้อคำถามกว้างๆ
เพื่อเป็นคำถามเกริ่นนำ เช่น

“เริ่มต้นต้องเตรียมอะไรบ้างในการรับมือกับ
สถานการณ์การแพร่ระบาดเข้ามาในหน่วยงานหรือองค์กร”
เมื่อผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์
โควิด 19 ผู้วิจัยจะใช้คำถามเชิงลึกในแต่ละประเด็นที่ผู้ให้
ข้อมูลเริ่มเล่าถึงประสบการณ์ของการจัดการการดูแลผู้ป่วย
โควิด 19 เช่น การเตรียมหาบุคลากร ท่านดำเนินการอย่างไร
เพราะเหตุใดจึงดำเนินการดังที่กล่าว รับมืออย่างไรกับ
สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะ
กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน
ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 14
กรกฎาคม 2564 รหัสโครงการวิจัยที่ 107.1/64 จากนั้นผู้วิจัย
ดำเนินการขออนุมัติการวิจัยในคนกับคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษาทั้ง 5 แห่ง
เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวก
โรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษาแล้ว ผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้า
กลุ่มการพยาบาล และผู้ประสานงานโครงการวิจัยที่ผู้วิจัย
เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์
ของผู้บริหารทางการพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการ
ติดต่อผู้ให้ข้อมูลและสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล
ก่อนการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและ
ขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์อย่างละเอียดทุกครั้ง
และขออนุญาตบันทึกเสียง และจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ทุกครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกระยะของการ
สัมภาษณ์ เมื่อกระบวนการศึกษาวิจัยสำเร็จผู้วิจัย จะทำลาย

ไฟล์และเอกสารบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกศึกษา ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อีกครั้งหลังการคัดเลือกเพื่อยืนยันความสมัครใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงขออนุญาตทำการนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อถึงวันนัดหมายผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ให้ข้อมูลและสัมภาษณ์ด้วยตนเองทุกราย ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยคำถามกว้างๆ และเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาด้วยคำถามหลักและคำถามเจาะลึกในประเด็นที่น่าสนใจ ร่วมกับการบันทึกเสียง จดบันทึก และสังเกตผู้ให้ข้อมูลตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์ โดยเป็นการสัมภาษณ์รายละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 50-100 นาที แล้วนำข้อมูลไปถอดเทปแบบคำต่อคำ สิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูล 25 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Colaizzi⁸ โดยการนำข้อมูลที่ได้อาถอดเทปคำต่อคำจากนั้นนำข้อมูลเหล่านั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องโดยการเปิดเทปเสียงซ้ำและอ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปอีกครั้ง จากนั้นอ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจในข้อมูลหรือปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นสำคัญ และดึงคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์มาแยกข้อความสำคัญไว้ จัดกลุ่มข้อมูลตามลักษณะของความหมายที่เป็นแนวทางเดียวกัน เมื่อได้ประเด็นต่างๆ จำนวนมาก และไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น จึงหยุดการสัมภาษณ์ กำหนดชื่อรหัสข้อมูล จัดรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ เพื่อลดทอนข้อมูลลง และทำการวิเคราะห์หมวดหมู่ที่ได้จัดเป็นหมวดหมู่ประเด็นหลักและประเด็นย่อย และนำประเด็นของปรากฏการณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ใช้เกณฑ์ของ Guba and Lincoln⁷ ดังนี้ 1) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยนำบท

สัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายตรวจสอบเนื้อหาหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดส่งทาง E-mail และและทาง Line application ทุกราย พบว่าไม่มีการแก้ไขข้อมูล 2) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debrief) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์การวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 3 คน ตรวจสอบประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผลการตรวจสอบมีการปรับแก้ข้อบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 มีดังนี้

1) จัดหาพื้นที่และปรับโครงสร้างหน่วยงานสำหรับรองรับผู้ป่วยโควิด 19 ภายหลังกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงดำเนินการเตรียมรองรับการสถานการณ์การแพร่ระบาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะทำงาน และหัวหน้าผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้เริ่มเตรียมสถานที่และปรับโครงสร้างหน่วยงานสำหรับรองรับผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งมีการดำเนินการหลายระยะ ในช่วงแรกต้องเร่งจัดตั้งหอผู้ป่วยแยกโรค (Cohort ward) เพื่อแยกผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ออกจากผู้ป่วยทั่วไป ในขณะที่ทุกโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องพื้นที่ แนวปฏิบัติในการจัดการสถานที่ และมีระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ในการดำเนินการให้เสร็จ ดังนั้นจึงตัดสินใจใช้สถานที่ที่เป็นอาคารเก่า หรือปรับหอผู้ป่วยเดิมมาเป็นพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยให้หัวหน้าควบคุมป้องกันการติดเชื้อเป็นกำลังหลักในการปรับพื้นที่ ดังคำสัมภาษณ์ “หลังจากที่ประชุมร่วมกับ ผ.อ. พี่กับหัวหน้า IC แล้วก็หัวหน้าผู้ป่วยใน เราไปดูเกี่ยวกับสถานที่มาก่อนว่าจะใช้ตรงไหน พอว่าน่าจะใช้สถานที่ที่นี่ พี่ก็รายงานผู้อำนวยการ...เรามีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่นะคะ ต้องใช้เป็นตึกเก่า...ที่ยังมีพื้นที่ว่างอยู่ เป็นห้องพิเศษ ...เราก็ลงไปดูที่หน้างานเลย เอา IC ไปด้วย เอาคนที่เกี่ยวข้อง...ไปคุยกันหน้างาน... เริ่มปรับโครงสร้างพื้นที่ภายใน...หลักๆเรื่องของระบบอากาศ...ให้ช่างมาเช็คระบบแอร์ ใช้เปิดหน้าต่างเอาแยกระบบอากาศกับคนไข้ กันกระจุจตรงเคาน์เตอร์พยาบาลติด intercom ไว้สื่อสารกับคนไข้ เราก็เปิดเป็น ward รับคนไข้โควิด” รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (ID2)

2) จัดหาบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
โควิด 19 การคัดเลือกในครั้งนี้ผู้บริหารการพยาบาลรับรู้ได้ว่า
พยาบาลทุกคนรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น
จึงต้องคำนึงความปลอดภัยของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญจึงต้อง
พิจารณาจากภาวะสุขภาพเป็นหลัก จากนั้นใช้วิธีขออาสาสมัคร
จากพยาบาลในหน่วยงานต่างๆ ก่อนในช่วงแรก ต่อมาเมื่อ
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง
กำหนดใช้นโยบายเชิงบังคับ ให้แต่ละหน่วยงานส่งตัวแทน
บุคลากรพยาบาล หมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด-19
เพื่อให้มีบุคลากรพยาบาลพร้อมปฏิบัติงานในสถานการณ์การ
แพร่ระบาด “...แต่ COVID ward เราต้องมีเกณฑ์คัดเลือกคนที่
จะไปอยู่ตรงนั้น...โควิดมันเป็นโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่ออันตราย...
เราก็ต้องมองเรื่องความปลอดภัยและเรื่องสุขภาพของ
น้องพยาบาลเราด้วย... เราจะเอาเฉพาะคนที่ 1 ร่างกายแข็งแรง
2. คนอายุ 50 ปีขึ้นไป ไม่เอาเพราะเป็น high risk 3. ถ้ามีโรค
กลุ่มเสี่ยง ไม่ว่าหัวใจ เบาหวาน ความดัน ก็ไม่เอา ตัดออกหมด”
และ “กลุ่มงานพยาบาลเรามีข้อสรุปร่วมกันค่ะ ช่วงแรกเราก็ใช้
อาสาสมัครค่ะ” หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน (ID9)
และอีกหนึ่งตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ได้แก่ “...แต่คนไข้มีเรื่อยๆ
ไง ต้องมีคนดูแล พี่ก็กำหนดให้จัดเวรเวียนกัน...น้องในแต่ละ
วอร์ดให้เวียนเข้ามา 1 คน 1 เวร กำหนดออกมา เป็นนโยบาย
ของกลุ่มการพยาบาลแบบบังคับเลย” รองผู้อำนวยการด้าน
การพยาบาล (ID1)

3) เตรียมความพร้อมของพยาบาลและจัดหา
อุปกรณ์การป้องกัน ภารกิจต่อมา คือ เตรียมความพร้อมให้กับ
บุคลากรพยาบาลภายในระยะเวลาจำกัดจึงต้องเน้นการให้
ความรู้ ฝึกทักษะการสวมใส่ PPE เป็นสิ่งสำคัญสอนโดยหัวหน้า
ควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ทำจนคล่องและสอบปฏิบัติก่อนไป
ปฏิบัติงานจริง นอกจากผู้บริหารการพยาบาลต้องมั่นใจว่า
พยาบาลเรามีอุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอจึงมอบหมายให้พยาบาล
ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล บางโรงพยาบาล
หัวหน้าพยาบาลมอบหมายให้หอผู้ป่วยใดหอผู้ป่วยหนึ่งที่ดูแล
คนไข้โควิด 19 เป็นหน่วยงานรับผิดชอบควบคุมเบิกจ่ายชุด PPE,
mask, N95 ของกลุ่มการพยาบาลฯ เพื่อความปลอดภัยของ
พยาบาล “...เวลาเราจำกัดค่ะ...เราต้องเตรียมสมรรถนะเรื่องติด
เชื้อให้กับน้องพยาบาลเรา ...พี่ให้ทางIC แล้วก็หัวหน้ากลุ่มงาน
วิชาการร่วมรับผิดชอบค่ะ... พี่ให้พยาบาลทุกคนต้องเข้าอบรม
100%...เชิญแพทย์ ID สอนบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรค...
ให้IC สอนสาธิตฝึกสวมใส่ ถอดชุดPPE ตามขั้นตอนอะคะ ลอง

ให้จับคู่ฝึกใส่ ถอด ทำจนคล่อง แล้วต้องสอบประเมินผลกับทีม
IC กับหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ...เราทำให้น้องเรามีอาวุธครบมือ
แล้ว พี่เชื่อมั่นว่าน้องเราสามารถปฏิบัติงาน” หัวหน้ากลุ่ม
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน (ID9) และอีกหนึ่งตัวอย่างคำ
สัมภาษณ์ ได้แก่ “...พี่ก็ให้กลุ่มการพยาบาลเราจัดสต็อกเองคะ
เป็นแบบsub stock ...มอบหมายให้วอร์ดชั้น 21 เนี่ยอะคะ
ดูแลควบคุมเบิกจ่ายทางด้านอุปกรณ์ ชุดป้องกัน PPE mask
N95 ในกลุ่มการพยาบาล... เราก็จะมีระบบโลจิสติกส์
มาช่วย... พี่ก็ให้ทาง IT ทำเป็นสูตรสำเร็จรูปให้น้องๆ เข้าด้วยกัน”
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (ID2)

4) อุปกรณ์ป้องกันขาดแคลน ต้องมีแผนการแก้ไข
การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอกแรกเป็นการระบาด
เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทุกโรงพยาบาลความต้องการใช้เครื่องมือ
อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลทำให้เกิดการขาดแคลน surgical
mask, N95 ผู้บริหารการพยาบาล จึงต้องออกมาตรการควบคุม
การใช้ หน้ากากอนามัย (surgical mask) และมีการนำหน้ากาก
N-95 กลับมาใช้ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ขอรับบริจาคเครื่องมือ
อุปกรณ์ ชุดป้องกันต่างๆ จากประชาชน องค์การภาครัฐและ
เอกชน “...ช่วงนั้นนะ ชุดPPE ก็ไม่พอ N95 ก็แทบจะไม่มี mask
ก็ไม่ขาดแคลน ...พี่ก็ต้องพยายามsave การใช้อุปกรณ์พวกนี้
ทั้งหมด...พี่เลยต้องคุม เพื่อออกมาตรการควบคุมการใช้เลย
เรื่อง mask เนี่ยอะเราจะ...พี่ให้ mask1 ชิ้นต่อวัน คือ 8 ชม.
ต่อวันนะ... ส่วน N95 ก็ต้อง reuse ใช้ ให้ใช้อาทิตย์หนึ่ง
ถ้ามันและต้องใส่หม้ออบ แล้วค่อยใส่หม้ออบมาซ้ำแล้วค่อย
มาใส่ใหม่ถ้ามันยังใช้ได้...อ้างอิงการใช้ซ้ำตามมาตรฐาน
กรมฯ เราก็ต้องทำทุกวิธีทางให้เรามีอุปกรณ์ใช้ให้พอ ก็ต้อง
ประชาสัมพันธ์ขอบริจาคจากประชาชน องค์การภาครัฐและ
เอกชน ทั้งPPE mask N95 ช่วงนั้นรับของเยอะมาก จนกระทั่ง
ทุกวันนี้มี PPE เยอะมาก ใช้ได้ไม่ขาดมือเลย....ระลอก 3 เรา
ขาดเครื่องพวก Hi flow เครื่องช่วยหายใจ เราขอบริจาคหมด”
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (ID1)

5) อัตรากำลังพยาบาลไม่พอ ต้องขอกำลังเสริม
จากทุกหน่วยงาน นับตั้งแต่สถานการณ์การแพร่ระบาดเข้ามา
ในโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาล
มีงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งงานในและนอก
โรงพยาบาล ทำให้อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ เบื้องต้น
ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้วิธีการขออัตรากำลังเสริมเฉพาะ
ทั้งในหน่วยงาน ต่อมาในระลอก 3 เมื่อผู้ป่วยโควิดเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากเกินอัตรากำลังพยาบาล

ที่มี หัวหน้าพยาบาลต้องเสนอผู้บริหารระดับโรงพยาบาล ในการขออัตรากำลังเสริมจากสหสาขาวิชาชีพ บุคลากร ภายนอกเพื่อแบ่งเบาภาระงานบางส่วน เป็นต้น “...เราไม่รู้มัน จะมากน้อยแค่ไหน...คนไข้มาเพิ่มเร็วมาก งานมันเพิ่มมากขึ้น อัตรากำลังไม่พอ เลยขอหาเจ้าหน้าที่ที่อื่นมาช่วยขึ้น Part time ที่แจ้งหัวหน้าพยาบาลในที่ประชุมว่าขออัตรากำลังเสริมมาช่วย ที่เวิร์ดและตอนนั้นกลุ่มการพยาบาล มีนโยบายเตรียมคนไป ทำงานที่ Cohort เขาก็ให้พยาบาลทุก ward มาฝึกที่ที่ก่อน ที่เคยได้เจ้าหน้าที่มาช่วยหมุน 1 คนทุก 3 เดือน เวียนไปเรื่อยๆ” **หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษแยกโรค (ID14)** และอีกหนึ่งตัวอย่าง คำสัมภาษณ์ ได้แก่ อัตรากำลังคนของพี่ เรียกได้ว่าหมดทั้งกลุ่ม การพยาบาลแล้ว เราไม่มีจะให้หมุนแล้ว...พี่ก็เสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล พี่ใช้วิธีขอรับคนระดับปริญญาตรี ทั่วไปค่ะ มาดูแลคนไข้ทางโทรศัพท์แต่พี่แบ่ง Job Description ของปริญญาตรี แล้ว Cover ด้วยพยาบาล...ปริญญาตรีทั่วไป จะได้รับผิดชอบในทางด้าน non clinical ให้เอาข้อมูล ของคนไข้จาก Line จาก QR Code และจากการคุยกัน ทางโทรศัพท์ลงข้อมูลในระบบ เขาก็เห็นด้วย ก็อนุมัติมาทำให้ พี่สามารถมีอัตรากำลังที่เพิ่มมาช่วยในส่วน” **รองผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล (ID3)**

6) เกิดความร่วมมือร่วมใจ จึงจะควบคุม สถานการณ์โควิด 19 ได้ การบริหารจัดการสถานการณ์การ แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จะสำเร็จไม่ได้ หากขาดความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรในองค์กร ผู้บริหารจะนำอย่างเดียวแล้ว จะประสบความสำเร็จ ในสถานการณ์แบบนี้เป็นไปได้ จะต้อง มาจากบุคลากรทุกคนในองค์กรจึงสามารถรับมือกับปัญหา และเหตุการณ์ต่างๆไปได้ด้วยดี “พี่ว่าเรื่องความร่วมมือร่วมใจ ของทุกคนเป็นสิ่งสำคัญนะ ไม่ใช่ว่าผู้บริหารจะนำอย่างเดียวแล้ว จะประสบความสำเร็จ มันต้องมาจากทุกคนช่วยกัน...อย่างพี่จะ เปิด Ward ไหนสัก ward เป็น ward โควิด ก็จะต้องอาศัยแรง กายแรงใจของทุกคนนะ ทั้ง ผ.อ. รองบริหาร โดยเฉพาะ IC เป็นกำลังหลักสำคัญ กลุ่มการพยาบาล ช่างอาคาร คนงาน แม่ บ้าน ทุกคนมาช่วยกันดู ช่วยกันมองซ้าย มองขวา วางระบบงาน เสนอแนะก็แก้กันไป ... คนละไม้คนละมือ ช่วยกันฝ่าวิกฤตนี้ไป ให้ได้ เราถึงรับมือกับสถานการณ์การระบาดได้ งานมันก็ successในที่สุด” **รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (ID1)**

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การจัดหาพื้นที่และปรับ โครงสร้างหน่วยงานสำหรับรองรับผู้ป่วยโควิด 19 นั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลมีส่วนสำคัญในการเตรียมสถานที่ และปรับโครงสร้างหน่วยงานสำหรับรองรับผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น คือ โรงพยาบาลมีข้อจำกัดพื้นที่ ไม่สามารถขยายพื้นที่เพื่อรองรับ ผู้ป่วยโควิดได้ แนวปฏิบัติในการจัดการสถานที่เพื่อรองรับ ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการ พยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลลำพูน⁹ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมพื้นที่ คือ ไม่สามารถ ดำเนินการได้เต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดของอาคาร สถานที่ และขาดบุคลากรในการวางแผนเตรียมการรับมือกับสถานการณ์ การแพร่ระบาด จึงต้องให้หัวหน้างานควบคุม ป้องกันการติดเชื้อเป็นกำลังหลักในการจัดตั้งพื้นที่ดังกล่าว และเร่งสำรวจ พื้นที่โดยใช้อาคารเก่านั้นมาปรับเป็นหอผู้ป่วยแยกโรค เพื่อ รองรับผู้ป่วยโควิด 19 ไปก่อนในระยะแรก และดำเนินการพื้นที่ ภายในโดยแบ่งพื้นที่เป็นโซนสะอาดสำหรับบุคลากรปฏิบัติงาน โซนผู้ป่วยโควิด และโซนกึ่งสะอาดใช้สำหรับส่งต่ออุปกรณ์ที่ เข้าไปดูแลผู้ป่วย มีการติดกล้องวงจรปิดและติด Intercom ไว้ติดตามอาการและใช้สื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย หอผู้ป่วยปรับเป็นพื้นที่โล่ง เป็นไปตามแนวทางของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ต่อมาการ ระบาดระลอกที่ 2-3 จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น จึงต้องมีการปรับพื้นที่หอผู้ป่วยทั่วไปให้เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลรักษา ผู้ป่วยโควิด-19 ทันที^{5,6}

ส่วนจัดหามูลค่าการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โควิด 19 ผู้บริหารการพยาบาลรับรู้ได้ว่าพยาบาลทุกคนรู้สึก กลัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น จึงต้องคำนึง ความปลอดภัยของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญจึงต้องพิจารณา จากภาวะสุขภาพเป็นหลัก ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ตามที่กระทรวงกำหนด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลคัดเลือกบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร กลุ่มโรคเรื้อรัง ย้ายไปปฏิบัติงาน ที่หอผู้ป่วยที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในช่วงสถานการณ์ การระบาด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตของบุคลากร พยาบาลเป็นสำคัญ^{11,12} จากนั้นจึงใช้วิธีการขออาสาสมัคร พยาบาลในหน่วยงานต่างๆให้ได้จำนวนที่เพียงพอในการบริหาร

จัดการ ต่อมาเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น อัตราการจาก
อาสาศมครไม่เพียงพอ ผู้บริหารการพยาบาลจึงต้องกำหนด
เป็นนโยบาย ให้แต่ละหน่วยงานส่งบุคลากรพยาบาลอย่างน้อย
1-2 คน หมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อให้มี
บุคลากรเพียงพอในการปฏิบัติงานได้ทันที^{6,12}

**เตรียมความพร้อมของพยาบาลและจัดหาอุปกรณ์
การป้องกัน** เป็นเรื่องที่ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกคนให้
ความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลเป็นกลุ่มแรกที่ต้อง
ปฏิบัติงานเผชิญหน้าดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อดังกล่าวอย่าง
ใกล้ชิด สิ่งที่จะทำให้บุคลากรเหล่านี้สามารถปฏิบัติงานได้อย่าง
ปลอดภัย คือ การให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ
อย่างถูกต้อง โดยมอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มควบคุมและป้องกัน
การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ผลการวิจัยนี้
สอดคล้องกับการถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลัง
พยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลในระหว่างการระบาดของ
covid-19¹² พบว่า หัวหน้างานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
ในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเลือกใช้อุปกรณ์
ชุดป้องกันส่วนบุคคล (PPE) แต่ละประเภท พร้อมทั้งสาธิต
การใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) แต่ละชนิด
และให้ทุกคนทำการฝึกซ้อมการใส่และถอด PPE ก่อนปฏิบัติ
งานจริง นอกจากนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมั่นใจว่า
บุคลากรพยาบาล มีอุปกรณ์ ชุดป้องกันพร้อมใช้ต่อเนื่อง
ตลอดเวลาจึงมอบหมายให้หัวหน้าพยาบาลป้องกันและควบคุม
การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลควบคุมจำนวนสต็อก
และความเหมาะสมของการใช้อุปกรณ์เวชภัณฑ์ในการดูแล
ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการบริหารการ
พยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19¹³ กล่าวว่
องค์การพยาบาลควรมีทีมงานรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดสรร
อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) โดยตรง ทั้งวิเคราะห์
คาดการณ์ ควบคุม และวางแผนบริหารจัดการให้มีพร้อมใช้
ต่อเนื่อง

ส่วนอุปกรณ์ป้องกันขาดแคลน ต้องมีแผนการแก้ไข
เป็นปัญหาสำคัญอีกประการในการบริหารจัดการช่วง
สถานการณ์การแพร่ระบาด วิธีการหนึ่งที่ได้นำมาปรับใช้
คือ การออกมาตรการควบคุมการใช้หน้ากากอนามัย โดยเบิก
จ่ายให้กับบุคลากรจำนวน 1 ชิ้นต่อคนต่อวัน นอกจากนี้ได้
กำหนดแนวปฏิบัติการนำหน้ากาก N95 กลับมาใช้ซ้ำโดยผ่าน
กระบวนการฆ่าเชื้อตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษการบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกัน

ส่วนบุคคล (PPE) และหน้ากาก N95 สำหรับโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง¹⁴
พบว่า อุปกรณ์การป้องกัน PPE และหน้ากากอนามัยที่ได้รับ
การจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการใช้งาน
โรงพยาบาลต่างๆ จึงต้องขอรับบริจาคจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้ง
ภาครัฐและเอกชน และโรงพยาบาลออกมาตรการลดการใช้
ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น เช่น เป็นการรักษาผู้ป่วยแบบออนไลน์
ทำความสะอาดทรัพยากรที่ใช้แล้วให้สามารถนำกลับมาใช้
งานใหม่ เป็นต้น

**อัตราากำลังพยาบาลไม่พอ ต้องขอกำลังเสริมจาก
ทุกหน่วยงาน** ปัญหาอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นและต้องแก้ไข
ไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของกลุ่มการพยาบาล
ในช่วงแรกใช้วิธีจัดขออัตรากำลังเสริมจากหน่วยงานภายใน
กลุ่มการพยาบาลก่อน ต่อมาเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเกิน
อัตรากำลังของพยาบาลที่มีอยู่ หัวหน้าพยาบาลต้องเสนอ
ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลในการขออัตรากำลังเสริมมา
เพื่อแบ่งเบาภาระงานบางส่วน สอดคล้องการศึกษการพัฒนา
รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของ
โควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย¹⁵ พบว่า ในระยะ
ที่มีการระบาดมาก ผู้บริหารได้วางแผนขออัตรากำลังเสริม
กับภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยมีการจัดเวรพยาบาลจาก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแบ่งเบาภาระงาน
บางส่วนของพยาบาลในโรงพยาบาล

**เกิดความร่วมมือร่วมใจ จึงจะควบคุมสถานการณ์
โควิด 19 ได้** ในการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด 19
ที่ผ่านมาผู้บริหารทางการพยาบาลสะท้อนผลลัพธ์ของการทำงานว่า เป็นความร่วมมือร่วมใจของทุกคนทุกหน่วยงาน
ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงสุดในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล
ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งหน่วยงานสนับสนุน ช่วยบริหาร
จัดการรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
โรงพยาบาลจึงควบคุมสถานการณ์โควิด 19 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษากิจการทางพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาด
ใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹⁶ พบว่า หนึ่งใน
ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการทางพยาบาล ในช่วง
วิกฤตการระบาดของโรคโควิด 19 คือ การมีทีมงานสหสาขา
วิชาชีพทุกทีมที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล และหน่วยงาน
สนับสนุนต่างๆ ได้ร่วมแรงร่วมใจทำงานประสานเชื่อมโยงกัน
อย่างดีและรวดเร็วทำให้องค์การสามารถผ่านสถานการณ์วิกฤต
ได้ภายใต้ข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้บริหารการพยาบาลมีระยะเวลาจำกัดในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในทันต่อการระบาดที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบาย เตรียมความพร้อมฝึกอบรมและฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุเพื่อเตรียมรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อาจเกิดขึ้นในอนาคต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีความพร้อมในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาจะเห็นว่า พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยเป็นกำลังสำคัญในการวางระบบและให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 ดังนั้นควรมีการศึกษาศาสตร์และทักษะของพยาบาลกลุ่มนี้ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลที่ทำหน้าที่ควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างให้สอดคล้องกับบริบทปัจจุบันและอนาคตต่อไป

References

1. World Health Organization (WHO). COVID 19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) global research and innovation forum: towards a research roadmap. Geneva, Switzerland: Author; 2020.
2. Department of disease control, Ministry of Public Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation, Public health and barriers to disease prevention and control among travelers. Department of Emerging infectious disease; 2021. (in Thai)
3. Sathira-Angkura T, Leelawong S, Amonprompukdee A, Janta-Um-Mou U. Driving The Operation of the Nurse Collaboration Center in COVID-19 Outbreak. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2021;22(1): 83-91 (in Thai)

4. Angkhawatanawit D. Role of Ramathibodi Hospital in the situation of covid-19. of Ramathibodi Medical Journal. 2020; 37(6): 6-7(in Thai)
5. Wang H, Feng J, Shao L, Wei J, Wang X, Xu X, Shao R, Zhang M, He J, Zhao X, Liang T. Contingency management strategies of the Nursing Department in centralized rescue of patients with coronavirus disease 2019. International Journal of Nursing Sciences. 2020;7(2): 139-42.
6. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. International Journal of Infectious Diseases. 2020; 94: 44-48.
7. Oumtane A. Qualitative research in nursing. 3rd, Bangkok: Printing of Chulalongkorn University. 2016. (in Thai)
8. Holloway, I, Wheeler, S. Qualitative research for nurse. London: Blackwell Science. (1996).
9. Juneam N, Kasattath M, Khunpradit P, Tansuwat S. Nursing System Management Coronavirus 2019 (COVID-19) in Lamphun Hospital. Journal of the Phrae Hospital. 2021; 29(1): 115-128.
10. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Checklist for Health facilities on COVID-19 response. Nonthaburi, Thailand: Author; 2020. (in Thai)
11. Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. Nurse managers' perceptions and experiences during the COVID-19 crisis: A qualitative study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2021; 26(3): 238.
12. Poortaghi S, Shahmari M, Ghobadi A. Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: A content analysis study. BioMed Central Nursing Journal. 2021; 20(1): 1-10.

13. Health Technical Office, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation. Nonthaburi: Suetawan; 2021 (in Thai)
14. Ruangrattanatrai W, Kongsueb P, Khamha C, Sirilak S. Management of Personal Protective Equipment (PPE) and N95 Respirator for COVID-19 Response: Case Studies from 5 Regional Hospitals. 2021; 30(1): 137-50.
15. Kumprasit U. 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.
16. Pimsakka R. Nursing management during the crisis of the COVID-19 Pandemic. Thai Journal of Nursing. 2021; 70(3): 64-71.

ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล Effects of Discharge Planning and Continuing Care of Post-acute Stroke Patients on Nursing Service Satisfaction, Patients' Quality of Life, and Nurses' Job Satisfaction

เพ็ญนภา สมสุขจิระวัฒน์* ยूपิน อังสุโรจน์

Pennapa Somsukjerawat* Yupin Aungsuroch

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันจำนวน 30 คน ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน 2) พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 9 คน ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 2) แบบสรุปการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล แบบสอบถามทั้ง 3 ชุด มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .98, .94 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Nonparametric Test

ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลที่ได้จากการศึกษานี้ ควรนำแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, การดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ความพึงพอใจ, คุณภาพชีวิต

Abstract

The purposes of this experimental research was to study effects of discharge planning and continuing care of post - acute stroke patients on nursing service satisfaction, patients' quality of life, and nurses' job satisfaction. The total of 30 subjects were purposively assigned to either the experimental group or the control group, 15 in each group. The study 2 groups posttest design. The other group of subjects consisted of 9 nurses assigned to rehabilitation wards. The study was a one-group pretest posttest design. The research instruments included the discharge planning and continuing care, program discharge planning and continuing care, summary of discharge planning and continuing care, and Nursing Service Satisfaction Questionnaire and Patients' Quality of Life Questionnaire and Nurses' Job Satisfaction Questionnaire. All research instruments were tested for content validity by a panel of five experts. The nursing service satisfaction questionnaire, patients' quality of life questionnaire and nurses' job satisfaction questionnaire had Cronbach's alpha coefficient of 0.98, 0.94 and 0.95, respectively. All data were analyzed by means, standard deviations, and nonparametric tests

Major results of the study were as followed: Nursing service satisfaction of the patients who received the discharge planning and continuing care nursing were significantly higher than that of the post-acute stroke patients who received routine nursing care, Quality of life among patients who received the discharge planning and continuing care were significantly higher than that of the post-acute stroke patients who received routine nursing care, and Job satisfaction of nurses that after provided of the post-acute stroke patients and continuing care were significantly higher than before that of the post-acute stroke patients, at the .05 level. The results of this study: The discharge planning and continuing care should be implemented on an ongoing basis for better patient outcomes. And improve the quality of nursing care.

Keyword: discharge planning, continuing care, stroke patients, satisfaction, quality of life

บทนำ

จากโครงสร้างของประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง อัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพการ จึงควรได้รับการฟื้นฟูทันทีหลังจากผ่านพ้นระยะเฉียบพลันที่ถือว่าเป็นระยะ golden period¹ ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวมักหายไปในระบบบริการสุขภาพไทย ทำให้มีผู้ป่วยพิการที่ต้องการการฟื้นฟูเพิ่มขึ้น² โดยการพัฒนากระบวนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้นั้น มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง² การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลันมีเป้าหมาย คือ การฟื้นฟู และการทดแทน ต้องประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมเป็น Multidisciplinary Team³ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาก็ให้เหมาะสมรวมไปถึงการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลฟื้นฟูสภาพ⁴ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้มีการกำหนดให้โรงพยาบาลจัดระบบการ

วางแผนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยทุกราย⁵ ซึ่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของกองเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2558-2561 จากร้อยละ 23, 29, 35.24, และ 38 ตามลำดับ ทางโรงพยาบาลมีการกำหนดให้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตาม DMETHOD ทุกกลุ่มโรค โดยให้พยาบาลประยุกต์ใช้ตามบริบทงานของตนเอง พบปัญหาว่า ในวันจำหน่ายผู้ป่วยมีความล่าช้า จำหน่ายผู้ป่วยแบบเร่งรีบ ไม่ได้มีการเตรียมการจำหน่าย ส่งผลให้การนัดหมายผิดพลาด ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ ไม่มีเวลาทบทวนการปฏิบัติตัวต่างๆ เกิดความไม่พึงพอใจต่อการบริการ และจากการสอบถามพบว่า ผู้ป่วยมักเกิดการหกล้มเมื่อกลับบ้านบ่อยครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาในการเคลื่อนไหวอยู่แล้ว จึงมีความเสี่ยงในการหกล้มสูง⁶ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง มีการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

ดีขึ้นได้ ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ⁸ พยาบาลจึงเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความสำคัญ การที่พยาบาลมีความพึงพอใจในงานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริการ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการวางแผนนโยบายองค์กรจะต้องหาทางเสริมลักษณะของปัจจัยดังกล่าว ดังนั้นการสร้างแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่สามารถส่งเสริมปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของพยาบาล มีผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการโดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน⁹ ร่วมกับกระบวนการวางแผนจำหน่าย¹⁰ และการดูแลต่อเนื่องโดยการติดตามทางโทรศัพท์¹¹ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีแผนการสอนพร้อมสื่อการสอน มีรูปแบบการติดตามการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางหรือค้นหารูปแบบระบบบริการที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันกลุ่มใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติกับกลุ่มใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลันกลุ่มใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติกับกลุ่มใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

1. ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องแตกต่างกันหรือไม่

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องแตกต่างกันหรือไม่

3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูก่อนและหลังใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Weak-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยบูรณาการแนวคิดของการเปลี่ยนผ่าน มาปรับร่วมกับกระบวนการวางแผนจำหน่าย Jackson ในส่วนที่นำมาใช้คือ กระบวนการ 4 ข้อในการบริหารจัดการ ได้แก่ การประเมินการวางแผน การปฏิบัติ และการติดตามผล ร่วมกับแนวคิด DMETHOD ที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ส่วนที่เลือกใช้คือแนวทาง การประเมินรวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลอย่างครอบคลุม ไม่ตกหล่น มีรายละเอียดดังนี้ Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค M ให้ความรู้เกี่ยวกับยา Environment & Economic ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ Treatment ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา และอาการผิดปกติ Health อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนว่า Outpatient referral ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย และกรณีฉุกเฉิน Diet ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเลือกใช้ในเรื่องการมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ที่สำคัญคือเน้นการประสานงานโดยใช้โทรศัพท์และมีเอกสารบันทึกเพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและติดตามผู้ป่วย จึงได้เป็นโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ และในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการใช้แผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ
3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

วิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลศึกษากลุ่มเดียว วัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ที่มีต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ประชากร ประชากรในการวิจัยนี้มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันชนิดแตก ตีบตัน หรืออุดตัน ไม่ได้รับการผ่าตัด อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันชนิดแตก ตีบตัน หรืออุดตันไม่เกิน 6 เดือน ไม่ได้รับการผ่าตัด อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในหน่วย Stroke Unit 18/2 และหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ กลุ่มละ 15 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันไม่เกิน 6 เดือน คะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) อยู่ในระดับ ≥ 13 คะแนน มีหมายเลขโทรศัพท์ที่ทำการติดต่อได้สะดวก ได้รับการนัดหมายให้มาตรวจเพื่อติดตามการรักษาจากแพทย์ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ เกณฑ์การคัดออกของ

กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงจนต้องย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤติ 2) กลุ่มพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 9 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยที่ทำการทดลอง มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี มีความเข้าใจกิจกรรมที่จะได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Bernard¹² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย จับคู่ให้มีคุณสมบัติเหมือนกัน ด้วยคุณสมบัติเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล คือ ออกจากการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูพยาบาลบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ 2) โครงการการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ 3) แผนการสอนสำหรับพยาบาล 4) คู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล 5) แบบสรุปการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 6) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล 7) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8) แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยกำหนดขั้นตอนของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ดังนี้ วันที่ 1-3 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ หาผู้ดูแลหลัก ประเมินปัญหาและความต้องการการวางแผนจำหน่าย วางแผนนัดผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วม Team meeting วันที่ 4-7 วางแผนการสอนตามปัญหาที่ค้นพบ วันที่ 8-21 ให้ความรู้ คำแนะนำ สอนสาธิตพร้อมกับจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม วันที่ 22-30 ทบทวนและประเมินความรู้ บันทึกข้อมูลการส่งต่อ เตรียมใบนัดติดตามการรักษา วันที่ 3 หลังจำหน่าย โทรติดตามครั้งที่ 1 เรื่องการปฏิบัติตัว ปัญหา อุปสรรค ยา ให้กำลังใจ วันที่ 8 หลังจำหน่าย โทรติดตามครั้งที่ 2 เรื่องการปฏิบัติตัว ยา อาการผิดปกติเตือนการนัดหมาย ให้กำลังใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้จากการศึกษาดำรงเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

และดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ แผนการสอน
คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบสรุปการวางแผน
จำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาให้คำ
แนะนำ แก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์แพทย์
เวชศาสตร์ฟื้นฟูด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์
พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง
1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ (APN) 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าแผนกพยาบาลผู้ป่วย
เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเวชศาสตร์
ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ
เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity
Index: CVI) โดย $CVI = 1, .85, .95, .90$ ตามลำดับ จากนั้น
นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง เครื่องมือที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจใน
บริการพยาบาลของผู้ป่วย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน
ของพยาบาล ค่า $CVI = .96, 1, .98$ ตามลำดับ และนำไปหาค่า
ความเที่ยง (Reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha
Coefficient $.98, .94, .95$ ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ กรมแพทยทหารบก
เมื่อวันที่ 4 มิ.ย. 2564 รหัสโครงการ Q009q/64 กลุ่มตัวอย่าง
ที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัย
อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการจากการวิจัย
พร้อมทั้งถามความสมัครใจ และการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วม
การวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูก
เก็บไว้เป็นความลับไม่ส่งผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยมี 3 ขั้นตอน 1) ขั้นตอนเตรียมการ
ทดลอง เตรียมสถานที่ที่จะทำการทดลอง เตรียมบุคลากร
ทางการพยาบาล เก็บข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาล
ก่อนการทดลอง 2) ขั้นตอนการทดลอง จัดอบรมเชิงปฏิบัติ
การแก่พยาบาลเป็นเวลา 1 วัน หลังจากนั้นได้นำการวางแผน
จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ไปใช้กับ
ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และนำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตามปกติไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 3) ขั้นการเก็บ

รวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลความพึงพอใจในบริการพยาบาล
ของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ
หลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์เมื่อมาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจ
โรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟูและอายุรกรรมทั้งผู้ป่วยกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม และเก็บข้อมูลความพึงพอใจในงาน
ของพยาบาลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานของข้อมูลทั่วไป
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการ
พยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ของกลุ่มที่ใช้แผนการ
จำหน่ายตามปกติ และกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายและ
ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ด้วยสถิติทดสอบ
Mann – Whitney U Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05
เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาล
ก่อนและหลังใช้แผนการจำหน่ายโดยใช้สถิติทดสอบ
Wilcoxon Sign Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน
ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องมีความพึงพอใจ
ในบริการพยาบาลสูงกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน
ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิต
ที่ดีขึ้นกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้
การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนใช้การ
วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n = 15)

ความพึงพอใจในบริการพยาบาลรายด้าน	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			U	p-value
	Mdn	IQR	ระดับ	Mdn	IQR	ระดับ		
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน	4.00	1.00	มาก	5.00	1.00	มากที่สุด	71.50	.032
2. การดูแลจิตใจและการประสานงาน	4.00	1.00	มาก	5.00	0	มากที่สุด	57.00	.004
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร	4.00	0.50	มาก	5.00	0.50	มากที่สุด	52.50	.004
4. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์	4.00	1.00	มาก	5.00	0	มากที่สุด	50.50	.001
รวม	4.00	1.00	มาก	5.00	0	มากที่สุด	51.50	.001

*p< .05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann – Whitney U Test พบว่าค่ามัธยฐานคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.00 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่ามัธยฐานคะแนนเท่ากับ 4.00 พิจารณาค่า p = .001 นั่นคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้การวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลันกลุ่มใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติกับกลุ่มใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง (n = 15)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			U	p-value
	Mdn	IQR	ระดับ	Mdn	IQR	ระดับ		
1. ร่างกาย	3.00	1.00	ปานกลาง	3.00	1.00	ปานกลาง	92.50	.192
2. ความจำ, การคิด	4.00	1.00	ปานกลาง	4.00	1.00	มาก	89.00	.015
3. อารมณ์ความรู้สึก	4.00	1.00	ปานกลาง	4.00	2.00	มาก	82.00	.093
4. ความสามารถในการสื่อสาร	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด	112.50	.500
5. การทำกิจวัตรประจำวัน	2.50	3.00	น้อย	3.00	3.00	ปานกลาง	106.50	.399
6. ความสามารถในการเคลื่อนไหวทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน (ในชุมชน)	2.00	2.00	น้อย	2.00	3.00	น้อย	102.00	.327
7. ความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง	2.00	2.00	น้อย	1.00	2.00	น้อยที่สุด	99.00	.075
8. ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำ	2.50	2.00	น้อย	3.00	1.00	ปานกลาง	86.00	.013
รวม	3.00	1.00	ปานกลาง	3.00	1.00	ปานกลาง	70.50	.026

*p< .05

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann – Whitney U Test พบว่าได้ค่ามัธยฐานคะแนนกลุ่มทดลองเท่ากับกลุ่มควบคุม 3.00 เมื่อพิจารณาค่า p - value = .026 นั่นคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อน และหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ทั้งโดยรวมและรายด้าน (n = 9)

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			W	p-value
	Mdn	IQR	ระดับ	Mdn	IQR	ระดับ		
ด้านที่ 1 นโยบาย	4.00	0.00	มาก	4.50	0.25	มาก	.000	.500
ด้านที่ 2 ความมีอิสระ	4.00	0.05	มาก	4.00	1.00	มาก	-2.000	.023
ด้านที่ 3 ผู้ร่วมงาน	4.00	0.05	มาก	4.00	1.00	มาก	-1.342	.080
ด้านที่ 4 การยอมรับ	4.00	0.25	มาก	4.00	1.00	มาก	-1.890	.029
ด้านที่ 5 ความรับผิดชอบ	4.00	0.50	มาก	4.00	1.00	มาก	-1.000	.158
ด้านที่ 6 ความสำเร็จในงาน	4.00	0.00	มาก	4.00	0.00	มาก	-1.823	.034
รวม	4.00	0.00	มาก	4.00	1.00	มาก	-1.732	.041

*p< .05

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Ranks Test พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนหลังการทดลอง และก่อนการทดลอง เท่ากัน 4.00 เมื่อพิจารณาค่า p - value = .041 นั่นคือ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1^{12, 13} การที่ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านร่วมกับกระบวนการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านได้ ตั้งแต่การประเมินและดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นองค์รวม เตรียมความรู้ จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อฝึกทักษะผู้ป่วย

และญาติ ดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกและเข้าร่วม Team meeting โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่สำคัญส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มขึ้น^{14,15} และการกำหนดขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายเป็นลำดับขั้น แจกแผนการรักษาที่ชัดเจน มีคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อำนวยความสะดวกด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการบริการ ส่วนการติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยทางโทรศัพท์นั้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยปรึกษา รับคำแนะนำกับพยาบาลโดยตรง¹⁶ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่บ้าน จึงทำให้รู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายตามปกติ อภิปรายเพิ่มได้ว่า การวางแผนจำหน่ายและดูแล

ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน มีกระบวนการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกอย่างครอบคลุม มีสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการจัดกระบวนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการสอน และมีการดูแลต่อเนื่องโดยการติดตามทางโทรศัพท์นั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจสิ่งใดสามารถติดต่อกับพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำได้เสมอ จึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทที่นั่นเป็นช่วงที่กลไกการฟื้นฟูสภาพทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อเกิดโดยธรรมชาติ เพราะการฟื้นฟูของระบบประสาทจะเกิดใน 6 เดือนแรก¹⁸ เมื่อผู้ป่วยได้รับการฝึกกายภาพบำบัดอย่างเข้มข้น และคำแนะนำต่างๆ อย่างเป็นลำดับ จึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3¹⁹ อภิปรายได้ว่า พยาบาลที่ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่มีนโยบาย และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน เป็นขั้นตอน มีแผนการสอนและสื่อการสอนสำหรับพยาบาล มีคู่มือให้กับผู้ป่วย อำนวยความสะดวกให้กับพยาบาลในการใช้งาน มีรูปแบบการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนทำให้พยาบาลทราบปัญหาของการดูแลต่อเนื่อง สามารถนำข้อมูลกลับมาพัฒนา ปรับเปลี่ยน วิธีการให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้สำเร็จ ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการวิจัยพบว่าการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ส่งผลให้ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยสูงขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรนำแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องดังกล่าวไปปรับปรุงพัฒนาในรายละเอียดของกิจกรรมการปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

เฉียบพลัน และการทำงานของพยาบาลต่อไป

2. ควรมีการนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาปรับใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้าน Care giver ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. Orathai Khiaocharoen, Supasit Pannarunothai, Wachara Riewpaiboon, Chairaj Zungsontiporn. Rehabilitation Service Development for Sub-acute and Non-acute Patients under Universal Coverage Scheme in Thailand. Journal of Health Science. 2015:493-509. (in Thai)
2. Ministry of Public Health (Service Plan). Guideline for Intermediate Care (Service Plan). Samut Sakhon: Born to be Publishing co.ltd.; 2019. (in Thai)
3. Clarke DJ. The role of multidisciplinary team care in stroke rehabilitation. Progress in Neurology and Psychiatry. 2013;17(4):5-8.
4. Faria AdCA, Martins MMFPdS, Schoeller SD, Matos LOd. Care path of person with stroke: From onset to rehabilitation. Revista Brasileira De Enfermagem. 2017;70:495-503.
5. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Healthcare Standards. Nonthaburi: D-One Book Company Limited; 2018. (in Thai)
6. Aphiradi Papol, Chanida Rumkhaun, Vijitra Pinnoi. A Study of Fall Risk in Stroke Patients after Hospital Discharge. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18:194-201. (in Thai)

7. Lamaiporn Lohityothin & Ratchanok Choopichai. The development of rehabilitation nursing service system for stroke patients in Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center. *Journal of Nursing Division*. 2013;3:9-21. (in Thai)
8. Nursing Division, Ministry of Public Health. Guidelines for collecting indicators for improving the quality of nursing service 2019. Nonthaburi: Publishing of Suetawan Co. Ltd.; 2019. (in Thai)
9. Chick, N., and Meleis, A. I. Transitions: A nursing concern. 1986; 237-57.
10. Wanpen Phichitpornchai & Usavadee Asdornwised. Discharge planning, Concepts and Applied (Revised edition). Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University; 2004. (in Thai)
11. Elliott, S. & Reimer, C. Postdischarge telephone follow-up program for breastfeeding preterm infants discharged from a special care nursery. *Neonatal network*: 17(6). 41-5
12. Pramote Wongsawat. Experimental Research Design: Application for Research to Improve Health Behaviors. Bangkok: CDMK printing; 2018. (in Thai)
13. Wong FKY, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: A randomized controlled trial. *Health & Social Care in The Community*. 2015;23(6):619-31.
14. Ladawan Ritklar. Results of discharge planning by using D-METHOD on re-admission and satisfaction in patients with coronary artery disease. *Thammasat University Hospital Journal Online*. 2018;3(3):19-27. (in Thai)
15. Jarupak Sukhumanpitak, Walaiporn Nantsupawat, Promjit Hornboonherm. Development of a Care Model for Male Stroke Patients in Secondary Hospital Using A Participatory Action Research. *Journal of Nursing and Health Care*. 2013;30(1):32-8. (in Thai)
16. Auayporn Chongsa, Siriporn Srisun.Omicce Model Phaholpolpayuhaseana Hospital Care Management Model for Ischemic Stroke Patients to Enhance Activity of Daily Living:OMICCE Model. *Region 4-5 Medical Journal*. 2020;39(3):454-71. (in Thai)
17. Chamaiporn Buapin, Pornchai Julamad, Niyom Pisitpipattana. Effects of a Clinical Nursing Practice Guideline for Discharge Planning on the Quality of Life of Elderly Stroke Survivors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2018; 6: 51-62. (in Thai)
18. Lee, K. B., Lim, S. H., Kim, K. J., Kim, Y. R., Chang, W. N., Yeom, J. W., Kim, Y. D., & Hwang, B.Y. Six-month functional recovery of stroke patients: A multi-time-point study. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2015; 38(2): 173-80.
19. Tassanee Jintaganon. Health Related Quality of Life in Stroke Survivors. *Region 4-5 Medical Journal*. 2019;38(2):114-24. (in Thai)

การถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ Lessons Learned about Teaching and Management during the COVID-19 Pandemic among Faculty of Nursing Rajabhat's University Thailand

ทินกร บัวชู¹ เสน่ห์ ขุนแก้ว*² กมลทิพย์ ใจมาคำ¹

Thinnakorn Buachu¹ Saneh Khunkaew*² Kamontip Chaimakham¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

¹Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand, 65000

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพิทยาสรรพ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 53000

²Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Thailand, 53000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 3 คน กลุ่มผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยราชภัฏจำนวน 2 คน และกลุ่มอาจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกออกเป็นประเด็นหลักที่ทำให้การจัดการเรียนการสอนนั้นประสบผลสำเร็จ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1.1 การสอนออนไลน์ 1.2 สิ่งสนับสนุน และ 1.3 การประเมินผล 2) ปัญหา/อุปสรรคการจัดการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 2.1 ผู้สอน และ 2.2 ผู้เรียน และ 3) แนวทางการจัดการเรียนการสอนในอนาคต ประกอบด้วย 3.1 ข้อดีจากการเรียนออนไลน์และในห้องปฏิบัติการพยาบาลก่อนขึ้นฝึก ดังนั้น สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ ควรนำประเด็นเหล่านี้ไปประกอบการพิจารณาในการจัดการเรียนการสอนเพื่อยกระดับคุณภาพบัณฑิตให้เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บัณฑิตพร้อมรองรับบริบทที่เปลี่ยนแปลงของสังคมต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนการสอน, ไวรัสโคโรนา, พยาบาล, มหาวิทยาลัยราชภัฏ

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to extract lessons learned from teaching and learning management during the pandemic situation of the corona virus 2019 of the Rajabhat University in Thailand. The informants were three Rajabhat University Nursing Education Administrators, two Rajabhat University who responsible for the course and three Rajabhat University Nursing lecturers. A total of eight people were collected through in-depth individual interviews. Data were analyzed by thematic analysis.

The results of the research found that teaching and learning management and management during the 2019 coronavirus pandemic can be classified into three main themes and six sub-themes that make teaching and learning management successful as follows: 1) teaching and learning management during the COVID-19 outbreak in sections 1.1 online teaching, 1.2 facilities and 1.3 evaluation; 2) problems/obstacles of learning management during the COVID-19 outbreak in section 2.1 teachers and 2.2 learners and 3) future instructional management guidelines in section 3.1 advantages from online learning and in the nursing laboratory before practice. Therefore, nursing institutions in Rajabhat University group should be taken into consideration in teaching and learning management in order to raise the quality of graduates to be desired by graduate users and to support the changing context of society further.

Keyword: Teaching and Learning, Coronavirus, Nurse, Rajabhat's University

บทนำ

การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบทำให้ระบบการศึกษาทั่วโลกชะงัก จากการศึกษาในรูปแบบเดิมเป็นการศึกษาแบบออนไลน์ส่วนใหญ่จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้เรียนและผู้สอนในประเทศไทย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย เวียดนามและในเมืองฮ่องกง พบประเด็น การศึกษาแบบออนไลน์บล็อกตอร์ระเชิงจิตวิทยา เกิดความรู้สึกเบื่อ เสร้า เหนงา ่วง เครียดและวิตกกังวล การพัฒนาตนเองล่าช้า แม้จะมีความยืดหยุ่น แต่นักศึกษาก็ภาคภูมิใจในวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในช่วงการระบาด และการศึกษาแบบออนไลน์มีทั้งได้ผลและไม่ได้ผล ซึ่งการเรียนแบบการจำลองสถานการณ์ไม่สามารถแทนที่การทดลองฝึกปฏิบัติและประสบการณ์ทางคลินิกได้ แต่บางส่วนกลับมองว่าการเรียนออนไลน์สะดวกและยืดหยุ่น สามารถเข้าถึงชั้นเรียนได้เสมือนจริง¹ นอกจากนี้การระบาดใหญ่ยังส่งผลกระทบทำให้ผู้เรียนเกิดความเครียดจากการศึกษาข้อมูลเครือข่ายการศึกษาและการวิจัยในเอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (southeast and east Asian nursing and research network) พบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่พึงพอใจกับรูปแบบการจัดการศึกษาแบบใหม่และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตสังคม แต่ก็มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความเครียด ซึ่งระบบการ

สนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งจะสามารถช่วยให้ผู้เรียนรับมือและจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับโมเดลซาลูโตเจนิค (salutogenic) เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองระหว่างสุขภาพ ความเครียดและการเผชิญปัญหา²

จากการศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศสเปนพบว่า ผู้เรียนมีความเครียด วิตกกังวลกลัว และเกิดความไม่แน่นอนอันเนื่องมาจากขาดความชัดเจนในเรื่องระบบแนวปฏิบัติในการจัดการเรียนการสอนต่าง ๆ โดยเฉพาะระบบการสนับสนุนดูแลทางด้านจิตใจในภาวะวิกฤติซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญมาก³ นอกจากนี้ประสบการณ์ของผู้สอนในช่วงการระบาดของโรคพบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิรูปของการศึกษาทางไกล (online distance education) และจะคงอยู่ต่อไปเรื่อย ๆ แต่การศึกษาทางไกลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกได้ ดังนั้นปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการศึกษาทางไกลจึงขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ และความสามารถในการออกแบบแพลตฟอร์มการจัดการเรียนรู้ของผู้สอน การตอบสนองต่อผู้เรียนทรัพยากรการเรียนรู้ และอาจส่งผลต่อปรัชญาและแนวคิดการจัดการศึกษาพยาบาลในอนาคตอีกด้วย⁴ ซึ่งปัจจุบันการศึกษาฝึกอบรมทางไกลผ่านระบบดิจิทัลสำหรับผู้ฝึกงาน

ด้านการพยาบาลและการแพทย์ยังมีอคติและความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง แต่จากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของความรู้และทักษะการปฏิบัติจากการเรียนรู้แบบดิจิทัลสแตนด์อโลน (standalone digital education) ยังเท่ากับการจัดการเรียนรู้แบบเดิมอีกด้วย⁵ ทำให้ความท้าทายอย่างต่อเนื่องของการศึกษาพยาบาลในปี 2022 มีประเด็นหลักที่สำคัญคือ ความคาดหวังต่อการศึกษาพยาบาล ประเด็นแรกคือการศึกษาพยาบาลจะต้องเน้นการสอนและให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติการศึกษาพยาบาลซึ่งจะสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ประเด็นที่สอง การศึกษาพยาบาลจะต้องเน้นความเป็นวิทยาศาสตร์และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้น⁶

ปัจจุบันการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ประกอบด้วยหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 นอกจากนี้ยังมีการเปิดโอกาสรับบัณฑิตผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นอีกด้วย หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นหลักสูตรต้นแบบของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2564 ที่สร้างโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เน้นกระบวนการคิดนำไปสู่การปฏิบัติ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลส่งเสริมการเรียนรู้ ผักผ่อนทักษะการพยาบาลที่จำเป็นในสถานการณ์จำลองให้เกิดความมั่นใจและมีความพร้อมแล้วจึงฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงจนสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นได้อย่างถูกต้องและผู้ป่วยมีความปลอดภัย ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่ เป็นการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มการเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ ๆ ดังนั้นการจัดการศึกษาพยาบาลทั้งระบบจะต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมใหม่ของผู้เรียนด้วย และมีความสอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์และการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น⁷ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการเปลี่ยนแปลงการจัดการศึกษาระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เช่น การนับชั่วโมงการจัดการเรียนการสอนแบบจำลองสถานการณ์ 1 ชั่วโมงสามารถทดแทนชั่วโมงการฝึกปฏิบัติในคลินิกได้ 2 ชั่วโมง รวมถึงให้เครดิตในการเป็นอาสาสมัครและสามารถนับชั่วโมงการทำงานในคลินิกโดยให้โอกาสบัณฑิตพยาบาลจบใหม่เข้าทำงานก่อน⁸ ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย เพื่อรวบรวมแนวคิดและความคิดเห็นของผู้มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลผ่านการตีความและความเข้าใจในปรากฏการณ์โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อถอดบทเรียนออกมาเป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏตามแนวคิดชีวิตวิถีใหม่ต่อไป

คำถามการวิจัย

การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ กลุ่มผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และอาจารย์พยาบาล มีคุณวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ที่มีประสบการณ์การสอนทางการพยาบาล ในสถาบันการศึกษาการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีประสบการณ์การสอนทางการพยาบาลในมหาวิทยาลัยราชภัฏมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยใช้วิธีการบอกต่อ (Snowball) ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 3 คน ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาล

มหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 8 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีประสบการณ์สอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 2) เป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยราชภัฏที่อยู่ในกลุ่มผู้บริหารทางการศึกษา/ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต/ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ลาออกหรือย้ายที่ทำงานไปสถาบันอื่นในช่วงเวลานั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การสอน 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ข้อคำถามเป็นลักษณะปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 3) แบบบันทึกเทป

คุณภาพของเครื่องมือ

ข้อคำถามที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนในสาขาพยาบาล จำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน ปรับข้อคำถามให้กระชับและให้เข้าใจง่ายมากขึ้น และคำถามดังกล่าวสามารถขยายเป็นคำถามย่อยลึกลงไปได้อีกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (PSRU-EC) แบบเร่งรัด (expedited) COA No. 2022/011 เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครของโครงการวิจัย (information sheet for research participant) หลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดขั้นตอนทั้งหมดแล้ว ได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ให้เป็นความลับ ข้อมูลเหล่านั้นไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคล ระบุนี้อย่างไร เช่น 001, 002, 003 เอกสารอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีการระบุรหัสที่สามารถ

เข้าถึงได้เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรงเป็นรายบุคคล สัมภาษณ์ผ่าน Google meet โดยใช้แนวสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-60 นาที 1 หรือ 2 ครั้ง จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2565 โดยระหว่างสนทนากับผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกวิดีโอ และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างการสนทนาเป็นประเด็นสั้น ๆ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ถอดเทปการสนทนาและพิมพ์ออกมาเป็นคำต่อคำ (Transcript verbatim) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) โดยการตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งหลังจากที่สรุปเรื่องราวต่าง ๆ แล้วส่งให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และผู้วิจัยได้อ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ออกมาเป็น Initial theme แล้วมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมและผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้ออกมาเป็นประเด็นสำคัญหลัก (Main theme)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแยกออกเป็น 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ และ ร้อยละ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามแนวคิดของ Braun & Clarke โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปทั้งหมดหลาย ๆ รอบเพื่อทำความเข้าใจและทำความเข้าใจกับข้อมูล 2) แบ่งข้อมูลออกเป็นหน่วยย่อย (data segmentation) 3) พิจารณาประเด็นหลักที่ปรากฏในข้อมูลแต่ละชุด และกำหนดรหัส (code) 4) การจัดกลุ่มของข้อมูลโดยพิจารณาจากประเด็นร่วม (theme) ของข้อมูล ในขั้นตอนนี้ทีมวิจัยจะร่วมกันพิจารณาและตรวจสอบความสอดคล้องของ coding ชุดข้อมูล 5) ให้คำจำกัดความและตั้งชื่อประเด็นหลักโดยใช้วิธีการทำผังความคิด (mapping) 6) เขียนรายงานวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมี 8 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 3 คน

กลุ่มผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 2 คน และกลุ่มอาจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 8 คน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 87.5 และมีประสบการณ์การสอนทางการพยาบาลในมหาวิทยาลัยราชภัฏตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

บทเรียนจากการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการ มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การบริหารจัดการการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019

สำหรับประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลต่างให้ข้อมูลโดยชัดเจนว่า ตารางการจัดการศึกษานั้นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ากับบริบท หรือสภาพการณ์และความรุนแรงของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจัดให้วิชาภาคทฤษฎีมาเรียนก่อน และนำเอาวิชาภาคปฏิบัติไปเรียนหลังจากสถานการณ์นั้นผ่อนคลายลง ทั้งนี้ก่อนที่จะปรับเปลี่ยน สถาบันได้ทำหนังสือถึงสภาการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับแผนการฝึกภาคปฏิบัติ โดยทำในห้อง Simulation หรือบางแห่งเรียกว่าโรงพยาบาลเสมือน ดังคำกล่าว

“...เราทำจดหมายถึงสภาการพยาบาลด้วยค่ะว่า ถ้าเราปรับ masterplan (ปฏิทินการศึกษา) แบบนี้ มีการฝึกปฏิบัติในกรณีที่เราไปแหล่งฝึกไม่ได้ เราจะขอทำในห้องปฏิบัติการ ทำ simulation ได้มั้ย ซึ่งสภาการพยาบาลก็ไม่ได้ว่าอะไร...” (อาจารย์คนที่ 1)

“...มีช่วงหนึ่งตอนนั้นเป็น นักศึกษาปี 4 ติดโควิด ไข้ยัยคะ ก็ตอนนั้นน่าจะเป็นวิชา elective หรือว่าบริหารอะนะคะ เราก็ถือโอกาสเลย ก็ให้ นักศึกษาไปเป็นพยาบาลในสถานที่ก็ดูแลผู้ป่วยที่ติดโควิด ไข้คะ นักศึกษาก็ได้ฝึกประสบการณ์ก็ อืม ไม่รู้ว่าความโชคดีในความโชคร้าย...” (อาจารย์คนที่ 3)

นอกจากนี้ยังพบประเด็นรอง และมีข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพคือ 1.1 การสอนออนไลน์ 1.2 สิ่งสนับสนุน และ 1.3 การประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การสอนออนไลน์

ในประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า การสอนออนไลน์ในช่วงนั้น รายวิชาทางการพยาบาลที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ยังต้องมีการดำเนินการต่อ และอาจารย์หลายท่าน ๆ ก็มีเทคนิควิธีในการสอนที่ต่างกันไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต่างให้ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนคือ การสอนออนไลน์ภาคทฤษฎี

และการสอนออนไลน์ภาคปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 การสอนออนไลน์ภาคทฤษฎี

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า บางครั้งอาจารย์อาจจะประเมินผู้เรียนได้ยากเนื่องจากว่าบางคน ไม่สามารถเปิดกล้องให้เห็นได้ และทำให้ไม่ทราบว่เด็กกำลังสนใจเรียนกับเราอยู่หรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องใช้กลวิธีที่หลากหลายเพื่อดึงดูดความสนใจของผู้เรียน ดังคำกล่าว

“...ทำควิซกลางคาบคะ แต่เราไม่บอกเค้า นะคะว่าจะควิซตอนไหน แต่เราบอกเค้าว่าจะมีควิซ เพื่อให้เค้าเข้าอยู่กับเราตลอดเวลา...” (อาจารย์คนที่ 1)

“...ใช้ Kahoot เลยครับเป็นลักษณะการ กระตุ้นและช่วยประเมินผลระหว่างสอนครับ...” (อาจารย์คนที่ 5)

1.1.2 การสอนออนไลน์ภาคปฏิบัติ

การสอนออนไลน์ภาคทฤษฎีปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติให้การพยาบาลเป็นสิ่งที่ท้าทายในการสอนในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างมาก หลายท่านพยายามจำลองให้เหมือนสถานการณ์จริงให้มากที่สุด โดยการจัดเวลา การแต่งตัว หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนกับที่ขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยจริง ดังคำกล่าว

“...เช็คชื่อเหมือนขึ้นวอร์ดจริงเลย เริ่มเช็คชื่อ 7.45 น. เด็กใส่ชุดพยาบาล เปิดกล้อง มอบหมายเคสคืนก่อน ก่อนที่จะขึ้นจริง เป็นลักษณะให้เด็กไปทำเคสมา แล้วให้เด็กมา conference case ตัวเองโดยอาจารย์มีสถานการณ์ให้ทีละสถานการณ์ ทีละ step อย่างนี้คะ...” (อาจารย์คนที่ 2)

“...อย่างเช่น การนัดหลัง การสละผม เราจะให้เค้านวดคนที่บ้าน แล้วก็สละผมคนที่บ้าน อัดวิดีโอส่งมาให้ แล้วเราก็มาร reflection กัน...” (อาจารย์คนที่ 1)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางท่านมีความเห็นเกี่ยวกับการฝึกภาคปฏิบัติว่า เมื่อมีการผ่อนปรนหรือสถานการณ์การแพร่ระบาดดีขึ้นควรให้นักศึกษาได้ฝึกกับผู้ป่วยจริงบนหอผู้ป่วย ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะก่อนการฝึกต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกเพื่อเป็นการทวนสอบอีกครั้ง และสร้างความมั่นใจให้แก่นักศึกษา ดังคำกล่าว

“...มันเป็นวิชาชีพปฏิบัติอะคะ แต่ถ้ามันเป็นแบบเข้าห้องแลปอย่างเดียวเนี่ย มันไม่เจอสถานการณ์จริง การตัดสินใจ การ approach case (การเข้าถึงกรณีศึกษา) มันต่างกัน...” (อาจารย์คนที่ 6)

“...มา pre-clinic (เตรียมความพร้อม) ด้วย
กันก่อนฝึกเด็กก็เหมือนเค้าได้ recall (คิดทบทวน) เค้าก็มีความ
พร้อมเพิ่มมากขึ้น...” (อาจารย์คนที่ 8)

1.2 สิ่งสนับสนุน

สิ่งสนับสนุนในช่วงที่สอนออนไลน์นั้นมีความ
สำคัญมาก โดยเฉพาะเรื่องของ โปรแกรมที่ต้องใช้เรียน
ห้องแล็บ รวมไปถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษา
สามารถเรียนออนไลน์ได้ ออนไลน์ได้ปลอดภัย และเข้าใจใน
เนื้อหา ดังคำกล่าว

“...ทางคณะเค้ามีห้องสำหรับจัดสอนออนไลน์
ไว้ให้ได้ใช้ ของที่นั่นเค้าก็จะมีทางฝ่ายแสงเค้าจัดดวงไฟ
มีหูฟัง มีไมโครโฟน เพื่ออาจารย์คนไหน สะดวกที่จะมาสอนที่
คณะค่ะ...” (อาจารย์คนที่ 3)

“...คณะของเราก็จะมีห้อง simulation ซื่อหุ่น
ทุกภาควิชาเลยคะ และก็มีห้องกายวิภาคศาสตร์ และจัดทำเป็น
ห้อง smart classroom สำหรับออนไลน์โดยเฉพาะ คือถ้า
อาจารย์ท่านใดมีสอนก็จะมีเจ้าหน้าที่ไป set ระบบให้...”
(อาจารย์คนที่ 7)

1.3 การประเมินผล

การประเมินผลนี้ยังมีความสำคัญเพื่อให้มั่นใจได้
ว่า นักศึกษาสามารถออกไปปฏิบัติงานได้จริง กับคนไข้จริงได้
โดยแต่ละท่านได้ทำและปฏิบัติออกมาได้ประสบผลสำเร็จ
มีข้อเสนอแนะ ดังคำกล่าว

“...ใช้วิธีการเป็น OSCE (การประเมินทักษะ
ทางคลินิก) แห้ง ก็คือใช้ Zoom ค่ะ พี่นี่แหละเป็นตัวต้นคิด
เหมือนกัน คือ ใช้ Zoom แล้วพี่ก็เอาอาจารย์แต่ละวรรด
มา แล้วใช้วิธีการแบ่งห้องให้โจทย์เด็ก โจทย์ เช่น คนไข้ DM
(โรคเบาหวาน) มีภาวะ hypoglycemia (ภาวะน้ำตาลในเลือด
ต่ำ) มียาตั้งอยู่อย่างเนี้ยคะ อาจารย์ก็จะถ่ายรูปปรอทแล้วมียาตั้ง
อยู่เธอจะเลือกอันไหน เสร็จแล้วจะใช้เท่าไร ก็จะมีโจทย์
ขึ้นค่ะ...” (อาจารย์คนที่ 4)

“...ใช้ simulation แล้วก็มีสถานการณ์จำลอง
เป็นเหมือน iPad ใหญ่ ๆ แล้วเป็นเคสให้เลือกแบบหลาย ๆ
ระบบ แล้วก็ให้เด็กจิ้ม แล้วก็จะมีแบบเหมือนคนไข้นอนอยู่ คนไข้
มีอาการยังงั้นมันก็จะโชว์ขึ้นมา สมมติว่าหายใจเหนื่อยหอบ
เด็กก็จะไปกดว่า ต้องให้ treatment อะไร ...ที่ห้องแล็บที่เรา
สอนนะคะ เค้าค่อนข้างจะ happy เพราะเหมือนเล่นเกมแล้ว
สนุกอะ สนุกกับการเรียนมากกว่าที่เราจะไปนั่งบรรยาย...”
(อาจารย์คนที่ 7)

ประเด็นหลักที่ 2 ปัญหา/อุปสรรคการจัดการเรียน การสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ให้ข้อมูลต่างกล่าวว่าปัญหาหรืออุปสรรคในการ
จัดการเรียนการสอนคือ อินเทอร์เน็ต เครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ
และยังรวมถึงทัศนคติของผู้สอนที่ยังไม่คุ้นชินกับการสอน
ออนไลน์ เพราะหลายท่านยังไม่สามารถใช้อุปกรณ์และปรับวิธี
การสอนได้ ดังคำกล่าว

“...ปัญหาอุปสรรคแรกๆน่าจะเป็นเรื่องของ
internet ...นศ.ก็จะอยู่ต่างจังหวัดเลย ...อยู่บนดอย หรือว่า
เด็กทางใต้ที่อยู่ไกลๆอย่างเงี้ยคะ ก็จะมีปัญหาในเรื่องของ
internet ในช่วงแรก...นศ.ก็ต้องหาร้าน internet...” (อาจารย์
คนที่ 1)

“...อาจารย์ก็จะพูดคุยอยู่คนเดียวซะมากกว่า เพราะ
ว่าส่วนใหญ่เด็กก็จะปิดหน้าจอ...อาจารย์หาหนูขออนุญาต
ปิดหน้าจอเนื่องจากเน็ตหนูไม่ดีอะไรประมาณนี้ ซึ่งเราก็ไม่แน่ใจ
ว่ามันไม่จริงจริง หรือว่าเค้าไม่ได้ ไม่ได้แบบว่า concentrate
ตรงนี้ ใช้ ใช้ คือเป็นปัญหาที่เจอเวลาเราเรียน online นะคะ...”
(อาจารย์คนที่ 3)

นอกจากนี้ปัญหา/อุปสรรคในการสอนออนไลน์ยัง
สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นรองคือ 2.1 ผู้สอน และ 2.2
ผู้เรียน ดังคำกล่าว

2.1 ผู้สอน

ผู้สอนหลาย ๆ ท่านยังมองการเรียนออนไลน์นั้น
ไม่สามารถสอนให้เข้าใจได้เหมือนกับการสอนออนไซต์
ความกังวลต่าง ๆ และการที่ยังไม่คุ้นชินกับโปรแกรม
สิ่งเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในช่วงแรกของผู้สอน ดังคำกล่าว
ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เราไม่ค่อยคุ้นชินกับตัวของโปรแกรมที่ใช้ในการ
สอนครับ แล้วก็ที่เห็นโดยส่วนมาก โดยเฉพาะของตัวเองด้วยก็
คือ ไม่ได้มีการปรับรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับลักษณะ
ของออนไลน์ รูปแบบ อย่างเช่น บรรยาย เรายังใช้บรรยายแบบ
เดิม...” (อาจารย์คนที่ 5)

“...ณ ตอนนั้นคิดว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ต้องขอบคุณ
โควิดเนาะที่ทำให้เปลี่ยน attitude ของตัวอาจารย์เองให้เกิด
การเรียนรู้ว่า ไม่ต้องออนไลน์อย่างเดียว การเรียนรู้เกิดได้
ทุกที่...” (อาจารย์คนที่ 1)

2.2 ผู้เรียน

ในด้านผู้เรียนผู้ให้ข้อมูลก็สะท้อนออกมาว่า นักศึกษา

บางคนก็ยังขาดอุปกรณ์การเรียน เช่น iPad หรือคอมพิวเตอร์ Notebook ทำให้ต้องหามา และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น เพื่อที่จะสามารถเรียนออนไลน์ได้ อีกปัญหาหนึ่งคือ การมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มอาจจะมีน้อยและเหนื่อยล้า ดังคำกล่าว

“...อุปกรณ์ในการเรียนอะคะ เพราะเด็กบางคนยังเข้าถึงอุปกรณ์การเรียนได้น้อย เพราะว่าอุปกรณ์ส่วนใหญ่ที่ใช้คือมือถืออะคะ มีเด็กบางคนที่มี IPAD หรือคอมพิวเตอร์ Notebook และก็จากค่าใช้จ่ายอะคะที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการที่เด็กต้องซื้อชั่วโมงอินเทอร์เน็ต และบางครั้งความไม่เสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่หลุดบ่อย ๆ อาจทำให้เด็กหลุดในการเรียนจึงเกิดปัญหาการไม่เข้าใจ...” (อาจารย์คนที่ 1)

“...ถ้าเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยจะน้อยคนที่พูดก็พูดอยู่คนเดียว คนที่ไม่ค่อยพูดก็จะเงียบ ๆ...” (อาจารย์คนที่ 6)

ประเด็นหลักที่ 3 แนวทางการจัดการเรียนการสอน ในอนาคต

ในประเด็นของแนวทางการจัดการเรียนการสอนในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลออกมาเป็นเสียงเดียวกันว่าต้องเป็นแบบผสมผสาน ทั้งออนไลน์ในวิชาทฤษฎี และออนไซต์ในรายวิชาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะและได้ปลูกฝังความเป็นวิชาชีพพยาบาล ดังคำกล่าว

“...การบริหารหลักสูตรคิดว่า ในอนาคตราจะต้องทำออนไลน์แน่ ๆ ในหลาย ๆ วิชา ...ในเรื่องของวิชาทฤษฎีไหนที่ออนไลน์ได้เราสามารถปรับให้มันออนไลน์ก็ได้...” (อาจารย์คนที่ 1)

“...มองว่าทักษะทางปัญญามันเกิดได้จากการทำความเข้าใจ มันไม่ใช่เกิดจากการที่เราเจอหน้ากัน แต่ถ้าทักษะการปฏิบัติเกิดจากการที่เราต้องดูเค้าทำ ต้องเป็นโมเดลต้อง demon (สาธิต) เค้ามองว่าขึ้นอยู่กับลักษณะวิชา เราต้อง design (ออกแบบ) ผสมผสาน...” (อาจารย์คนที่ 4)

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลถึงข้อดีในการจัดการเรียนออนไลน์และในห้องปฏิบัติการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติดังนี้

3.1 ข้อดีจากการเรียนออนไลน์และในห้องปฏิบัติการ พยาบาลก่อนขึ้นฝึก

ในประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงข้อดีจากการเรียนออนไลน์และในห้องปฏิบัติการพยาบาลมาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงนั้น ส่งผลให้การนักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้นและประสบผลสำเร็จ ดังคำกล่าว

“...คิดว่าสิ่งที่เปลี่ยนนะคะ คือ ใเดียว ใเดียวทั้งของอาจารย์และก็ตัว นักศึกษา ใเดียวที่ไม่ fix (ตายตัว) อะคะ จริง ๆ คือเด็กสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ทุกที่ นี่คือใเดียวเปลี่ยน มองว่ามันเป็นอะไรที่ต้องขอบคุณโควิดอะคะ...” (อาจารย์คนที่ 2)

“...ในห้องแล็บในส่วนที่เราจะให้ skill (ทักษะ) กับเด็กให้คล่องตัว ส่วนที่มันจะ trauma (บาดเจ็บ) กับคนไข้ เช่น การแทงน้ำเกลืออย่างเงี้ย มันอยู่ในห้องแล็บเยอะ ๆ ทำกับหุ่นให้คล่องก็จะดีกับคนไข้คะ...” (อาจารย์คนที่ 6)

“...เราจัดมาได้ประมาณ 2 ปีแล้วนะคะ นักศึกษาก็ให้ผลตอบรับที่ดีนะคะ อย่างแรกเลยก่อนที่เค้าจะไปหอผู้ป่วยจริง เค้าก็จะได้เรียนในห้องปฏิบัติการ เรียนกรณีศึกษาได้ฝึกทดลองจริง เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้เค้าในการทำทักษะต่าง ๆ ก่อนที่เค้าจะไปเจอกับคนไข้จริงก็ทำให้เค้ารู้สึกได้ว่ามีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น แทนที่ว้าวอยู่ ๆ ก็ไปเจอคนไข้เลยอย่างนี้นะคะ...” (อาจารย์คนที่ 3)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 เป็นบทเรียนที่ทำนายมากสำหรับการจัดให้นักศึกษา เพื่อให้ได้ทั้งความรู้และทักษะวิชาชีพไปด้วย ดังนั้นการบริหารหลักสูตร ปัญหา/ อุปสรรคต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับบทเรียนมานั้น เป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาแนวทางการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ ผู้วิจัยจึงขออภิปราย ตามประเด็นที่ค้นพบดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อคิดเห็นในการวิจัยครั้งนี้ว่า การที่ผู้บริหาร ผู้สอน ผู้เรียน และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 นี้ทั้งสิ้น การปรับแผนการจัดการศึกษานั้นจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำเป็นอย่างมากเพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลบรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes: LO) ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2563 เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2558 มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2561 และพระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. 2562 แล้วนั้น การจัดการศึกษายังต้องมีการดำเนินไปถึงแม้ว่าการแพร่ระบาด

จะเกิดขึ้น ณ ช่วงเวลานั้น มหาวิทยาลัยราชภัฏ ได้มีนโยบายให้หยุดการเรียนการสอน จึงส่งผลทำให้คณะพยาบาลศาสตร์ต้องจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ทำให้ผู้เรียนต้องเรียนออนไลน์แทน จากประเด็นการบริหารจัดการการเรียนการสอนในช่วงระบายนี้อาจให้เกิดการเตรียมความพร้อมของทั้งสถาบันการศึกษา ผู้เรียน ผู้สอน รวมทั้งการวัดและการประเมินผล เพื่อให้การเรียนการสอนนั้นดำเนินต่อไปได้และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เรียน¹⁰ ด้วยการพัฒนาแพลตฟอร์มรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้สอนได้นำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน ที่สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา และมีความยืดหยุ่นสูงในการเรียนรู้ ดังนั้นมหาวิทยาลัยจึงต้องมีการบริหารจัดการและมีสิ่งสนับสนุนที่ดี¹¹ อย่างไรก็ตาม สถาบันการศึกษายังพบปัญหาการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์คือ ด้านเครือข่ายและความเร็วของสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง¹²

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนในช่วงแรกคือความไม่คุ้นชินกับโปรแกรม ทั้งนี้ปัญหาหลัก ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้คือความเสถียรของระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ปัญหาการใช้งานซอฟต์แวร์ การวัดและประเมินผล เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านการวัดประเมินผล เครื่องมือสื่อสาร และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การใช้งานซอฟต์แวร์ กิจกรรมการเรียนการสอน และรูปแบบการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ประเมินตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ และยังพบอีกว่า ปัจจัยด้านการใช้งานซอฟต์แวร์ กิจกรรมการเรียนการสอน และการวัดประเมินผล สามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์การเรียนรู้กลุ่มตัวอย่างได้ถึงร้อยละ 38.8 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลแบบออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าปัญหาการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ สภาพแวดล้อมในการเรียนแบบออนไลน์ และการทำงานกลุ่มที่ยากขึ้น สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการเรียนทำให้ผู้เรียนไม่สามารถเรียนได้อย่างต่อเนื่องและมี¹⁴

ในประเด็นของแนวทางการจัดการเรียนการสอนในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนไว้คือ แบบผสมผสาน (Blended learning) คือมีการเรียนการสอนออนไลน์ (online) และออนไซต์ (onsite) โดยให้มีการเรียนภาคทฤษฎีเป็นออนไลน์ ส่วนภาคปฏิบัติเป็นออนไซต์

ซึ่งถือได้ว่าเป็นมุมมองที่สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนการสอนไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในห้องเรียน ผู้เรียนสามารถเรียนได้ทุกที่ ประโยชน์เกิดแก่ผู้เรียนเป็นหลัก และยังสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคม¹⁰ การเรียนการสอนลักษณะนี้เป็นการสอนที่มีพลวัต มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัต ทำให้อาจารย์และนักศึกษาปรับวิธีการเรียนการสอนได้อย่างอิสระเหมาะสมกับการใช้ชีวิตตามแนวคิดวิถีใหม่ ส่งเสริมพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลด้วยการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning behaviors)¹⁵ และสอดคล้องกับการเรียนการสอนทางการพยาบาลแบบออนไลน์พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน มีการให้ข้อเสนอแนะ การกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน ความยืดหยุ่นและสร้างสรรค์ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจและมีอิสระในการเรียนรู้¹⁴

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัยนี้ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ในกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏตามแนวคิดชีวิตวิถีใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลในกลุ่มอื่น ๆ เช่น สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ สถาบันการศึกษาเอกชน

References

1. Kunaviktikul et al. Nursing students' and faculty members' experiences of online education during COVID-19 across Southeast Asia: A Photovoice study. Nurse Education Today. 2022 Apr 1;111:105307.
2. Nabolsi M, Abu-Moghli F, Khalaf I, Zumot A, Suliman W. Nursing faculty experience with online distance education during COVID-19 crisis: a qualitative study. Journal of Professional Nursing. 2021; 37(5): 828-35.

3. Casafont et al. Experiences of nursing students as healthcare aid during the COVID-19 pandemic in Spain: a phenomenological research study. *Nurse Education Today*. 2021 Feb 1;97:104711.
4. Alexander M. Nursing challenges continue into 2022. *Journal of Nursing Regulation*. 2022; 12(4): 3.
5. Hao X, Peng X, Ding X, Qin Y, Lv M, Li J, Li K. Application of digital education in undergraduate nursing and medical interns during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Nurse Education Today*. 2022 Jan 1;108:105183.
6. Shorey et al. Salutogenesis and COVID-19 pandemic impacting nursing education across SEANERN affiliated universities: a multi-national study. *Nurse Education Today*. 2022 Mar 1;110:105277.
7. Buachu T, Sirirat N, Noimorkunladech N, Muangkaew P. Disruptive change in nursing education: from the situation of the spread of the coronavirus disease 2019 to online learning. *Journal of The Royal Thai Army*. 2021; 22(2): 1-9. (in Thai)
8. Smith SJ, Farra SL. The impact of covid-19 on the regulation of nursing practice and education. *Teaching and Learning in Nursing*. 2022; 17: 302-5.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006; 3(2): 77-101.
10. Sasow P, Yuennan C, Peansungnern N. Learning and teaching online in nursing education during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health and Nursing Education*. 2020; 26(2): 189-202. (in Thai)
11. Wongyai W, Patphol M. Learning design for the new normal. Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University, 2020. (in Thai)
12. Rodkaew P, Dulyakaseam U, Kanjanaaree S. State of online learning during pandemic of corona virus 2019 (COVID-19) of Boromarajonani Nakhon Si Thammarat, college of nursing. *Journal of MCU Nakhondhat*. 2022; 9(2): 125-41. (in Thai)
13. Intaranongpai S, Kausit U, Tankasem L, Tipchart T, Sornboon A, Sungasuk N. Factors influencing the online learning outcome on fundamental nursing subject during COVID-19 pandemic of nursing students from Mahasarakham University. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2022; 14(3): 252-66. (in Thai)
14. Thangkratok P, Lhimsoonthon B, Palacheewa N, Tongtham A. Online nursing education during the coronavirus-19 pandemic: a case study of the epidemiology course. *Thai Journal of Nursing Council*. 2021; 36(3): 31-44. (in Thai)
15. Satsin T, Wongwiseskul S. Lessons learned from online teaching: challenges for teachers under COVID - 19 situations. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(1): 1-9. (in Thai)

การพัฒนาโปรแกรมอบรมสำหรับประชาชนในชุมชน: อาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์

Development of Training Program for Persons in Community: Healthy Foods for Monks

ทวีทรัพย์ จูมศิลป์* ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล
Taweessup Joomsil* Lukawee Piyabanditkul
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002
Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ และประเมินประสิทธิผลโปรแกรมในด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้โปรแกรม และ 4) การประเมินผล เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอายุ 45-79 ปี จำนวน 99 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) กลุ่มตัวอย่างแบ่ง เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 52 คน ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์ 2) ระยะออกแบบและพัฒนา 17 คน เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 1 และ 3) ระยะทดลองใช้โปรแกรม 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 และทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ฉบับสมบูรณ์ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 8 กิจกรรม ได้แก่ ขึ้นประสบการณ์ 1 ครั้ง ขึ้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 1 ครั้ง ขึ้นการสนทนาเชิงวิพากษ์ 1 ครั้ง และขึ้นการกระทำ 5 ครั้ง ซึ่งออกแบบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกับข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนและการทบทวนวรรณกรรม และ 2) ประสิทธิภาพของการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ หน่วยบริการสุขภาพชุมชนสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับชุมชนได้เพื่อส่งเสริมให้คนในชุมชนมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพ, พระสงฆ์

Abstract

This research and development had aimed to develop a training program for healthy food for monks and test and assess the effectiveness of the program in terms of knowledge, attitudes and behaviors of healthy food offered to monks of program participants. The research was divided into 4 phases. These were including Situation Analysis, Design and Development, Implementation and Evaluation using the interview method with interview form to collect in the sample aged 45-79 years of 99 people. The samples were selected using the Cluster Sampling method, which was divided into 3 groups: 1)The situation analysis phase sample group of 52 people provided qualitative data by interview. 2)The design and development phase samples, 17 people who participated in the program developed for the first time and 3)The Implementation phase samples, 30 people who participated in the second developed program and a comparative analysis was conducted for the difference in mean scores of the samples between before and after participating in the program using the Wilcoxon signed-rank test at a significant level at statistical .05.

Results found: 1) The complete healthy food training program for offering to monks has a total duration of 8 weeks in 8 learning plans. These were Experience 1 time, Critical reflection 1 time, Reflective discourse 1 time and Action 5 times. Design activities by applying the Transformative Learning theory with data from community situation analysis and literature review. and 2)The effectiveness of the program trial was found After participating in the program, the sample group had average knowledge scores, attitudes and behaviors regarding healthy food for monks that were significantly higher than before participating in the program ($p < .05$) Suggestions from research are Community health services can apply the program to the community to encourage people in the community to have a level of knowledge, attitudes and behaviors of offering healthy food to monks are increasing.

Keywords: Training Program of Healthy Food, Monks

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต จัดเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับประทาน การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและถูกหลักโภชนาการจะส่งผลทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง แต่ในทิศทางตรงกันข้ามหากรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 90 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุมาจาก พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม¹ พระสงฆ์ จัดเป็นบุคคลหนึ่งในชุมชนที่ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสถวายหรือนำมาถวาย โดยส่วนใหญ่นิยมเลือกอาหารคาวหวานที่ปรุงอ้อยสุตฝีมือตามความชอบของตนเองหรือครอบครัวและผู้ที่ต้องการอุทิศส่วนกุศลไปให้ ประกอบกับสถานภาพพระสงฆ์ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเทศไทยปัจจุบันพบว่าพระสงฆ์จำนวนมากมีปัญหาสุขภาพ จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของพระสงฆ์ โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศเปรียบเทียบผล 10 ปีย้อนหลัง โดยได้สำรวจใน ปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2549 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มที่มีสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.3 จากเดิมร้อยละ 60.3 และมีพระสงฆ์กลุ่มอาพาธเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 จากร้อยละ 17.5 โดยข้อมูลแสดงให้เห็นว่า โรคที่พระสงฆ์อาพาธสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) โรคไขมันในเลือดสูง 2) โรคความดันโลหิตสูง และ 3) โรคเบาหวาน ซึ่งล้วนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฉันอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ² และในเขตเทศบาลรัตนวาปีศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีพระสงฆ์ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 40 มีค่าดัชนีมวลกาย

เกินปกติร้อยละ 35 แบ่งเป็นภาวะอ้วนร้อยละ 15 ภาวะท้วมร้อยละ 20 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 20 ซึ่งโรคที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15, 10 และ 10 ตามลำดับ

จากข้อมูลพบว่าการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการบริโภคที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ² และด้วยบริบทด้านการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์มีความแตกต่างจากคนทั่วไป อีกทั้งมีข้อจำกัดมากมายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะเรื่องการเลือกฉันอาหารและบริบทของพระสงฆ์ที่ต้องเคร่งในหลักพระธรรมวินัย การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ยาก เนื่องจากตามพระธรรมวินัยพระสงฆ์จะไม่ร้องขอการตรวจสุขภาพ ยกเว้นการมารับการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วย อีกทั้งการให้บริการเชิงรุกของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีไม่มากพอที่จะสามารถตอบสนองให้บริการได้อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ เนื่องจากผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิมีน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ เพราะต้องให้บริการและดูแลด้านสุขภาพแก่ทุกคนในชุมชน และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดหลักสูตรหรือโปรแกรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ พบว่ามีการศึกษาเฉพาะการสร้างแนวทางเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์เท่านั้น แต่ไม่พบการศึกษาที่มุ่งพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพพระสงฆ์ในกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องโดยตรง³ อีกทั้งในเขตเทศบาลรัตนวาปีศรีเจริญยังไม่เคยให้บริการเชิงรุกในประเด็นการสร้างองค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการถวายอาหารที่ดีต่อสุขภาพพระสงฆ์ จากปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ ในกลุ่มวัยทำงานตอนปลายถึงวัยผู้สูงอายุตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 45-79 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าวัดทำบุญและการถวายอาหารแด่พระสงฆ์มากที่สุด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา

สุขภาพพระสงฆ์ที่เกิดจากอาหาร เป็นการเสริมสร้างให้ชุมชนมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของพระสงฆ์ ลดการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้จากการถวายอาหารที่ก่อให้เกิดโรคในพระสงฆ์ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุในชุมชนเกิดการพัฒนาทักษะด้านความรู้เรื่องอาหารสุขภาพ เพิ่มแรงจูงใจการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม รวมทั้งลดความเบื่อหน่ายและการแยกตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุได้⁴ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิในอนาคต

คำถามการวิจัย

โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ ในเขตเทศบาลรัตนวาปีศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นอย่างไร

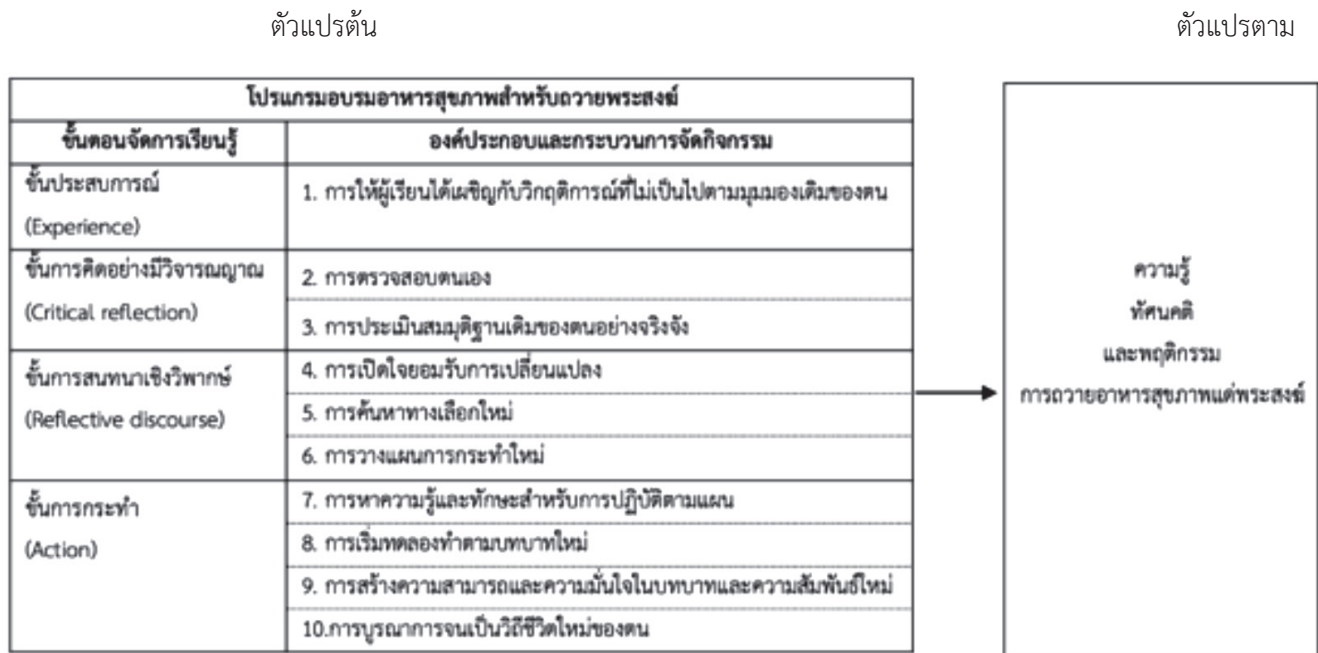
สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ สำหรับประชาชนอายุ 45-79 ปี ในเขตเทศบาลรัตนวาปีศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ กับประชาชนอายุ 45-79 ปี เขตเทศบาลรัตนวาปีศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ในด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning theory) ของเมซีโรว์⁵ ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้โปรแกรม และ 4) การประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45-79 ปี และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลรัตนวาสิรีเจริญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และจากนั้นทำการจับฉลากชื่อกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้มีพฤติกรรมถวายอาหารแด่พระสงฆ์ประจำอย่างน้อย 8 ครั้งต่อเดือน และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น หูหนวก หูตึง ตาบอด หรือเป็นใบ้ และ

2) เป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง ใช้เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลัน (Delirium) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และ 2) ผู้ที่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ เช่น วัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อ (Pulmonary tuberculosis) หรือมีประวัติเสี่ยงสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID19) เป็นต้น และมีเกณฑ์การถอนถอน (Withdrawal Criteria) คือ 1) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยร้ายแรงระหว่างดำเนินการวิจัย ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดในโปรแกรมได้ เช่น หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สมองขาดเลือดเฉียบพลัน การเกิดความพิการระหว่างการดำเนินการวิจัยหรือเสียชีวิต เป็นต้น 2) ผู้ที่มีเหตุจำเป็นต้องย้ายถิ่นฐานโดยไม่ได้ทำการวางแผนล่วงหน้า และ 3) ผู้ที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดในโปรแกรมมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 99 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 52 คน 2) การออกแบบและพัฒนา 17 คน และ 3) การทดลองใช้โปรแกรม 30 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม จะต้องไม่เป็นกลุ่มเดียวกัน ซึ่งการได้มาของกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการคำนวณ ดังนี้

1. ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน⁶ จากประชากรอายุ 45-79 ปี ที่มีพฤติกรรมทำบุญตักบาตรหรือถวายอาหาร แต่พระสงฆ์อย่างน้อย 8 ครั้ง/เดือน พบว่ามีจำนวนเฉลี่ยเท่ากับ 60 คน กำหนดให้ $N = 60$ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 52 คน

2. ระยะการออกแบบและพัฒนา จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁷ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับขนาดใหญ่ = 0.8, ระดับนัยสำคัญกำหนดค่าที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.8 และทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาและเผื่อมีการถอนตัวร้อยละ 15 จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 17 คน⁸

3. ระยะการทดลองใช้โปรแกรม จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁷ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับขนาดใหญ่ = 0.8, ระดับนัยสำคัญกำหนดค่าที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.8 และทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาและเผื่อมีการถอนตัวร้อยละ 20 จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซีโรว์ มาใช้พัฒนาและออกแบบกิจกรรมให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ประกอบด้วยการจัดการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นประสบการณ์ ขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นการสนทนาเชิงวิพากษ์ และขั้นการกระทำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องสูตรสำเร็จ 8 วิธีหนีโรคภัย, แนวปฏิบัติการปรุงอาหารตามหลัก 4 ส 2 ล และน้ำปานะหวานน้อยสำหรับพระสงฆ์ตามหนังสือครัวไทยไกลโรค 4.0 สำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ⁹ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

2.1 เครื่องมือระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แหล่งที่มาของอาหารที่นำถวายแด่พระสงฆ์ และความถี่ของการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดเรื่องความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ จำนวน 5 ข้อ

2.2 เครื่องมือระยะการออกแบบและพัฒนา และระยะการทดลองใช้โปรแกรม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แหล่งที่มาของอาหารที่นำถวายแด่พระสงฆ์ และความถี่ของการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เรื่องความรู้ เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เรื่องทัศนคติการถวายอาหารสำหรับพระสงฆ์ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมการถวายอาหารสำหรับพระสงฆ์ จำนวน 15 ข้อ

โดยเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องการถวายอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์มาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁰ ดังนี้

ด้านความรู้ ระดับมาก 8-10 คะแนน, ระดับปานกลาง 4-7 คะแนน และระดับน้อย 0-3 คะแนน

ด้านทัศนคติ ระดับมาก 31-45 คะแนน, ระดับปานกลาง 16-30 คะแนน และระดับน้อย 1-15 คะแนน

ด้านพฤติกรรม ระดับมาก 31-45 คะแนน, ระดับปานกลาง 16-30 คะแนน และระดับน้อย 1-15 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการคำนวณด้วยดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมินและพิจารณาความชัดเจน สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาของเครื่องมือ พบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ = 0.92 และสามารถจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้

- 1) ด้านความรู้ = 0.92, 2) ด้านทัศนคติ = 0.95 และ
3) ด้านพฤติกรรม = 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้¹¹

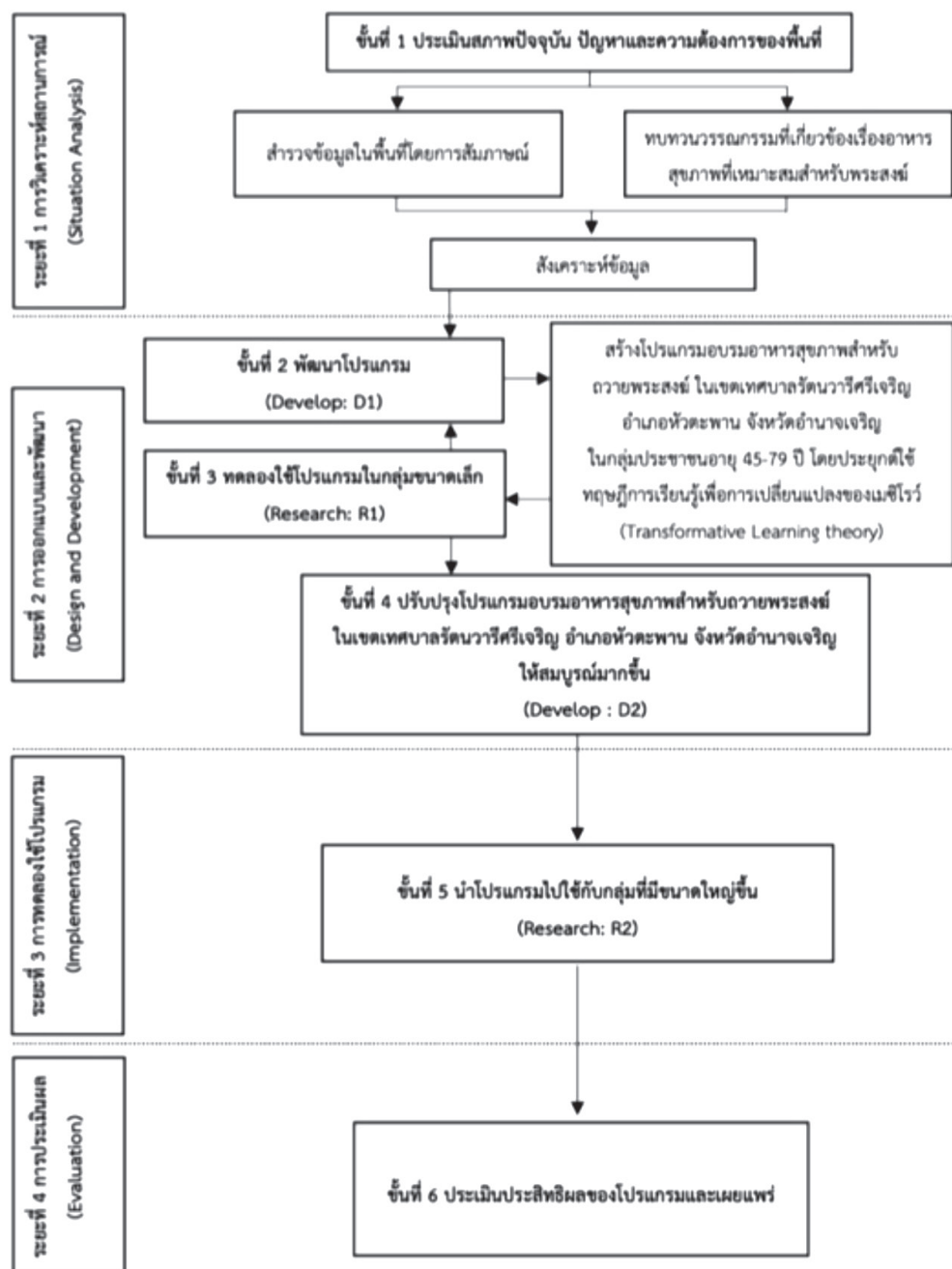
2. การทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มผู้ที่มีอายุ 45-79 ปี จำนวน 30 คน ที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา พบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ = 0.931 และสามารถจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้ 1) ด้านความรู้ = 0.84, 2) ด้านทัศนคติ = 0.91 และ 3) ด้านพฤติกรรม = 0.81

สรุปผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก¹²

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย HE642152 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สำคัญ 3 หลักการ คือ หลักการเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตรายและหลักแห่งความยุติธรรม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

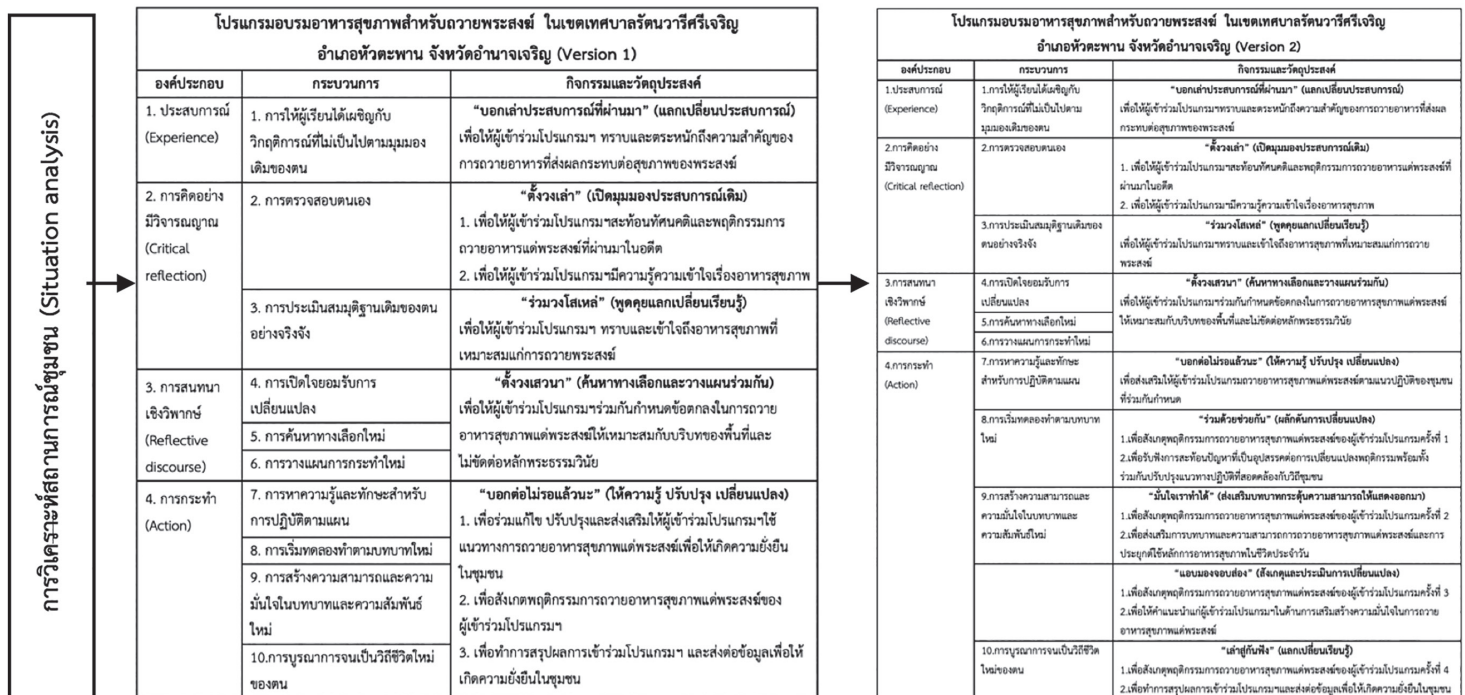
1. ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน ด้วยการใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหารและสุขภาพ ความหมายของอาหารเพื่อสุขภาพ ประเภทอาหารที่ถวายแด่พระสงฆ์ ทศนคติเรื่องอาหารและเครื่องดื่มที่ควรมานถวายพระสงฆ์ และนำข้อมูลไปใช้การสร้างโปรแกรมครั้งที่ 1

2. ระยะการออกแบบและพัฒนา เก็บข้อมูลโดยการทดลองใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นครั้งที่ 1 (Develop : D1) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 17 คน (Research : R1) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และทำการสรุป ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมครั้งที่ 1 เพื่อนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นในกระบวนการพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 2

3. ระยะการทดลองใช้โปรแกรม เก็บข้อมูลโดยการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 (Develop : D2)

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์



โปรแกรมฯ ที่พัฒนาครั้งที่ 1

โปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์

ภาพที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน พบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.1 ขาดความรู้เรื่องอาหารและสุขภาพของผู้รับประทาน 2) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.8 ขาดความรู้เรื่องความหมายของอาหารเพื่อสุขภาพ 3) กลุ่มตัวอย่าง

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจำนวน 30 คน (Research : R2) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ และทำการสรุป ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 27¹³ ด้วยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยจึงต้องใช้สถิติไร้พารามิเตอร์ (Nonparametric Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ร้อยละ 76.9 มีพฤติกรรมการถวายอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพพระสงฆ์ 4) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเรื่องการเลือกใช้วิธีปรุงอาหาร การปรุงรสชาติอาหาร และการเลือกประเภทเครื่องดื่มเพื่อนำมาถวายพระสงฆ์ไม่เหมาะสมและอาจส่งผลเสียต่อ

สุขภาพของพระสงฆ์คิดเป็นร้อยละ 42.4, 50.0 และ 36.5 ตามลำดับ และ 5) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.9 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องผู้ถวายอาหารและความเกี่ยวข้องต่อสุขภาพของพระสงฆ์

1.2 การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ครั้งที่ 1 พัฒนาขึ้นโดยใช้ข้อมูลระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซีโรว์ ซึ่งโปรแกรมใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1) บอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) ตั้งวงเล่าร่วมวงสโเลห์ 3) ตั้งวงเสวนา และ 4) บอกต่อไม่รอแล้วนะ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอน มาใช้ออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ผลการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า

1) **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่าง 17 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 67 ปี บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารร้อยละ 47.1 และมีพฤติกรรมการถวายอาหาร ≥ 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ร้อยละ 76.5

2) **ระดับความรู้** ทัศนคติและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ พบว่า ก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และทัศนคติเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก แต่ระดับพฤติกรรมนั้นยังคงอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม

เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 1 ไม่สามารถปรับเปลี่ยนระดับพฤติกรรมได้ จึงต้องพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์มากขึ้น โดยเพิ่มการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมถวายอาหารสุขภาพเพื่อให้มีระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้น

1.3 การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ครั้งที่ 2 พัฒนาโดยใช้ผลการทดลองใช้โปรแกรมครั้งที่ 1 ปัญหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นขณะนำใช้โปรแกรม ข้อเสนอแนะ และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับพื้นที่และออกแบบตามองค์ประกอบ 4 ขั้นตอนของทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งโปรแกรมใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 8 กิจกรรม กิจกรรมประกอบด้วย 1) บอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) ตั้งวงเล่า ร่วมวงสโเลห์ 3) ตั้งวงเสวนา 4) บอกต่อไม่รอแล้วนะ 5) ร่วมด้วยช่วยกัน 6) มั่นใจเราทำได้ 7) แอบมอง จอบส่อง และ 8) เล่าสู่กันฟัง ดังภาพที่ 3

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ฉบับสมบูรณ์ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ทัศนคติและพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์	X̄	S.D.	Min	Max	Wilcoxon Signed-rank test		ระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม การถวายอาหารสุขภาพพระสงฆ์
					Z	P-value	
ด้านความรู้							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.50	0.90	3	7			มีความรู้ฯ ระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	8.70	0.75	7	10	-5.06 ^b	<.001	มีความรู้ฯ ระดับมาก
ด้านทัศนคติ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.93	2.30	18	28			มีทัศนคติฯ ระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.67	1.95	34	43	-4.82 ^b	<.001	มีทัศนคติฯ ระดับมาก
ด้านพฤติกรรม							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.33	2.20	17	27			มีพฤติกรรมฯ ระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	33.77	1.92	31	38	-4.7 ^b	<.001	มีพฤติกรรมฯ ระดับมาก

b. Based on negative ranks. ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมและทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62 ปี อายุมากที่สุด 77 ปีอายุน้อยที่สุด 45 ปี มีอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 30.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.7 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 66.7 เป็นผู้ประกอบอาหารด้วยตนเองร้อยละ 53.3 และมีพฤติกรรมการถวายอาหาร ≥ 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 86.7

2.2 ระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ของกลุ่มผู้ที่ถวายอาหารพระสงฆ์เป็นประจำ จากการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ดังตารางที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านความรู้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เท่ากับ 5.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 8.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75

2) ด้านทัศนคติ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เท่ากับ 23.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.30 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 36.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.95

3) ด้านพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เท่ากับ 23.33

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.20 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 33.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์

1.1 การศึกษาและการวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ ก่อนพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยได้ศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ถวายอาหารเป็นประจำในพื้นที่เป็นอันดับแรก เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และเข้าใจเหตุการณ์ปฏิบัติของคนในชุมชน นำมาผนวกกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้พัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน จากการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า สามารถปรับเปลี่ยนระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่ทำการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาก่อนนำไปพัฒนารูปแบบ ผลพบว่าหลังการทดลองมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁴ และสอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนโรคความดันโลหิตสูง ที่ศึกษาสภาพการณ์ชุมชนก่อนนำข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพ ผลพบว่า กลุ่มเสี่ยงรับประทานที่เหมาะสม ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และในเวลา 3 เดือนไม่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชน¹⁵

1.2 แนวคิดที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง⁵ (Transformative Learning theory) มาพัฒนาโปรแกรมเนื่องจาก ทฤษฎีประกอบด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เริ่มจากการเรียนรู้และยอมรับประสบการณ์เดิมไปสู่การกำหนดเป้าหมายใหม่ เพื่อการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลและเป็นทฤษฎีที่สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนได้ “สอดคล้องกับชนิตา ภูหงส์ทอง”¹⁶ ที่กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เป็นทฤษฎีที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลบรรลุวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ได้การประยุกต์ใช้ในการสอนผ่านกิจกรรมหรือวิธีการที่เหมาะสมกับธรรมชาติของผู้เรียน จะสามารถ สร้างการเปลี่ยนแปลงให้แก่ผู้เรียน

ทั้งทางด้านความรู้ที่เชื่อมโยงความไปสู่การปฏิบัติและทักษะต่าง ๆ ที่นำไปใช้ได้ในอนาคต และสอดคล้องกับศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ¹⁷ ที่กล่าวว่าการศึกษาประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของเมชิโรว์ในการจัดการเรียนรู้เป็นแนวทางที่ใช้พัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ตระหนักรู้และเข้าใจตนเองจนสามารถสร้างการเรียนรู้ และความคิดใหม่ที่ถูกต้อง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องได้

ผู้วิจัยจึงเลือกทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องการถวายอาหารสุภาพสำหรับพระสงฆ์เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและความถี่ของพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และสอดคล้องกับการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนัก ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมอาหารสุภาพสำหรับถวายพระสงฆ์

2.1 ระยะเวลาและช่วงเวลาของการทำกิจกรรม จากการทดลองใช้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง หลังทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และระดับทัศนคติที่เพิ่มสูงขึ้นจากระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก แต่ยังคงมีระดับพฤติกรรมถวายอาหารสุภาพอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 2 ขึ้น โดยได้เพิ่มกระบวนการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมถวายอาหารสุภาพแก่พระสงฆ์เพื่อให้มีระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้น จากการทดลองใช้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง 30 นาที หลังทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง

เป็นระดับมากทั้ง 3 ด้าน ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่สอง ที่ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความตระหนัก ด้านการรับรู้ความสามารถและด้านพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ที่ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)²⁰ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่สามารถปรับเปลี่ยนระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพควรใช้เวลาในจัดกิจกรรมอย่างน้อย 8 สัปดาห์

2.2 วิธีการและเนื้อหากิจกรรมภายใน

โปรแกรม โปรแกรมอบรมอาหารสุภาพสำหรับถวายแด่พระสงฆ์ฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) บอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) ตั้งวงเล่าและร่วมวงโศกเศร้า การสนทนากลุ่มย่อยเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น 3) ตั้งวงเสวนา การสนทนากลุ่มใหญ่เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติของชุมชน 4) บอกต่อไม่รอแล้วนะ เพื่อให้ความรู้ผ่านการบรรยายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม 5) ร่วมด้วยช่วยกัน การประชุมกลุ่มเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน 6) มั่นใจเราทำได้ ส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม 7) แอบมองจอบส่อง การร่วมรับฟังเพื่อหาทางออกของปัญหาที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 8) เล่าสู่กันฟัง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลจากการทดลองใช้โปรแกรมนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมถวายอาหารสุภาพแก่พระสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ที่พัฒนาโปรแกรมเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาและผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ผลพบว่าสามารถป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สรุปได้ว่ากระบวนการและกิจกรรมที่สามารถสร้างความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักแก่ชุมชน 2) การใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับชุมชน 3) การส่งเสริมแนวปฏิบัติชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขและผลักดันแนวปฏิบัติสู่การนำไปใช้ได้จริง และ 5) การเกิดนโยบายแนวปฏิบัติชุมชนสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน ซึ่งกิจกรรมสามารถยืดหยุ่นได้ตามโอกาสและบริบทชุมชน อาจลดหรือขยายบางกิจกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งวิธีการที่ใช้ดำเนินกิจกรรมอาจมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพื้นที่ ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถพัฒนาออกแบบหรือเลือกใช้วิธีดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกันได้ เพื่อให้คนในชุมชนสามารถสร้างแนวปฏิบัติของชุมชนที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ แต่ผู้นำใช้โปรแกรมต้องศึกษาสถานการณ์ของพื้นที่ก่อนเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติที่อาจแตกต่างกัน เนื่องจากในแต่ละชุมชนมีปัจจัยด้านความแตกต่างของวิถีการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างมาก ดังนั้นควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนมาประยุกต์ใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้โปรแกรมเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

2. หลักการสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต้องกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ โดยเฉพาะการสนทนากลุ่มของกิจกรรมตั้งวงเล่า ร่วมวงโสร่ง ตั้งวงเสวนา และร่วมด้วยช่วยกัน เพื่อให้ชุมชนได้ร่วมกันค้นหาทางเลือกและวางแผนในการสร้างแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับชุมชน จะส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมสามารถเพิ่มระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับพื้นที่อื่นนอกเขตเทศบาลรัตนวาปีศรีเจริญ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

References

1. Sanee A. Self Management Program in Chronic Diseases. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 129-34. (in Thai)
2. Angkatavanich J. The Situation of Nutrition Problems in Monks. Bangkok: Panyamit printing; 2016. (in Thai)
3. Wisitcharoen K. Community Empowerment to Prevent Non-Communicable Diseases among Thai Buddhist Monks. Journal of Health Science Boromarajonani College of NursingSunpasitthiprasong. 2019; 3(2): 1-16. (in Thai)
4. Reunthongdee U. Enhancing Older Adults' Health Promotion Activities by using Community-Based Participation, Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1): 274-81. (in Thai)
5. Suttinakorn W. Transformative Learning and Action Research. Bangkok: Siam Paritas Publishing Company; 2017. (in Thai)
6. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement [Serial online] 1970; 30(3): 607-10.
7. Thavatchai Vorapongsathron. Sample size calculation for research using G*POWER Program. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health [Serial online] 2018; 41(2): 11-21. (in Thai)
8. Arun Jirawatkul. Statistics for health science research. 4nd ed. Bangkok: Wittayapat; 2015. (in Thai)
9. Angkatavanich J. Thai kitchen far from disease 4.0. 3rd ed. Bangkok: Panyamit printing; 2015. (in Thai)
10. Best, J. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1977.

11. Chaichanawirote U. Evaluation of Content Validity for Research Instrument. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2017; 11(2): 105-11. (in Thai)
12. Kanjanawasee S. Selecting appropriate statistical methods for research. 7nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
13. Vanichbuncha K. Data Analysis with SPSS for Windows. Bangkok: Samlada printing house; 2017. (in Thai)
14. Rattanaagreeethakul S. Development Model of Quality of Life for Hypertension Patients on the basis of Family and Community. *Journal of Nursing and Education*. 2016; 8(3): 52-65. (in Thai)
15. Saengdet S. Guidelines to Promote Health for Pre-Hypertension in Community at Suratthani Province. *Journal of Nursing Science & Health*. 2012; 35(1): 39-47. (in Thai)
16. Poohongthong C. Transformative Learning: Challenges for instructors in Higher Education. *The Journal of Behavioral Science Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University*. 2018; 24(1): 163-82. (in Thai)
17. Inchaithep S. Transformative Learning: A Nursing learning management in clinics. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 2019; 6(1): 3-7. (in Thai)
18. Dusitkul C. Development of activity management using transformative learning theory and transtheoretical model for reducing alcohol drinking behaviors of undergraduate students [Master Thesis in Bachelor of Education]. Chulalongkorn University Printing House: Chulalongkorn University; 2018 (in Thai)
19. Ruengsiriwat N. An effectiveness of program applying the Transtheoretical Model in dietary consumption among population at risk for Diabetes Mellitus type 2. *Journal of Public Health Nursing*. 2013; 27(1): 74-87. (in Thai)
20. Onsideang S. The effectiveness of health promoting program for behaviors on chronic disease preventative of the middle aged people, Thung Kula Subdistrict, Suwannaphum District, RoiEt Province. *Thai Dental Nurse Journal*. 2016; 26(1): 91-101. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับกับพฤติกรรมความปลอดภัย ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ Relationships Between Personal Factors, Safety Climate, Social Support, Feedback, and Work Safety Behaviors of Professional Nurses in Tertiary Hospitals

อัจฉริยาพร พรหมมาลูน* ยุพิน อังสุโรจน์

Acharyaporn Prommaloon* Yupin Aungsueroch

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับ กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมี 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .83, .96, .96, และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า

1. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.47$, $SD = 0.35$)
2. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ($\chi^2 = 20.39$, $p < .05$) และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .255$)
3. บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมและการให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .737$, $r = .660$, $r = .926$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน, ปัจจัยส่วนบุคคล, บรรยากาศความปลอดภัย, การสนับสนุนทางสังคม, การให้ข้อมูลย้อนกลับ

Corresponding Author: *Email: acharyaporn@gmail.com

วันที่รับ (Received) 14 ธ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 6 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (Accepted) 18 เม.ย. 2565

Abstract

The descriptive research design aimed to examine the relationships between personal factors, safety climate, social support, feedback and work safety behaviors. The samples were 115 professional nurses, randomly selected by multi-stage sampling technique. The research instruments were personal factors, safety climate, social support, feedback, and work safety behaviors questionnaires. Content validity and reliability were established. The Cronbach's alpha coefficients were .83, .96, .96, and .96, respectively. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

Major findings of this study were as follows:

1. Work safety behavior of professional nurses in tertiary hospitals was at the good level ($\bar{X} = 4.47$, $SD = 0.35$).
2. The relationship between personal factor which is the work unit and work safety behavior of professional nurses in tertiary hospitals was statistically significant ($\chi^2=20.93$, $p < .05$). The relationship between personal factor which is work experience and work safety behaviors of professional nurses in tertiary hospitals were positively statistically significant ($r = .255$, $p < .05$).
3. The relationships between safety climate, social support, feedback and work safety behavior of professional nurses in tertiary hospitals were positively statistically significant ($r = .737$, $r = .660$, and $r = .926$, $p < .05$, respectively).

Keyword: work safety behaviors, personal factors, safety climate, social support, feedback

บทนำ

การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนด้านบริการสุขภาพ ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น การทำงานที่ยาวนาน การใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน การเผชิญกับความรีบเร่งและจากบริบทของการทำงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน^{1,2} จากการสำรวจของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน พบว่า สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 741 คน ซึ่งความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมักเกิดจากพฤติกรรมในการทำงาน นำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล³

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะงานดูแลผู้ป่วยที่ภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรง ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลรักษา⁴ ลักษณะงาน

บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงต้องให้บริการรักษาพยาบาลในลักษณะเฉพาะโรคเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนจนถึงระดับวิกฤติ⁵ ลักษณะงานพยาบาลวิชาชีพมีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสกับปัจจัยอันตรายต่อสุขภาพ การเผชิญกับความรีบเร่งในการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงานจากการศึกษาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกัน การติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ⁷ พบว่า การมีภาระงานมากทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่งทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่โรงพยาบาลกำหนดได้ ซึ่งปัจจุบันแต่ละโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน แต่จากการสำรวจของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนยังคงพบสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานอยู่พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การปฏิบัติงานหลายบทบาทหน้าที่ การเผชิญ

กับความริบแรงในการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีโอกาสแสดงพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสม^{4,7} ซึ่งผลกระทบจากพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่มารับบริการได้

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เป็นการกระทำที่มีผลทำให้การทำงานเป็นไปอย่างปลอดภัย ปราศจากสภาพภัยอันตราย รวมถึงเป็นการควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บและความเสียหายจากการเกิดอุบัติเหตุ จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากพยาบาลขาดความระมัดระวังขณะปฏิบัติงาน ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอุบัติเหตุและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและขาดความตระหนัก ไม่เห็นถึงความสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุ^{1,6} จากทฤษฎีมูลเหตุเชิงซ้อน (Multiple Causation Theory) ที่กล่าวว่าความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งนั้น ไม่ได้มีสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเท่านั้น แต่แท้จริงแล้วยังมีอีกหลายสาเหตุที่ต่างก็ผลทำให้เกิดความเสี่ยงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานและสถานที่ปฏิบัติงานเป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ⁴ 2) บรรยากาศความปลอดภัย ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรในองค์กรต่อนโยบายและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน⁸ Kines et al.⁹ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคลากรในองค์กรต่อบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานมีอิทธิพลและเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร 3) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อสังคมมนุษย์ เนื่องจากการดำรงชีวิตในสังคมที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมั่นคง พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งซึ่งปฏิบัติงานโดยประสานงานกับบุคลากรที่หลากหลายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม Pender¹⁰ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและเหมาะสม ย่อมจะส่งผลต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม 4) การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นกระบวนการติดต่อสื่อสารในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตได้

ในขณะนั้นเพื่อให้พยาบาลทราบถึงข้อมูลของการปฏิบัติงานว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ Hackman and Oldham¹¹ กล่าวว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้บุคลากรในองค์กรได้รับรู้ผลการปฏิบัติงานจะเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรในองค์กรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีการปรับปรุงพัฒนางานอยู่เสมอ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์การทำงานและสถานที่ปฏิบัติงาน บรรยากาศความปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิว่าเป็นอย่างใดและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและวางแผนด้านความปลอดภัยในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคม และการให้ข้อมูลย้อนกลับ กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Griffin and Neal¹² และบูรณาการร่วมกับแนวคิดของ Parker et al.¹³ แนวคิดบรรยากาศความปลอดภัยของ Kines et al.⁹ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Karaesk & Theorell¹⁴ และแนวคิดการให้ข้อมูลย้อนกลับของ Hackman

& Oldham¹¹ นำมาช่วยอธิบายพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากแนวคิดมีความสอดคล้องกับบริบทการทำงานในโรงพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคมและการให้ข้อมูลย้อนกลับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation studies)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในหน่วยบริการภาครัฐ จำนวน 65 แห่ง มีจำนวนพยาบาลทั้งสิ้น 53,356 คน (จากการโทรศัพท์สอบถามกลุ่มการพยาบาล)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในหน่วยบริการภาครัฐ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power รวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 124 คน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิออกเป็น 6 ภาค ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจับฉลาก ภาคละ 1 แห่ง ได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 6 โรงพยาบาล สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลในทุกแผนกที่ให้บริการ โดยวิธีการสุ่มอย่าง โดยให้กลุ่มงานการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจับฉลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ได้คำนวณตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน สร้างแบบสอบถามขึ้นจากแนวคิดของ Griffin and Neal¹² และแนวคิดของ Parker et al.¹³ และงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการผสมผสานเชื่อมโยงเนื้อหาสาระของแนวคิดสรุปเป็นความคิดรวบยอด (Concept) ร่วมกับการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด และเห็นด้วยน้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแปลความหมายของประคอง กรรณสูตร

ตอนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นตามแนวคิดของตามแนวคิดของ Kines et al.⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด และเห็นด้วยน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจุไรลักษณ์ เหลียงกอบกิจ¹⁵ มีจำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยน้อยที่สุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของสายสมร เจริญกิตติ¹⁶ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93, .84, .90, และ .90 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการให้ข้อมูลย้อนกลับ และแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เท่ากับ .96, .96, .96 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับพิจารณาการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ดังนี้

1) กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการเลขที่ 019/2564, 2) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รหัสโครงการเลขที่ 287/64, 3) โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รหัสโครงการเลขที่ 0032.102.1/47, 4) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการเลขที่ 55/2564, 5) โรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการเลขที่ 245/2564

การเก็บรวบรวม

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลหลังได้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากหน่วยงานพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยและแต่ละโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากกลุ่มงานพยาบาลของแต่ละแห่งในการแจกแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ Google form โดยใช้ QR Code จำนวน 124 ฉบับ แก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างสแกน QR code แบบสอบถามจะมีคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน หากกลุ่มตัวอย่างเลือกยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะสามารถทำแบบสอบถามต่อไปได้ และหากกลุ่มตัวอย่างเลือกไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถกดในช่องไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อออกจากแบบสอบถามและชี้แจงกลุ่มตัวอย่างตอบกลับแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ที่ตอบกลับมาผ่านระบบ Google form พบว่า

สมบูรณ์ทั้งหมด 115 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.84 ของแบบสอบถามทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.47) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติงานตามข้อบังคับด้านความปลอดภัยมีค่าสูงที่สุด รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานและสถานที่ปฏิบัติงาน บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับ กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ปฏิบัติงานกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในระดับดีขึ้นไป (n = 115)

สถานที่ปฏิบัติงาน	ระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน				
	ระดับดีขึ้นไป		χ^2	C	p-value
	จำนวน	ร้อยละ			
แผนกศัลยกรรม	35	30.4	20.39	.396	.05
แผนกสูติรีเวช	13	11.3			
แผนกอายุรกรรม	20	17.4			
แผนกกุมารเวชกรรม	9	7.8			
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	8	7.0			
แผนกห้องผ่าตัด	14	12.2			
อื่นๆ	16	13.9			
รวม	115	100			

จากตารางที่ 2 พบว่าสถานที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับดีขึ้นไป

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับ กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (n = 115)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
การให้ข้อมูลย้อนกลับ	.926*	สูง
บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน	.737*	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	.660*	ปานกลาง
ประสบการณ์การทำงาน	.255*	ต่ำ

*p< .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ให้ข้อมูลย้อนกลับและบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยโดยเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.47$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความเห็นว่าการกระทำที่มีผลทำให้การทำงานเป็นไปอย่างปลอดภัย ปราศจากสภาพอันตราย รวมถึงการควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บและความเสียหายจากการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากตระหนักได้ดีว่าหากมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยย่อมส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและโรคที่อาจเกิดจากการทำงานลงได้ สอดคล้องกับ¹⁷ ซึ่งศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับสูง และการศึกษา¹⁸ พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

นครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยการสร้างทัศนคติความปลอดภัยในการทำงานทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้านความระมัดระวังมากขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า สถานที่ปฏิบัติงานในแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านลักษณะงานที่อาจมีความจำเพาะกับผู้ป่วยที่ดูแล การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ การเผชิญกับบริบทงานที่กดดันหรือมีความรีบเร่ง ทำให้พยาบาลวิชาชีพแสดงพฤติกรรมการทำงานที่แตกต่างกันจากการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก¹⁹ พบว่า แผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่เกิดอุบัติเหตุเข็มที่มุดมากที่สุด และแผนกที่เกิดการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยมากที่สุด คือ แผนกศัลยกรรม และจากการศึกษา⁴ ยังพบว่า ลักษณะของหน่วยงานส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในแต่ละหน่วยงานแตกต่างกัน จากการศึกษพบว่า ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ($r = .255$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมื่อมีอายุการทำงานมากขึ้นจะมีพฤติกรรม

ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าย่อมมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ พบว่า อายุงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากการศึกษาพบว่าบรรยากาศความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .737$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการรับรู้ต่อนโยบายและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบรรยากาศความปลอดภัยในการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก มีการศึกษาบรรยากาศความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย¹⁹ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ มีการบริหารงานภายใต้วิสัยทัศน์ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และการสื่อสารเรื่องความปลอดภัยในการทำงานระหว่างกันเพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ดี สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนภาคใต้²⁰ พบว่าการที่พยาบาลรับรู้บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน ก่อให้เกิดความไว้วางใจในระบบความปลอดภัยขององค์กร มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และการศึกษา²¹ ที่พบว่าบรรยากาศความปลอดภัยเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานด้านพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการรับรู้ถึงนโยบาย แนวปฏิบัติงาน รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นเตือนและจูงใจให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการจัดบรรยากาศความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเป็นหนึ่งในมาตรการที่ช่วยป้องกันการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานได้

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุน

ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($r = .660$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.58$) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้รับรู้ถึงพฤติกรรมของผู้ร่วมงานที่แสดงออกมาในลักษณะเต็มใจที่จะแบ่งปัน ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในประเทศเกาหลีใต้²² พบว่า การสนับสนุนของบุคลากรให้ทำงานเดียวกับทั้งในระดับหัวหน้าหน่วยงานและผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลย้อนกลับกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($r = .926$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เห็นว่ากระบวนการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตได้ในขณะปฏิบัติงานนั้น ทำให้พยาบาลทราบถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และตระหนักในตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา²⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรในหน่วยงานกลุ่ม Generation Y พบว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับข้อมูลย้อนกลับจากหัวหน้าจึงเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาบุคลากรทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ผลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน รับรู้จุดเด่น จุดด้อยที่ตนปฏิบัติ และการศึกษา²⁴ ที่ศึกษาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยการให้ข้อมูลในการทำงานด้านต่างๆ จะส่งผลต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมบรรยากาศความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดเตรียมทรัพยากรด้านความปลอดภัยทั้งระดับส่วนบุคคลและระดับองค์กรให้เหมาะสมเพียงพอ ตรวจสอบให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ จัดกิจกรรมเพิ่มความรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ใช้ในการพยากรณ์พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

References

1. Opastiragul W. Health status related to risk at work among professional nurses, out patient and emergency nursing section, Maharaj nakorn Chiang mai hospital. Nursing Journal. 2015; 42(2): 49-61. (in Thai)
2. Khunthar A. The impacts and solutions to nursing workforce shortage in Thailand. Journal of Nursing Science. 2014; 32(1): 81-90. (in Thai)
3. Suriyawong W. Organizational safety culture and compliance with safety practices among registered nurses at a tertiary care hospital. Journal of Communication Health Development Quarterly Khon Kean University. 2017; 5(1): 103-18. (in Thai)
4. Chalok-kongthavorn C. A study of work safety behaviors of professional nurses, Government university hospital. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
5. Pumfong S. Factors of job stress for professional nurses in tertiary hospital. Kuakarun Journal of Nursing. 2015; 22(2): 140-53. (in Thai)
6. Sawasrak K. Barriers to and facilitators prevention practices among professional nurse in tertiary care hospitals. Nursing Journal. 2015; 42(4): 25-35. (in Thai)
7. Ramkaew K. Working experience of emergency nurses in tertiary care hospital. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 226-34. (in Thai)
8. Zohar D. Safety climate in industrial organization: theoretical and applied implication. Journal of Applied Psychology. 1980; 65: 96-102.
9. Kines, P. et al. Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ-50): A new tool for diagnosing occupational safety climate. International Journal of Industrial Ergonomics. 2011; 41(6): 634-46.
10. Pender, N. J. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange; 1987.
11. Hackman, J. R., & Oldham, G. R. Work redesign. Reading, MA: Addison-Wesley; 1980.
12. Griffin MA, Neal A. Perception of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. Journal of occupational health psychology. 2000; 5:347-58.
13. Parker S, Axtell C, Turner N. Designing a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. Journal of occupational health psychology. 2001; 6: 211-28.
14. Karasek, R. & Theorell, T. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic books; 1990.
15. Liangkobkit C. Relationships between personal factors, work endeavor, social support, and job stress in professional nurses, private hospitals, Bangkok Metropolis. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)

16. Chaleoykitti S. Effects of empowerment program by head nurses on performance feedback and job satisfaction of staff nurses. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2001. (in Thai)
17. Pooput O. Work safety behaviors of registered nurse in queen Sirikit heart center of the northeast. Journal of Mahasarakham Hospital. 2019; 16(3): 188-96. (in Thai).
18. Boonbumroe S. Work safety behaviors of nurse in Maharat nakhon ratchasima hospital. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2014; 20(2): 82-92. (in Thai)
18. Boonbumroe S. Work safety behaviors of nurse in Maharat nakhon ratchasima hospital. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2014; 20(2): 82-92. (in Thai)
19. Thongma P. Factors predicting health of professional nurse in the government university hospital. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
20. Krungkraipetch N. Factors affecting safety behavior in nursing practice among nursing students in the eastern region. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2019; 36(6): 193-201. (in Thai).
21. Kaewtawee A. Relationships between work-life balance, safety climate and organizational commitment of professional nurse, private hospitals, southern region. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 313-20. (in Thai)
22. Oh E, Choi JS. Factors influencing the adherence of nurses to standard precautions in South Korea hospital settings. American Journal Infection Control. 2019; 47(11): 1346-51.
23. Khumhome B. The Effects of Negative Feedback on Intention to Improve Efficiency of Job and Work Performance of Generation Y. Humanities, Arts and Social Sciences Studies. 2019; 19(3): 628-48. (in Thai)
24. Chansa S. The effects of effective communication and teamwork on patient safety management of staff nurses at one government hospital in bangkok metropolis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18 (Supplement): 299-307. (in Thai)

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ด้วยสูตรไอโซไนอะซิด และไรแฟมพิซิน ระยะเวลา 3 เดือน ในผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติสัมผัสวัณโรค

The Effectiveness of 3 Months Regimen of Isoniazid Plus Rifampicin for Treatment of Latent Tuberculosis Infection in Children

พรณรัตน์ สว่างสุข เอกราช คุณเวียง* เกษวดี ลาภพระ กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

Punnarat Sawangsuk Eakkarat Koonwiang* Keswadee Lapphra Kulkanya Chokephaibulkit

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการกินยาครบและต่อเนื่อง ความปลอดภัย และความทนต่อยาของการรักษาสูตร 3HR ในเด็กผู้สัมผัสวัณโรคในโรงพยาบาลและศึกษาอุบัติการณ์ของวัณโรคในเด็กผู้สัมผัสเมื่อติดตามที่ระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เก็บข้อมูลจากเด็กผู้สัมผัสวัณโรคที่โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 - 28 กุมภาพันธ์ 2565 ข้อมูลประกอบด้วยอัตราการกินยาครบและต่อเนื่องภาวะแทรกซ้อน และอุบัติการณ์

ผลการวิจัย พบว่าเด็กผู้สัมผัสวัณโรค 267 ราย ได้ติดตามประเมินวัณโรค 196 ราย (ร้อยละ 73.4) ได้รับ 3HR จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 68.2) รับประทาน จำนวน 173 ราย (ร้อยละ 97.7) พบผลข้างเคียงของยา 8 ราย (ร้อยละ 4.4) อาการคลื่นไส้ 5 ราย (ร้อยละ 2.8) ตับอักเสบ 3 ราย (ร้อยละ 1.6) หายุดยา 4 รายเนื่องจากผลข้างเคียง (ร้อยละ 2.2) โดยไม่พบผลข้างเคียงรุนแรง และพบเป็นวัณโรคปอด 2 รายในผู้สัมผัสทั้งหมด คิดเป็นอุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคในผู้สัมผัสร้อยละ 0.75 โดยไม่พบวัณโรคในผู้สัมผัสที่ได้รับยา 3HR ครบ ดังนั้นการให้ยา 3HR ในผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคอัตราการกินยาครบสูง สามารถทนต่อยาได้ดี มีผลข้างเคียงต่ำ และมีประสิทธิภาพดี ในการป้องกันการเกิดวัณโรค ในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ของการติดตามหลังสัมผัส

ดังนั้นนักศึกษาและพยาบาลผู้มีบทบาทดูแลผู้ป่วยจะต้องเข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เพื่อนำไปสู่การพยาบาลและการสอนสุขศึกษาแนะนำผู้ป่วยเด็กป่วยโรคหัวใจและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหลักการดูแลเด็กป่วยกลุ่มนี้ควรเน้นที่การสอนและให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัยและพ้นจากภาวะวิกฤติของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : วัณโรคระยะแฝง, 3HR, อัตราการกินยาครบ, ความปลอดภัย, ความทนต่อยา

Abstract

The purpose of this retrospective study was to determine the feasibility, adherence, and tolerability of 3HR treatment in children exposed to tuberculosis during hospitalization. Conducted over 2-year period in Siriraj hospital from February 2020 to February 2022. The adherence and the adverse drug reactions were collected by self report during follow-up. As well, the rate of active TB disease was evaluated.

Corresponding Author: *E-mail: Eakkarat.koon@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ม.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ม.ค. 2566

Results : There were 267 exposed children and 182 (68.2%) received 3HR, median age was 1.4 years (IQR 0.46-3.51). Overall adherence was good and 97.7% completed the treatment. Serious drug-related adverse events were not found. Adverse events were reported in 8 (4.4%) patients: vomiting (5 (2.8%)) and transaminitis (3 (1.6%)). There were 4 (2.2%) patients discontinued treatment due to adverse events. 2 (0.75%) cases of all exposed children had developed TB disease over 12 months follow-up, none were those who completed the treatment. Conclusions: Tuberculosis preventive treatment with 3HR is feasible, well tolerability, with high adherence rate, and effective in preventing TB disease. Therefore, health educators and nurses who play a role in caring for patients must understand the pathophysiology and common complications. To lead to nursing and teaching health education to guide children with heart disease and their families effectively. Principles of caring for this group of sick children should focus on teaching and giving advice to caregivers in caring for children with heart disease. congenital efficiency Nurses also play an important role in keeping children with heart disease safe and sound. out of the crisis of the disease and have a good quality of life

Keywords: latent tuberculosis infection, 3HR, feasibility, adherence, tolerability

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก คาดว่าประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ซึ่งในปี 2562 องค์การอนามัยโลกได้คาดว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 10 ล้านคน และเสียชีวิต 1.2 ล้านคน¹ ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีวัณโรครุนแรง เพื่อยุติปัญหาวัณโรคที่เกิดขึ้นปี 2559 องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานให้กับประเทศสมาชิก โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่จะลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรภายในปี 2578 โดยมาตรการที่สำคัญประการหนึ่งของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคคือการรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค²

ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง คือผู้ที่ไม่มีอาการ และไม่แพร่กระจายเชื้อต่อผู้อื่น แต่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค และสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้³ โดยทั่วไปมีเพียงร้อยละ 10 ของวัณโรคระยะแฝงเท่านั้น ที่จะป่วยเป็นวัณโรค ผู้สัมผัสวัณโรคที่เป็นเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องเมื่อได้รับเชื้อวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคหลังได้รับเชื้อมากกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่และมีโอกาส เป็นวัณโรคนอกปอดมากกว่า⁴ ในปี 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO)⁵ และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC)⁶ ได้แนะนำสูตรการรักษาวัณโรคแฝงทาง

เลือกหลายสูตร โดยการให้สูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin นาน 3 เดือน (3HR) ในการรักษา LTBI มีการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพไม่ด้อยกว่าการให้สูตรมาตรฐาน isoniazid ชนิดเดียวต่อเนื่องนาน 6 หรือ 9 เดือน (6H, 9H) รวมทั้งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยามีอัตราการกินยาครบมากกว่า และพบภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า^{7,8,9}

ด้วยเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยเด็กที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสัมผัสผู้ป่วยต้นตอที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดรวมทั้งสิ้น 2 เหตุการณ์ พบผู้ป่วยเด็กผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 267 คน ในที่ประชุมทีมแพทย์พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ กรณีผู้ป่วยเด็กสัมผัสวัณโรคในหอผู้ป่วย พยาบาลผู้มีบทบาทดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และกุมารแพทย์¹⁰ หน่วยโรคติดเชื้อในเด็ก ทีมแพทย์และพยาบาลได้ศึกษาถึงพยาธิสรีรวิทยาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เพื่อนำไปสู่การพยาบาลและการสอนสุขศึกษาแนะนำผู้ป่วยเด็กป่วยโรคหัวใจและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัยและพ้นจากภาวะวิกฤติ ของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สหสาขาได้ให้การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ด้วยยาสูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะเวลา 3 เดือน และขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาอัตราการกินยาครบและต่อเนื่องของการใช้ยา อาการข้างเคียง ความปลอดภัย ความทนต่อยาและประสิทธิภาพของยาสูตรยาดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการศึกษา

งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาอัตราการกินยาครบและต่อเนื่องของผู้ป่วย ความปลอดภัยและความทนต่อยา และศึกษาประสิทธิภาพของ ยาในการป้องกันวัณโรคของสูตรดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

ความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการ (feasibility) การใช้ยา isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะเวลา 3 เดือน ในเด็กที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคและเพื่อศึกษาอัตราการกินยา ครบและต่อเนื่อง ของการใช้ยา (adherence and completion rate)

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาความปลอดภัย (safety) และความทน ต่อยา (tolerability) ของการใช้ยาสูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะเวลา 3 เดือน
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของวัณโรคปอดในเด็กที่มี ประวัติสัมผัสวัณโรคในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังมีประวัติ สัมผัสและได้รับยาสูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะเวลา 3 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ย้อนหลัง (retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลผู้ป่วย เด็กที่สัมผัสวัณโรคที่โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 จนถึง 28 กุมภาพันธ์ 2565 การสืบค้นข้อมูลโรคประกอบ ด้วยการซักประวัติอาการของวัณโรค การตรวจเอกซเรย์ปอด ผู้ที่สัมผัสจะได้รับยา 3HR และติดตามอุบัติการณ์ของวัณโรคที่ ระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วยอัตรา การกินยาครบ และต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากยา และอุบัติการณ์ของวัณโรคในเด็กผู้สัมผัส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย กำหนดให้เป็นผู้ป่วย เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ทุกรายและผู้ป่วยเด็กอายุ 5-18 ปี ที่ภูมิต้านทานต่ำที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่หอบผู้ป่วย โรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 จนถึง 5 สิงหาคม 2563 และที่หอบผู้ป่วย 72/8 และ อานันท์มหิตล 4-6 โรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง วันที่ 11 สิงหาคม 2563 จนถึง 24 มกราคม 2564 โดยพบผู้ป่วยเด็ก

ผู้สัมผัสจำนวนทั้งสิ้น 267 คน โดยมีแนวทางการจัดการผู้ป่วย ที่สัมผัสวัณโรคขณะอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ประชุมเพื่อกำหนดขอบข่ายผู้สัมผัสวัณโรค ที่จะส่งตรวจทางรังสีและการให้ยาป้องกันวัณโรคแฝง โดยนับ เอาผู้ป่วยที่สัมผัสตั้งแต่ช่วง 3 เดือนก่อนวินิจฉัย และกำหนด วันให้ผู้สัมผัสเข้าตรวจประเมินอาการทางคลินิกของวัณโรค ตรวจร่างกายและตรวจเอกซเรย์ปอด
2. หากมีอาการที่เข้าได้กับวัณโรค หรือเอกซเรย์ปอด ผิดปกติ จะได้รับการรักษา รวมทั้งนัดเพื่อติดตามผลการรักษา หากไม่เป็นวัณโรคจะได้รับการประเมินเพื่อรับยาป้องกันวัณ โรคแฝงหากไม่มีข้อห้ามให้ยาป้องกัน วัณโรคระยะแฝง โดยหากเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือเป็นภูมิคุ้มกันบกพร่อง (immunocompromised host) โดยขณะนี้ใช้สูตร 3HR เป็นลำดับแรกหากไม่มีข้อห้าม โดยยา Isoniazid เป็นยาเม็ด ขนาด 300 มก. และ ยา rifampicin เป็นยาเม็ดขนาด 300, 450 มก. และยาน้ำ ขนาด 20 มก./มล. โดยมีแบบฟอร์ม การคำนวณยา ตามน้ำหนัก และวิธีการผสมยาสำหรับแพทย์ และผู้ปกครองเพื่อเป็นแนวทางในการใช้ยาอย่างถูกต้อง

กระบวนการเก็บข้อมูล

1. เก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วม โดยการรวบรวมข้อมูลผู้สัมผัสที่มาตรวจติดตามนัด จากระบบ อิเล็กทรอนิกส์หรือโทรติดตามทางโทรศัพท์
2. บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ได้ส่งยื่นต่อ คณะกรรมการจริยธรรม จะไม่มีการบันทึกชื่อ-สกุล เลขที่ โรงพยาบาลของผู้ป่วย ลงในแบบบันทึกข้อมูลดังกล่าว สำหรับ ข้อมูลที่จะเก็บรวบรวม ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว ประวัติสมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ข้อมูลการสัมผัสวัณโรค การวินิจฉัยและสูตรการรักษาวัณโรค ระยะแฝงที่ได้รับ ได้แก่ จำนวนวันที่สัมผัสวัณโรคจาก index case อาการทางคลินิก เช่น ไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด หรือไม่ขึ้นตามเกณฑ์ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ ภาพถ่าย เอกซเรย์ปอด (CXR PA, lateral) ผลการรักษา อาการ ผลข้าง เคียงยา และอัตราการกินยาครบและต่อเนื่องของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษาอัตราการกินยาครบและต่อเนื่องของ การใช้ยา (adherence and completion rate) ในส่วนของ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจะนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ความปลอดภัย (safety) และความทนต่อยา (tolerability) และเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของยาโดยประเมินอุบัติการณ์ของโรคปอดในผู้สัมผัสที่ได้รับยาป้องกัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ และจะใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพตามความเหมาะสม และใช้ independent T-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผ่านการรับรอง เลขที่หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 192/2564 (IRB1) เมื่อ 18 พฤษภาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ศึกษาความปลอดภัย (safety) และความทนต่อยา (tolerability) ของการใช้ยาสูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะเวลานาน 3 เดือน

รายละเอียดของผู้ป่วยต้นตอ

ผู้ป่วยต้นตอของเหตุการณ์สัมผัสลำดับที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 25 ปี เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ปฏิกิริยาโรคประจำตัว มีอาการไอ มีเสมหะเล็กน้อย ตั้งแต่พฤษภาคม 2563 จากนั้นกรกฎาคม 2563 เริ่มมีเสียงแหบ น้ำหนักลด ส่องกล้องพบ granulation ตรวจเอกซเรย์ปอด: reticulonodular opacity at RUL, no cavities ตรวจเสมหะ: AFB positive scanty (25 cells in one length), PCR TB: positive วินิจฉัยเป็นวัณโรคกล่องเสียงและวัณโรคปอด Mycobacterium culture รายงานผลภายหลัง: Mycobacterium tuberculosis complex Susceptible : Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol ได้รับการรักษาด้วยยา Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol และ Pyrazinamide 2 เดือน เก็บเสมหะซ้ำ AFB negative อายุรแพทย์ให้ Isoniazid และ Rifampicin ต่ออีก 4 เดือน (2IRZE+4IR) เข้าทำงานในหอผู้ป่วยอานันท์มหิตลชั้น 7 อย่างต่อเนื่อง สวมหน้ากากอนามัยเป็นครั้งคราว

ผู้ป่วยต้นตอของเหตุการณ์สัมผัสลำดับที่ 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 25 ปี เป็นมารดาเฝ้าไข้บุตรในหอผู้ป่วย ปฏิกิริยาโรคประจำตัว ขณะเฝ้าบุตร ช่วงมกราคม 2564 มีอาการไอ เป็นเลือด ชักประวัติย้อนหลังพบว่ามีอาการไอเล็กน้อย ไม่มีเสมหะ ร่วมกับน้ำหนักลด ตั้งแต่สิงหาคม 2563 ตรวจเอกซเรย์ปอด: reticulonodular infiltration both lungs ตรวจเสมหะ: AFB 1+, PCR TB: positive, Mycobacterium culture รายงานผลภายหลัง : Mycobacterium tuberculosis complex Susceptible: Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol ได้รับการรักษาด้วยยา Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol และ Pyrazinamide 2 เดือน และให้ Isoniazid และ Rifampicin ต่ออีก 4 เดือน (2IRZE+4IR) มารดานอนเฝ้าไข้ในหอผู้ป่วยเป็นประจำ ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย ตั้งแต่สิงหาคม 2563 - มกราคม 2564 ที่หอผู้ป่วย 72/8 และอานันท์มหิตลชั้น 4-6 โดยอยู่ที่หอผู้ป่วย 72/8 ระหว่างวันที่ 11-13 สิงหาคม 2563 โดยอยู่ที่หอผู้ป่วยอานันท์มหิตลชั้น 4 ระหว่างวันที่ 13-21 สิงหาคม 2563, 13-23 มกราคม 2564 ที่หอผู้ป่วยอานันท์มหิตลชั้น 5 ระหว่างวันที่ 21-31 ธันวาคม 2563 ที่หอผู้ป่วยอานันท์มหิตลชั้น 6 ระหว่างวันที่ 10 กันยายน- 8 ตุลาคม 2563, 15-17 ตุลาคม 2563, 9-11 พฤศจิกายน 2563, 4-12 ธันวาคม 2563

รายละเอียดของผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคและการบริหารจัดการ (feasibility) การใช้ยา isoniazid ร่วมกับ Rifampicin ระยะเวลานาน 3 เดือนในผู้สัมผัส

ผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคในหอผู้ป่วยทั้ง 2 เหตุการณ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 267 คน ผู้สัมผัสที่ไม่สามารถติดต่อได้ขณะนั้น หรือปฏิเสธการมาตรวจประเมินวัณโรคและการรับยาป้องกันวัณโรค มีจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 26.6) จึงมีผู้สัมผัสที่ได้รับการตรวจประเมินวัณโรคมีจำนวน 196 ราย (ร้อยละ 73.4) โดยพบมีข้อห้ามในการรับยาป้องกันเนื่องจากใช้ยาโรคประจำตัวที่มีปฏิกิริยาต่อกันกับยา isoniazid หรือ rifampin จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 4.87) โดยพบว่าใช้ยา digoxin จำนวน 3 ราย phenytoin 2 ราย itraconazole 4 ราย carvedilol 1 ราย prednisolone 2 ราย และ perampicillin 1 ราย พบ มีผู้สัมผัสเป็นวัณโรคก่อนเริ่มให้ยาป้องกันจำนวน 1 ราย จึงมีผู้สัมผัสวัณโรคได้รับยาสูตร 3HR จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 68.2) และติดตามอาการเพื่อประเมิน วัณโรคที่ระยะเวลาครบอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 167 ราย (ร้อยละ 62.5)

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคและได้รับการรักษาด้วย Isoniazid และ Rifampicin

	รวมผู้ป่วยเด็กทั้งหมด n (%)	ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเหตุการณ์ที่ 1 n (%)	ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเหตุการณ์ที่ 2 n (%)	p-value
รวมทั้งหมด	182	98 (53.8)	84 (46.2)	
เพศชาย	100 (54.9)	54 (55.1)	46 (54.8)	0.963
อายุ (ปี)				
median (IQR)	1.46 (0.46, 3.51)	1.162.21 (0.26, 2.39)	<0.001 (0.65, 4.99)	
กลุ่มอายุ				
- 0-4 ปี	155 (85.2)	92 (93.9)	63 (75)	<0.001
- 5-12 ปี	21 (11.5)	5 (5.1)	16 (19)	0.004
- 13-17 ปี	6 (3.3)	1 (1)5 (6)	0.061	
โรคประจำตัว	171 (94)	98 (100)	73 (86.9)	<0.001
- โรคหัวใจหลอดเลือด	108 (59.3)	97 (99)	11 (13.1)	<0.001
- โรคเลือด	39 (21.4)	039 (46.4)	<0.001	
- โรคระบบประสาท	7 (3.8)	08 (8.3)	0.004	
- โรคทางเดินหายใจ	5 (2.7)	1 (1)4 (4.8)	0.183	
- โรคอื่น ๆ	19 (10.4)	5 (5.1)	14 (16.7)	0.011
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	52 (28.6)	11 (11.2)	41 (48.8)	<0.001
ยาที่ใช้ประจำ	88 (48.4)	66 (67.3)	22 (26.2)	<0.001
จำนวนสมาชิก	4 (4, 5)	4 (4, 4.25)	4 (3.25, 5)	0.607
ในครอบครัว (คน)				
สมาชิกในครอบครัว	1	-	1	-
ได้วินิจฉัยเป็นวัณโรค				
จำนวนวันที่สัมผัส	4 (2, 10)	5 (2.75, 15)	4 (2, 8.75)	0.002
Index case (วัน)				
จำนวนวันที่สัมผัส	123	106.5	130.5	0.882
จนถึงวันเริ่มยา (วัน)	(62, 179.25)	(63.5, 183.5)	(59, 177)	
จำนวนเดือนที่ติดตาม	18	21	16	
อาการหลังสัมผัสโรค (เดือน)	(16, 21)	(19, 23)	(13, 17)	<0.001
จำนวนวันที่รับประทานยา* (วัน)	90 (30, 90)	90 (30, 90)	90 (30, 90)	0.687

*ข้อมูลค่านี้นำเสนอด้วย min, max

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเด็กสัมผัสวัณโรคและได้รับยาสูตร 3HR จำนวน 182 ราย เป็นเพศชาย 100 ราย (ร้อยละ 54.9) มีค่ามัธยฐานของอายุ 1.4 ปี (IQR 0.46-3.51) ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 155 ราย (ร้อยละ 85.2)

ซึ่งเป็นผู้สัมผัสที่มาจากเหตุการณ์ที่ 1 จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 53.8) และเหตุการณ์ที่ 2 จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 46.2) อายุของผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 1 มีค่ามัธยฐานของอายุน้อยกว่าผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 2 โดยอายุ ของผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 1

มีค่ามัธยฐานของอายุ 1.16 ปี (IQR 0.26-2.39 ปี) และอายุของผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 2 มีค่ามัธยฐานของอายุ 2.21 ปี (IQR 0.65-4.99 ปี) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

ผู้สัมผัสส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 171 ราย (ร้อยละ 94) โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจหลอดเลือด 108 ราย (ร้อยละ 59.3) โดยถือว่าเป็นผู้มีระบบภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง 52 ราย (ร้อยละ 28.6) และมียาโรคประจำตัวที่ใช้ประจำ 88 ราย (ร้อยละ 48.4) ผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจหลอดเลือดมากที่สุด เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 97 ราย (ร้อยละ 99) ส่วนผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 2 เป็นโรคโลหิตและมะเร็งมากที่สุด 39 ราย (ร้อยละ 46.4) ผู้สัมผัสวัณโรคมีค่ามัธยฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 ราย (IQR 4-5) โดยมีเพียง 1 รายที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยวัณโรค (ร้อยละ 0.55)

ค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่สัมผัสผู้ป่วยต้นตอ 4 วัน (IQR 2-10) โดยพบว่าจำนวนวันที่สัมผัส Index case ของผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 1 มีค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่สัมผัสโรคสูงกว่าเหตุการณ์ที่ 2 โดยเหตุการณ์ที่ 1 มีค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่สัมผัส 5 วัน (IQR 2.75-15) และเหตุการณ์ที่ 2 มีค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่สัมผัส 4 วัน (IQR 2-8.75) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002) นอกจากนี้พบว่าค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่สัมผัสจนถึงวันเริ่มยา 123 วัน (IQR 62-179.25) โดยพบว่าจำนวนวันที่สัมผัสจนถึงวันเริ่มยาของผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 1 มีค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่สัมผัสจนถึงวันเริ่มยาน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ 2 โดยเหตุการณ์ที่ 1 มีค่ามัธยฐาน 106.5 วัน (IQR 63.5-183.5) และเหตุการณ์ที่ 2 มีค่ามัธยฐาน 130.5 วัน

(IQR 59-177) ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ติดตามอาการหลังสัมผัสโรค 18 เดือน (IQR 16-21) โดยพบว่าระยะเวลาที่ติดตามอาการหลังสัมผัสโรคของผู้สัมผัสเหตุการณ์ที่ 1 มีค่ามากกว่าเหตุการณ์ที่ 2 โดยเหตุการณ์ที่ 1 มีค่ามัธยฐาน 21 เดือน (IQR 19-23) และเหตุการณ์ที่ 2 มีค่ามัธยฐาน 16 เดือน (IQR 13-17) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่รับประทานยาทั้ง 2 เหตุการณ์เท่ากับ 90 วัน (30, 90)

อัตราการกินยาครบและต่อเนื่องของการใช้ยา (adherence and completion rate)

จากจำนวนผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคทั้ง 2 เหตุการณ์ที่ได้รับยาสูตร 3HR จำนวน 182 ราย พบว่าเป็นวัณโรคขณะให้ยาป้องกันจำนวน 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนของยาสูตร 3HR และแพทย์ให้เปลี่ยนเป็น isoniazid 9 เดือน จำนวน 4 ราย ดังนั้นเหลือจำนวนผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคที่นำมาประเมินอัตราการกินยาครบและต่อเนื่องของผู้ป่วยจำนวน 177 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสมีอัตราการกินยาครบสูงคิดเป็นร้อยละ 98.2 และทานยาได้จนครบ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของจำนวนยา) จำนวน 173 ราย (ร้อยละ 97.7) โดยเป็นผู้สัมผัสในเหตุการณ์ที่ 1 จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 99) และผู้สัมผัสในเหตุการณ์ที่ 2 จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 96.2) และพบผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสกินยาไม่ครบที่ได้รับยาร้อยละ 11-49 ของจำนวนยา จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.3) โดยเป็นผู้สัมผัสในเหตุการณ์ที่ 1 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1) และผู้สัมผัสในเหตุการณ์ที่ 2 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.8) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อัตราการกินยาครบของผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรค

รวมผู้ป่วยเด็กทั้งหมด ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเหตุการณ์ที่ 1 ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเหตุการณ์ที่ 2 p-value			
	n (%)	1 n (%)	2 n (%)
จำนวนเด็กผู้สัมผัสที่ได้กินยา	177 (100)	97 (54.8)	80 (45.2)
จำนวนเด็กผู้สัมผัส ที่ได้กินยา	173 (97.7)	96 (99)	77 (96.2)
กินยาครบ ($\geq$ 80% of doses)			0.329
กินยาไม่ครบ			
- ได้รับยา 11-49% of doses	4 (2.3)	1 (1)	3 (3.8)

ผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค

จากผู้ป่วยเด็กผู้สัมผัสจำนวนทั้งสิ้น 182 รายจากทั้ง 2 เหตุการณ์ที่ได้รับยาสูตร 3HR พบว่าเกิดผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค 8 ราย (ร้อยละ 4.4) พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน 5 ราย (ร้อยละ 2.75) โดย มีความรุนแรงน้อย (1 ครั้ง/ 24 ชม.) 4 ราย (ร้อยละ 2.2) โดยมีความรุนแรงปานกลาง (2-5 ครั้ง/ 24 ชม.) 1 ราย (ร้อยละ 0.5) โดยแพทย์ผู้รักษาเปลี่ยนสูตรยา 2 ราย (ร้อยละ 1.1) พบอาการ

ตับอักเสบ (Transaminitis) 3 ราย (ร้อยละ 1.6) โดยมีความรุนแรงปานกลาง (≥ 2.5 เท่า ของค่าปกติ) 1 ราย (ร้อยละ 0.5) และมีความรุนแรงมาก (≥ 5 เท่าของค่าปกติ) 2 ราย (ร้อยละ 1.1) โดยแพทย์ผู้รักษาเปลี่ยนสูตรยา 2 ราย (ร้อยละ 1.1) หลังหยุดยา Rifampicin ติดตามค่าการทำงานของตับกลับเป็นปกติ โดยไม่มียาอื่นที่ทำให้เกิดตับอักเสบได้ และไม่พบรายใดมีผลข้างเคียงรุนแรง (Severe AEs) (ดังแสดงในตารางที่ 3) (รายละเอียดของผู้ที่มีผลข้างเคียงดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาป้องกันวัณโรคระยะแฝง*

รวมผู้ป่วยเด็กทั้งหมด ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเหตุการณ์ที่ ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเหตุการณ์ที่ p-value				
	n (%)	1 n (%)	2 n (%)	
จำนวนผู้สัมผัสที่ได้กินยา	182	98	84	
จำนวนผู้สัมผัสที่มีอาการ				
ผลข้างเคียงของยา	8 (4.4)	3 (3.1)	5 (6.0)	0.474
คลื่นไส้ อาเจียน	5 (2.8)	3 (3.1)	2 (2.4)	1.000
- Mild (1 times/ 24 hr)	4 (2.2)	3 (3.1)	1	(1.2)
- Moderate(2-5 times/24 hr)	1 (0.5)	0	1 (1.2)	
เปลี่ยนสูตรยาจากผลข้างเคียง	2 (1.1)	1 (1.0)	1 (1.2)	
ตับอักเสบ (Transaminitis)	3 (1.6)	-	3 (3.6)	0.095
- Moderate (≥ 2.5 timesxULN)	1 (0.5)	-	1 (1.2)	
- Severe (≥ 5 times x ULN)	2 (1.1)	-	2 (1.1)	
เปลี่ยนสูตรยาเพราะผลข้างเคียง	2 (1.1)	-	2 (2.4)	
รวมจำนวนผู้สัมผัสที่เปลี่ยนสูตรยาโดยแพทย์	4 (2.2)	1 (1.0)	3 (3.6)	0.125

*อ้างอิงจาก National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0

ในผู้ป่วยเด็กผู้สัมผัสที่ได้รับยาป้องกันวัณโรคแฝงครบและต่อเนื่องจำนวน 173 ราย พบว่ามีผู้สัมผัส ที่ขาดการติดตามนัดจำนวน 2 ราย ผู้สัมผัสที่เสียชีวิตจำนวน 4 ราย (ทั้ง 4 ราย เสียชีวิตจากโรคประจำตัวที่เป็น อยู่เดิม ไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรคหรือยารักษาวัณโรคระยะแฝง ได้แก่ Relapsed neuroblastoma 2 ราย Hepatoblastoma 1 ราย Total

anomalous pulmonary venous return 1 ราย) ดังนั้นเหลือผู้สัมผัสจำนวน 167 รายที่ได้รับยาป้องกันวัณโรคแฝงและติดตามอาการเพื่อประเมินวัณโรคที่ระยะเวลายาวน้อย 1 ปี โดยพบว่าไม่มีผู้สัมผัสรายใด ที่ได้รับยาป้องกันวัณโรคแฝงครบเป็นวัณโรคภายหลังการติดตาม เป็นเวลา 18 เดือน

ตารางที่ 4 ข้อมูลผู้สัมผัสที่เกิดผลข้างเคียงของยาป้องกันวัณโรคระยะแฝง

อายุ	โรคประจำตัว	ยาที่ใช้ประจำ	อาการ	ระยะเวลา ที่เริ่มมีอาการ	ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	แพทย์ให้เปลี่ยน สูตรยา
3 เดือน	Congenital Hyperinsulinism, GER on NG feeding	Diazoxide, prevacid	อาเจียนวันละ 4-5 ครั้ง ไม่เหลือ	1 วันหลังเริ่มยา	AST 18 ALT 23 ALP 211 TB 0.15 DB 0.12 Alb 4.1	เปลี่ยนสูตรยา
4 เดือน	Supraventricular tachycardia	propanolol	อาเจียนวันละครั้ง rifampicin ออกมาตัวเดียว >50%	2 สัปดาห์หลังเริ่มยา	-	เปลี่ยนสูตรยา
12 วัน	Double outlet right ventricle	lasix aldactone	อาเจียนวันละครั้ง เป็น 3 วัน หายเอง	1 สัปดาห์หลังเริ่มยา	-	ไม่เปลี่ยนสูตรยา
10 เดือน	asplenia, common atrium	ASA Warfarin lasix aldactone	อาเจียนวันละครั้ง เป็น 3 วัน หายเอง	1 สัปดาห์หลังเริ่มยา	-	ไม่เปลี่ยนสูตรยา
3 ปี	Wiskott Aldrich syndrome	-	อาเจียน วันละครั้ง เป็น 5 วัน หายเอง	1 สัปดาห์หลังเริ่มยา	AST 40 ALT 15 ALP 282 TB 0.78 DB 0.32 Alb 4.7	ไม่เปลี่ยนสูตรยา
1 ปี	Retinoblastoma	none (Last CMT12/1/2021 ICE LFT ขณะนั้นปกติ)	ไม่มีอาการ	1 เดือนหลังเริ่มยา	AST 143 ALT 239 ALP 515 TB 1.1 DB 0.4 Alb 4.5	เปลี่ยนสูตรยา
3 ปี	Neuroblastoma	-	ไม่มีอาการ	1 เดือนหลังเริ่มยา	AST 198 ALT 200 ALP 202 TB 0.49 DB 0.24	เปลี่ยนสูตรยา
4 ปี	Acute lymphoblastic leukemia	MTX, bactrim	ไม่มีอาการ	2 สัปดาห์หลังเริ่มยา	AST 45 ALT 146 ALP 150 TB 0.5 DB 0.4 Alb 4	ไม่เปลี่ยนสูตรยา

การเกิดวัณโรคในผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรค
จากจำนวนผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคทั้ง 2 เหตุการณ์
รวมทั้งสิ้น 267 ราย พบเป็นวัณโรคปอดจำนวน 2 ราย จากผู้
สัมผัสที่ติดตามได้ 264 ราย (ติดตามไม่ได้ 3 ราย) โดยผู้ป่วยทั้ง
สองรายไม่ได้รับการกินยารักษาวัณโรคแฝงครบ 3 เดือน ผู้ป่วย
รายแรกที่เป็นวัณโรคนั้นได้รับการวินิจฉัยก่อนเริ่มให้ยาป้องกัน
ส่วนผู้ป่วยอีกรายเป็นหลังจากได้รับยารักษาวัณโรคแฝงเพียง
2 สัปดาห์ (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคที่ได้รับยารักษาวัณโรคแฝง
ครบ 3 เดือนจำนวน 167 ราย พบว่าไม่มีผู้ใดได้รับการวินิจฉัย
เป็นวัณโรค หลังจากการติดตามที่ระยะเวลา 18 เดือน ส่วนใน
กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคที่ไม่ได้รับยารักษาวัณโรคแฝง (ไม่สามารถ
ติดต่อได้ในขณะนั้นหรือปฏิเสธการมารับยา) จำนวน 71 ราย

ติดต่อได้ 68 ราย (ติดต่อไม่ได้ 3 ราย) โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
จากโรคประจำตัว 8 ราย ที่เหลือ 60 ราย ไม่มีผู้ใดได้รับ
การวินิจฉัยเป็นวัณโรคหลังจากการติดตามครบที่ระยะเวลา
18 เดือน ดังนั้นคิดเป็นอุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคในกลุ่ม
ผู้สัมผัส ร้อยละ 0.75 (เป็นวัณโรค 2 รายในผู้สัมผัสที่ติดตามได้
ทั้งหมด 264 ราย) โดยไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของสูตร
ยานี้ได้

**2. ศึกษาอุบัติการณ์ของวัณโรคปอดในเด็กที่มี
ประวัติสัมผัสวัณโรคในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังมีประวัติ
สัมผัสและได้รับยาสูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะ
เวลานาน 3 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของยา**

ตารางที่ 5 ข้อมูลผู้สัมผัสที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค

อายุ	โรคประจำตัว	จำนวนวันที่สัมผัส index case	จำนวนวันที่สัมผัส จนถึงเริ่ม 3 IR	อาการ	การวินิจฉัยวัณโรค	เอกซเรย์ปอด	ผลตรวจ ทางห้อง ปฏิบัติการ	รักษา
1 ปี	OAE spectrum	2 วัน	(วินิจฉัย TB ก่อนได้ยาป้องกัน)	Chronic cough, persistent infiltration	Probable pulmonary TB	nterstitial infiltration perihilar region	Gastric wash 2IRZE AFB neg, PCR TB neg, C/S no growth	+4IR
2 ปี	Spastic CP	3 วัน	7 เดือน	Prolonged fever, cough, hemoptysis	Probable pulmonary TB	Interstitial infiltration perihilar region, hilar adenopathy	Gastric wash 2IRZE AFB neg, PCR TB neg, C/S no growth	+4IR

รายที่ 1 (วินิจฉัยเป็นวัณโรคก่อนได้รับยาป้องกันวัณโรค) ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี โรคประจำตัว OAE spectrum, hydronephrosis นอนอยู่ที่หอผู้ป่วยอานันท์มหิตล ชั้น 5 และสัมผัสกับผู้ป่วยต้นตอระหว่างวันที่ 23- 24 ธันวาคม 2563 ตรวจเอกซเรย์ปอดก่อนเริ่มยาป้องกันวัณโรคพบ 5 กุมภาพันธ์ 2564 พบ interstitial infiltration at perihilar และไอ จึงให้การรักษาเป็นปอดติดเชื้อด้วย amoxicillin-clavulanic จากนั้นนัดติดตามอาการที่ 1 เดือน พบว่ายังมีอาการไอร่วมกับตรวจเอกซเรย์ปอดยังมี persistent infiltration จึงวินิจฉัยเป็น Probable pulmonary tuberculosis ผล gastric wash ซึ่งรายงานผลภายหลัง AFB not found, PCR TB negative, Rif negative และ Mycobacterium culture no growth เริ่มให้การรักษาด้วย ยารักษาวัณโรค Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol และ Pyrazinamide ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2564 เป็นระยะเวลา 2 เดือน จากนั้นให้ Isoniazid และ Rifampicin ต่ออีก 4 เดือน (2IRZE+4IR) ครบวันที่ 10 กันยายน 2564 จากนั้นอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ น้ำหนักขึ้นดี ที่บ้านอาศัยรวมกัน 5 คน ทุกคนไม่มีอาการ ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด ได้รับการตรวจเอกซเรย์ปอดผลปกติ

รายที่ 2 (วินิจฉัยเป็นวัณโรคหลังเริ่มยาได้รับยาป้องกันวัณโรคได้เพียง 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 2 ปี โรคประจำตัว preterm 29 สัปดาห์ spastic cerebral palsy, broncho-pulmonary dysplasia, gastro-esophageal reflux S/P gastrostomy อยู่ที่หอผู้ป่วย 72/8 ระหว่างวันที่ 11-19 สิงหาคม 2563 และสัมผัสกับผู้ป่วยต้นตอระหว่างวันที่

11-13 สิงหาคม 2563 วินิจฉัยเป็นวัณโรคแฝง ได้ตรวจเอกซเรย์ปอด ก่อนเริ่มยาพบ mild interstitial infiltration, no new infiltration และเริ่มรับประทานยาป้องกันวัณโรค Isoniazid, Rifampicin วันที่ 19 มีนาคม 2564 (7 เดือนหลังสัมผัสผู้ป่วยต้นตอ) จากนั้นไอบ่อยขึ้น มีเสมหะปนเลือด ได้ตรวจตรวจเอกซเรย์ปอดพบ new interstitial infiltration RUL 24 มีนาคม 2564 และเก็บ gastric wash 25- 27 มีนาคม 2564 ให้การรักษาเป็นปอดติดเชื้อด้วย amoxicillin clavulanic และนัดติดตามอาการที่ 2 สัปดาห์หลังรับประทานยาป้องกัน พบว่าตรวจเอกซเรย์ปอดยังมี persistent infiltration ร่วมกับ hilar adenopathy และซักประวัติย้อนไปพบมีไข้ ไอเป็นๆ หายๆ ช่วง กุมภาพันธ์ 2564 จึงวินิจฉัยเป็น Probable pulmonary tuberculosis เนื่องจาก gastric wash รายงานผลภายหลัง AFB not found, PCR TB negative, Rif negative และ Mycobacterium culture no growth จึงได้หยุดป้องกันวัณโรค Isoniazid, Rifampicin วันที่ 2 เมษายน 2564 และเริ่มให้การรักษาด้วยยารักษาวัณโรค Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol และ Pyrazinamide ตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน 2564 เป็นเวลา 2 เดือน จากนั้น ให้ Isoniazid และ Rifampicin ต่ออีก 4 เดือน (2IRZE+4IR) ครบวันที่ 28 ตุลาคม 2564 จากนั้นอาการดีขึ้นไม่มีไข้ น้ำหนักขึ้นจาก 11 เป็น 14 กิโลกรัม ใน 3 เดือนหลังการรักษา ที่บ้านอาศัยรวมกัน 3 คน ทุกคนเอกซเรย์ปอดผลปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความปลอดภัย (safety) และความทนต่อยา (tolerability) ของการใช้ยาสูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าจากเหตุการณ์ผู้ป่วยเด็กที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคติดต่อทั้ง 2 เหตุการณ์ มีผู้สัมผัสจำนวน 267 คน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มาวิเคราะห์ อัตราการกินยาครบและต่อเนื่อง อาการข้างเคียง รวมถึงการป้องกันโรคของยาสูตรดังกล่าวพบว่า 3HR เป็นสูตรที่ผู้ป่วยกินยาได้ครบสูง ผลข้างเคียงต่ำ ปลอดภัยและมีแนวโน้มมีประสิทธิภาพที่ดี การบริหารจัดการ (feasibility) การใช้ยาสูตร 3HR ในผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรค พบว่าการที่มีผู้ป่วยปฏิเสธการมาตรวจประเมินวัณโรค ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะไม่ต้องการทานยาหลายตัวเนื่องจากส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมียาประจำ ทานยาก และไม่สามารถติดตามนัด ผู้ปกครองมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่จะใช้และหลายรายติดต่อไม่ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศกรีซในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 926 คนที่สัมผัสวัณโรคและได้รับยาป้องกันวัณโรคระยะแฝงสูตร 3-4 HR เทียบกับ 9H พบอัตราการกินยาครบของ 3HR ร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับ 9H ร้อยละ 86⁷ และเมื่อเทียบกับการศึกษาการรักษาวัณโรคระยะแฝงในทารกแรกเกิดในประเทศไทย การใช้ isoniazid 6-9 เดือน พบว่าสามารถกินยาได้ครบร้อยละ 61.8¹¹ ซึ่งพบอัตราการกินยาครบที่ต่ำกว่าซึ่งอธิบายได้จากการใช้สูตร 3HR นั้นกินในช่วงระยะเวลาสั้นกว่าทำให้อัตราการกินยาครบสูงกว่า โดยวิจัยนี้พบอัตราการกินยาครบสูง ไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 เหตุการณ์ เนื่องจากผู้สัมผัสเป็นเด็กที่มีโรคประจำตัว มีนัดกับแพทย์เฉพาะทาง ผู้ปกครองเข้าใจและเอาใจใส่การกินยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการรับรู้วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ส่งผลเสียทั้งต่อตนเอง และคนรอบข้าง ใช้เวลาในการรักษานาน เมื่อผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรครับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค¹² ผลข้างเคียง พบว่าอัตราการพบผลข้างเคียงต่ำคือร้อยละ 4.4 โดยตับอักเสบเป็นปัญหาที่กังวลมากที่สุด ซึ่งพบร้อยละ 1.6 สอดคล้องกับการศึกษาการให้ 3-4HR ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่สัมผัสวัณโรค พบผลข้างเคียงต่ำ ซึ่งพบตับอักเสบได้ร้อยละ 1.2 และพบอาการ GI symptom ร้อยละ 0.7⁷ และการศึกษาผู้สัมผัสวัณโรคอายุน้อยกว่า 35 ปีจำนวน 675 คนที่ได้รับยาป้องกันวัณโรคระยะแฝงสูตร 3HR เทียบกับ 6H พบตับอักเสบ ร้อยละ 5.8 ในสูตร 6H เทียบกับร้อยละ 5.1 ในสูตร 4HR¹³ ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อน

ได้ต่ำเช่นเดียวกับการใช้สูตรมาตรฐาน 9H^{8,9}

การศึกษาดูอุบัติการณ์ของวัณโรคปอดในเด็กที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังมีประวัติสัมผัสและได้รับยาสูตร isoniazid ร่วมกับ rifampicin ระยะเวลา 3 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของยา พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร้อยละ 0.75 เป็นวัณโรค 2 ราย ในผู้สัมผัสทั้งหมดที่ติดตามได้ 264 ราย ซึ่งต่ำกว่าการประมาณการตามการดำเนินโรคที่ว่าผู้ที่สัมผัสวัณโรคเป็นวัณโรคระยะแฝงจะมีโอกาสเป็นวัณโรคร้อยละ 5-10 ตลอดช่วงชีวิตและประมาณครึ่งหนึ่งจะเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี¹⁴ ดังนั้นในกลุ่มนี้มีผู้สัมผัสวัณโรค 267 ราย หากคาดเดาว่าเป็นวัณโรคระยะแฝงครึ่งหนึ่งประมาณ 130 ราย น่าจะมีผู้ที่กลายเป็นวัณโรค 5-6 ราย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยวัณโรคแฝงยังเป็นปัญหาในเด็กเนื่องจากการตรวจทูเบอร์คูลิน หรือ IGRA มีความไม่แม่นยำในเด็กเล็กหรือ Immunocompromised จึงเป็นไปได้ว่าในจำนวนเด็กที่สัมผัสทั้งหมดนี้อาจมีหลายรายที่ไม่ได้มีการติดเชื้อวัณโรค (LTBI) ทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการประเมินประสิทธิภาพของการรักษา แต่ในแง่ของการดูแลรักษาผู้ป่วย WHO และ National guideline ได้มีคำแนะนำในเด็กเล็กและ Immunocompromised ให้เริ่มการรักษา LTBI ไปเลย เนื่องจากยามีความปลอดภัยสูงและราคาไม่แพง นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีก 3 ราย ที่ติดตามไม่ได้และไม่ทราบว่าเป็นวัณโรคหรือไม่ นอกจากนี้อัตราการเป็นวัณโรคที่ต่ำในการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคในหอผู้ป่วยมีโอกาสน้อยที่จะมีสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคติดต่อ หรืออาจเข้าหอผู้ป่วยคนละเวลากันกับผู้ป่วยต้นตอและไม่ได้ทำหัตถการที่ก่อให้เกิดฝอยละอองที่เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยต้นตอใส่หน้ากากอนามัย โดยส่วนใหญ่อาจลดการแพร่เชื้อได้บ้าง^{11,15} ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสเป็นวัณโรคนั้น อาจเป็นจากการไม่ได้รับยารักษาวัณโรคระยะแฝงหรือได้รับช้าโดยผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาประมาณ 7 เดือนหลังสัมผัส เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การได้รับยาป้องกันวัณโรคช้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นวัณโรค¹¹ และ การศึกษานี้การที่ไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสที่ได้รับยาครบอนุมาณได้ว่า สามารถป้องกันการเกิดวัณโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาผู้สัมผัสเด็กที่ได้ 3-4 HR ไม่มีรายใดเป็น clinical TB disease แต่พบผู้สัมผัสเด็กที่มี CXR ผิดปกติที่สงสัยวัณโรคในกลุ่ม 3HR 11% เทียบกับ 9H 24% ซึ่งสรุปว่า 3-4HR ประสิทธิภาพดีกว่า 9H ในการ

ป้องกันวัณโรค⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาผู้สัมผัสเด็กที่ได้รับ 3HR เป็นวัณโรคเพียงร้อยละ 1.2 คิดเป็น 0.964/1000 person years⁹

กล่าวโดยสรุปคือการให้ยาป้องกันวัณโรคในผู้ป่วยเด็กที่สัมผัสวัณโรคด้วยยาสูตร 3HR มีอัตราการกินยาครบ ที่ดี มีผลข้างเคียงต่ำ และน่าจะมีประสิทธิภาพดี เนื่องจากไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคในกลุ่มที่ได้รับยาป้องกัน จึงควรส่งเสริมให้ นักศึกษาร่วมกับพยาบาล แพทย์และทีมสหสาขาวิชา ต้องเข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เพื่อนำไปสู่การพยาบาล การสอนสุขศึกษาและแนะนำผู้ป่วยเด็กป่วยโรคหัวใจและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัยและพ้นจากภาวะวิกฤติ ของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เลือกสูตรยารักษาวัณโรคแฝงที่เหมาะสม โดยพิจารณาสูตรยา isoniazid และ rifampin 3 เดือนเป็นลำดับแรกหากไม่มีข้อห้ามของการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยกินยาได้ครบต่อเนื่องผลข้างเคียงต่ำและสามารถลดอุบัติการณ์ของวัณโรคในผู้สัมผัสได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวนวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการรักษาใหม่ในประเทศไทย เนื่องจากเพิ่งปรับแนวทางคำแนะนำให้ใช้ในการรักษาวัณโรคแฝงไม่นาน และยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในเด็กไทย งานวิจัยนี้จึงเป็นงานวิจัยแรกๆ ที่แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วย 3HR มีอัตราการกินยาครบสูง ภาวะแทรกซ้อนต่ำ ปลอดภัยและมีแนวโน้มมีประสิทธิภาพที่ดี

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จึงอาจมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลตามธรรมชาติ หากเป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบกับข้างหน้าจะทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ อาจเกิด recall bias ได้แต่ไม่มากเนื่องจากได้มีการติดตามนัดผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการหลังสัมผัสเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลผู้ดูแลมีความจำเป็นควรต้องเข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เพื่อนำไปสู่การพยาบาลและแนะนำผู้ป่วยเด็กป่วยโรคหัวใจและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หลักการดูแลเด็กป่วยกลุ่มนี้นักศึกษาควรเน้น ที่การสอนและให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจ

พิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัยและพ้นจากภาวะวิกฤติของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization, 2019
2. Idjradinata P, Politt E. WHO's new End TB Strategy. Lancet, 2015; 385(9979): 1799-801.
3. Yangthara B, Wutthigat P, Roongmaitree S, Siripattanapipong P, Lapphra K, Kitsommart R, et al. Nosocomial TB in two neonatal intensive care units at a tertiary care centre: infection risk and outcomes. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2021; 25(7): 567-72.
4. Department of Disease Control, Division of Tuberculosis. National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand, 2018. Bangkok: Department of Disease Control, 2018 (in Thai)
5. World Health Organization. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva: World Health Organization, 2018
6. Sterling TR, Njie G, Zenner D, Cohn DL, Reves R, Ahmed A, et al. Guidelines for the Treatment of Latent Tuberculosis Infection: Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, 2020. American Journal of Transplantation. 2020; 20(4): 1196-206.

7. Spyridis NP, Spyridis PG, Gelesme A, Sypsa V, Valianatou M, Metsou F, et al. The effectiveness of a 9-month regimen of isoniazid alone versus 3- and 4-month regimens of isoniazid plus rifampin for treatment of latent tuberculosis infection in children: results of an 11-year randomized study. *Clinical Infectious Diseases*. 2007; 45(6): 715-22
8. Ormerod L. Rifampicin and isoniazid prophylactic chemotherapy for tuberculosis. *Archives of disease in childhood*. 1998; 78(2): 169-71
9. Bright-Thomas R, Nandwani S, Smith J, Morris J, Ormerod L. Effectiveness of 3 months of rifampicin and isoniazid chemoprophylaxis for the treatment of latent tuberculosis infection in children. *Archives of disease in childhood*. 2010; 95(8): 600-2
10. Nuttanicha Sriboonyawattana. Nursing Care of Children with Congenital Heart Disease. *Nursing Journal*. 2019; 46 Supplement December: 128-38
11. Yangthara B, Wutthigat P, Roongmaitree S, Siripattanapipong P, Lapphra K, Kitsommart R, et al. Nosocomial TB in two neonatal intensive care units at a tertiary care centre: infection risk and outcomes. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2021; 25(7):567-72
12. Khuanjai M, Jeeraporn K, Wanalada T. The Factors Predicting Tuberculosis Preventive Behaviors Among The Tuberculosis Contacts In The Bangkok Area And Perimeter. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017 ; 18: 306-14. (in Thai)
13. Rennie TW, Bothamley GH, Engova D, Bates IP. Patient choice promotes adherence in preventive treatment for latent tuberculosis. *European Respiratory Journal*. 2007; 30(4): 728-35.
14. Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, Obihara CC, Nelson LJ, et al. The clinical epidemiology of childhood pulmonary tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2004; 8(3) : 278-85.
15. Dharmadhikari AS, Mphahlele M, Stoltz A, Venter K, Mathebula R, Masotla T, et al. Surgical face masks worn by patients with multidrug-resistant tuberculosis: impact on infectivity of air on a hospital ward. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2012; 185(10): 1104-9

การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า ในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี

Development and Evaluation of Program to Prevent the Use of Electronic Cigarette Products in Online Society among Students of Private Universities in Pathum Thani Province

อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์* พัทชรินทร์ อัจฉนาภิตติ รัชยา รัตนธาวรรณ

Uthaiwan Pongboriboon Patcharin Addjanagitti Ratchaya Rattanatavorn

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

School of Nursing, Eastern Asia University

บทคัดย่อ

การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ดำเนินการออกแบบ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลโปรแกรม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน โดยใช้แบบโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ แบบสอบถาม และแบบสังเกตพฤติกรรมเป็นเครื่องมือในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square test Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะเชิงลบต่อ การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) จากผลการวิจัย ควรสนับสนุน ส่งเสริม และเผยแพร่การนำโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ไปประยุกต์เพื่อใช้ในการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้ากับเยาวชนในกลุ่มต่าง ๆ

คำสำคัญ : โปรแกรมการป้องกัน, บุหรี่ไฟฟ้า, สังคมออนไลน์

Abstract

Development and evaluation of programs to prevent the use of electronic cigarette products in online society among students of private universities in Pathum Thani province. This is an experimental research that aims to explore the problematic conditions of electronic cigarette products in terms of knowledge, attitudes, and behaviors to prevent electronic cigarettes and to carry out the design, development, trial, and evaluation of the program. Data were collected from the experimental group and the comparison group of 30 people each, using the Electronic Cigarette Product Use Prevention Program, questionnaires, and behavioral

Corresponding Author: *E-mail: uthaiwan@eau.ac.th

วันที่รับ (received) 10 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 ก.พ. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ก.พ. 2566

observation forms as research tools. Analyze the data by frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The differences were compared with the Chi-square test, Independent t-test, and Repeated Measure ANOVA. The results found that the experimental group had a mean score of knowledge about e-cigarettes, negative attitude towards electronic cigarettes, and behavior in preventing e-cigarettes had statistically different from the comparison group (p -value < .05). But after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score than the comparison group (p -value < .05). From the research results, it should support, promote and disseminate the application of the prevention of electronic cigarette product use in social networks. To be used to prevent the use of electronic cigarette products among youth in different groups.

Keywords: Programs to Prevent, Electronic Cigarette, Online Society

บทนำ

การสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการสูบบุหรี่ยังเป็นหนึ่งในจุดเริ่มต้นของการติดยาเสพติดในระยะต่อไป¹ องค์การอนามัยโลกได้ให้การแพร่ระบาดของบุหรี่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก จากการเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนต่อปีซึ่งมีถึง 5 ล้านคนเป็นผู้ที่เสียชีวิตจากการใช้ยาสูบโดยตรง และอีกกว่า 600,000 คนเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่เสียชีวิตจากผลกระทบจากบุหรี่มือสอง² ส่งผลให้ทั่วโลกต่างรณรงค์ให้ประชาชนรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ และทำให้ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ก็ได้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้าที่มีรสชาติ มีความแปลกใหม่ มีกลิ่นหอมไร้ควัน วัสดุห่อหุ้มที่ดึงดูดใจ ซึ่งเป็นการนำไปสู่การทดลองสูบบุหรี่จนกลายเป็น ผู้เสพติดบุหรี่ในที่สุด¹ โดยผู้สูบจะได้รับสารนิโคตินเข้าสู่ทางร่างกายด้วยวิธีการระเหยไอของความร้อนจากแบตเตอรี่ไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกาย บุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะโรคปอดอักเสบจากบุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette or Vaping Product Use-Associated Lung Injury หรือ EVALI) โรคเมะเร็งต่าง ๆ เช่น มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งไต และมะเร็ง ตับอ่อน³ เป็นต้น จากการสำรวจการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปี 2560 ซึ่งติดตามกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 1,550 คน พบว่า ร้อยละ 61 สูบบุหรี่ไฟฟ้า⁴ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากร กลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธ บุหรี่ ผลการเรียนรู้ เพื่อน พ่อแม่ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น สื่อสังคมออนไลน์ สื่อโฆษณา⁵ การป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่

ในกลุ่มวัยรุ่นจึงมีความสำคัญ เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าสื่อสังคมออนไลน์เป็นสื่อที่กลุ่มวัยรุ่นให้ความสนใจและสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย โดยเฉพาะจากโทรศัพท์มือถือที่วัยรุ่นส่วนใหญ่มีใช้งาน และการพัฒนาในโลกปัจจุบันที่สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตของมนุษย์อย่างมาก โดยเฉพาะกับกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นการป้องกันการเข้าสู่การสูบบุหรี่กับประชากรกลุ่มวัยรุ่นด้วยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จึงเป็นอีกแนวทางในการป้องกันการเพิ่มจำนวนของผู้สูบบุหรี่รุ่นใหม่⁶ อีกทั้งผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าเล็งเห็นถึงความสำคัญและได้ใช้ประโยชน์จากช่องทางสื่อออนไลน์⁷ ซึ่งเป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการขาย ชักจูง กระตุ้นความอยากรู้ หรือโน้มน้าวกลุ่มวัยรุ่นให้ทดลองใช้หรือแนะนำผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าจึงเป็นช่องทางสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงที่จะมีการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าจากการชักชวนภายในกลุ่มด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การเพิ่มจำนวนผู้ใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นใหม่ และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษามีจำนวนน้อยและยังพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ขึ้น เพื่อใช้ป้องกันผู้สูบบุหรี่รุ่นใหม่ที่เป็นวัยรุ่นจากผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อสังคมออนไลน์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มและระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ในด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคิดเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

สมมติฐาน

กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคิดเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า หลังทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁹ มาเป็นแนวทางในการพัฒนา และประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า ในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี โดยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อีกทั้งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)¹⁰ มาใช้เป็นแนวทางร่วมด้วย ประกอบไปด้วย 1.) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2.) การใช้ตัวแบบ 3.) การใช้คำพูดชักจูง 4.) การกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดทฤษฎีได้มีการประยุกต์จัดกิจกรรมในรูปแบบการใช้ความรู้ผ่านสื่อภาพนิ่ง ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากโจทย์สถานการณ์พร้อมแนวทางการแก้ไข การพูดชักจูงและเห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการสูบบุหรี่ ฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยออกแบบประยุกต์ใช้สื่อออนไลน์คือ แอปพลิเคชันไลน์ และ Google Meet มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคิดเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental study) เพื่อการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานีทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยการคัดเลือกนักศึกษามีลักษณะตามเกณฑ์ การคัดเลือก วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้จากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่า Alpha เท่ากับ 0.5 power เท่ากับ 0.8 โดยมีการคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect size) จากค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม (two independent means)⁹ ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมอีกร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี อายุ 18 ปี ขึ้นไป
- 2) มีประวัติเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ
- 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีโทรศัพท์มือถือและมีโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 3 ครั้ง
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยลาออกหรือย้ายมหาวิทยาลัย
- 3) มีปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรอิสระ: โปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี ตัวแปรตาม: ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคิดเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบเอง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการป้องกันการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า
ในสังคมออนไลน์ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

2) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวน
วรรณกรรม มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน
10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับ
บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ ข้อความทางบวกทั้งหมด ใช้มาตรา
ประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย
น้อยที่สุด แปลผล คือ คะแนนสูง หมายถึง ทัศนคติเชิงลบต่อ
การสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ทัศนคติเชิงลบต่อ
การสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการ
การสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ ข้อความทางบวกทั้งหมด
ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย
มาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด แปล
ผล คือ คะแนนสูง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมาก
คะแนนต่ำหมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI)
เท่ากับ 0.88-0.96 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัย
เอกชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) เท่ากับ 0.85-0.90 และคำนวณค่าความเชื่อมั่น
ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยใช้สูตร
Kuder-Richard son (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
โดยก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอ โครงร่างการวิจัย
ต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัด
ปทุมธานีเพื่อขอรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ซึ่งได้รับเอกสาร
รับรองจริยธรรมเลขที่ SN 2565-01 โดยรับรองวันที่ 17
มกราคม 2565 หมดอายุวันที่ 17 มกราคม 2566 เมื่อได้รับ
การรับรองแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด

ในเรื่องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือน
มิถุนายน พ.ศ. 2565 และผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บ
รวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง และ
กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของ
โรคจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ให้ความรู้เรื่องโทษ พิษภัยของ
การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดย
การส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 2 ลดความเชื่อและอุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยวิเคราะห์สาเหตุ
จากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากโจทย์สถานการณ์ พร้อมแนวทาง
การแก้ไขร่วมกัน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมสิ่งชักนำที่เหมาะสมที่จะเป็น
ตัวกระตุ้นให้นักศึกษามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น
และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ
การสูบบุหรี่ไฟฟ้า จากการพูดชักจูงและเห็นตัวอย่างที่ประสบ
ความสำเร็จในการป้องกันการสูบบุหรี่จากการศึกษาคลิปวิดีโอ/
บทความ และอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน
ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองสัปดาห์ที่ 3 และ ระยะ
ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4

**กลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างทำการทดลองกลุ่ม
เปรียบเทียบได้รับการสอนตามระบบปกติจากทางมหาวิทยาลัย**
เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่
มีควินและบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านการบรรยายสื่อภาพนิ่ง วิดีทัศน์
ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้
จะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนด ค่าระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอ
ค่า ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบความ
แตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-square test และ
Independent t-test การเปรียบเทียบความแตกต่างของ
คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติเชิงลบต่อการ

สูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนที่เคยมีประวัติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในส่วนของกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 60.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 ศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 60.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,001-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 56.7 และสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 43.3 ระยะเวลาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/ชั่วโมง ร้อยละ 80.0 มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 66.7 และมีสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	SS	df	MS	F	p-value ^a
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	113.606	1	113.606	12.725	.001
ความคลาดเคลื่อน	517.789	58	8.927		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	13.378	2	6.689	20.395	.280
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	3.244	2	1.622	4.946	.362
ความคลาดเคลื่อน	38.044	116	.328		

a = Sphericity Assume

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.725$; $p\text{-value} < .05$) เมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 ไม่มีความแตกต่างกัน

สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 60.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 40.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 46.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.7 ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 50.0 และสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 50 ระยะเวลาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเฉลี่ยส่วนใหญ่ 1-2 ครั้ง/ชั่วโมง ร้อยละ 70.0 มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 70.0 และมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 66.7

ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านอายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .028$, $p\text{-value} = .106$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า (เดือน) ระยะเวลาสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยเฉลี่ย (ครั้ง/ชั่วโมง) การมีเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .592$, $p\text{-value} = .506$, $p\text{-value} = .605$, $p\text{-value} = .831$, $p\text{-value} = .781$, $p\text{-value} = .592$)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

($F = 20.395$; $p\text{-value} = .280$) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ($F = 3.244$; $p\text{-value} = .362$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	16.13	0.730	16.03	1.608	.310	.758
หลังการทดลอง	17.63	1.450	16.63	1.771	2.393	.020
ระยะติดตามผล	18.37	1.217	16.70	1.871	4.418	< .001

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = .310$, $p\text{-value} = .758$) ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.393$, $p\text{-value} = .020$ และ $t = 4.418$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	SS	df	MS	F	p-value ^a
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	6265.800	1	6265.800	73.909	<.001
ความคลาดเคลื่อน	4917.111	58	84.778		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	82.978	2	41.489	1.356	.262
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	168.933	2	84.467	2.760	.067
ความคลาดเคลื่อน	3549.422	116	30.598		

a = Sphericity Assume

จากตารางที่ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 73.909$; $p\text{-value} < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์

ที่ 4 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 ไม่มีความแตกต่างกัน ($F = 1.356$; $p\text{-value} = .262$) และการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ($F = 2.760$; $p\text{-value} = .067$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	28.466	5.315	27.766	5.197	.516	.608
หลังการทดลอง	34.633	7.369	26.800	8.202	3.891	< .001
ระยะติดตามผล	39.570	5.805	26.570	7.514	7.499	< .001

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = .516$, $p\text{-value} = .608$) ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.891$, $p\text{-value} < .05$ และ $t = 7.499$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	SS	df	MS	F	p-value ^a
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2226.050	1	2226.050	43.129	< .001
ความคลาดเคลื่อน	2993.567	58	51.613		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	134.003	2	67.017	1.517	.224
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	858.233	2	429.117	1.713	.069
ความคลาดเคลื่อน	5125.067	116	44.182		

a = Sphericity Assume

จากตารางที่ 5 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 43.129$; $p\text{-value} < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 ไม่มีความแตกต่างกัน ($F = 1.517$; $p\text{-value} = .224$) และการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ($F = 1.713$; $p\text{-value} = .069$)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	32.200	6.445	30.700	6.675	.885	.380
หลังการทดลอง	35.733	7.527	28.233	7.899	3.765	< .001
ระยะติดตามผล	39.566	4.288	27.433	7.514	7.681	< .001

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = .885$, $p\text{-value} = .380$) ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.765$, $p\text{-value} < .05$ และ $t = 7.681$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคิดเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ภายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่ได้จากการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะคิดเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลอง แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกด้านนี้เกิดขึ้นหลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการใช้อิทธิพลของบุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทุกด้านเพิ่มสูงขึ้นทั้งภายในของตัวกลุ่มทดลองเองเมื่อได้รับโปรแกรมฯ ต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผล และสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลาที่ได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับสมมติฐานของการทดลองที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเป็นผลของการออกแบบโปรแกรมฯ ที่มีความชัดเจน สามารถสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าให้กับกลุ่มทดลองได้เป็นอย่างดี อันจะส่งผลต่อการป้องกันการใช้อิทธิพลของบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการ

รับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในเรื่องโทษ พิษภัยของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁹ ที่ว่ามนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล

การที่กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ โดยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากที่ได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจนถึงช่วงติดตามผล มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่ขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการลดสูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่ขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม ส่วนด้านทักษะคิดเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายหลังจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันฯ ด้วยเช่นกันโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มสูงขึ้น¹¹ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละระยะของการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกระยะ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ และส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมต่อไป¹² และในด้านพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการใช้อิทธิพลของบุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจนถึงช่วงติดตามผล มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกัน

การสูบบุหรี่โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นฐานพบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

ผลที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมฯ ที่ส่งผลอย่างต่อเนื่องจนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลอง ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ ที่นำไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานีได้เป็นอย่างดี ซึ่งอาจนำไปใช้งานได้จริงกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนและในกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าและอาจเป็นนักสูบหน้าใหม่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี ประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ วิเคราะห์สาเหตุจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากปัจจัยสถานการณ์พร้อมแนวทางการแก้ไข การพูดชักจูงและเห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการสูบบุหรี่ ฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ดีขึ้น จึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้และขยายผลในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ นักเรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยที่ติดตามในช่วงระยะเวลาสั้น จึงควรมีการติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามความรู้ ทักษะเชิงลบเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อยืนยันความคงที่ของผลจากโปรแกรมการป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์

References

1. Reangsing C. Caring for Adolescents Smoking: A Challenging Role for Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(2): 17-24. (in Thai).
2. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic. Luxembourg: World Health Organization; 2015.
3. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Thailand Tobacco Consumption Statistics Report 2018. Bangkok: Jarndeemankong Printing; 2018. (in Thai).
4. Loysmut S. New Tobacco Products on Social Media and Law Enforcement on New Tobacco Products Control. Public Health & Health Laws Journal. 2019; 5(1): 13-30. (in Thai).
5. Wood, L., Greenhalgh, E.M., Vittiglia, A., Hanley-Jones, S. Factors influencing uptake by young people: overview. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2019.
6. Palacheewa N., Thangkratok P. Digital Technology: Innovation for Smoking Prevention among Children and Adolescents in the Twenty-First Century. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2019; 30(2): 15-25. (in Thai).
7. Grana, R.A. Electronic cigarettes: A new nicotine gateway. Journal of Adolescent Health. 2013; 52(2): 135-36.
8. Srisuriyawet R., Homsin P. Effects of School-based Smoking Initiation Prevention Program on Tried Smoking among Early Adolescents. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2015; 27(3): 50-67. (in Thai)
9. Janz, N.K., Becker M.H. The Health Belief Model: a decade later. Health EducQ. 1984; 11(1): 1-47.
10. Kasl, S. V., Cobb, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Archives of Environmental Health. 2013; 12(4): 531-41.

11. Panee P., Kanokthet, T. Effects of smoking cessation promotion program on Smoking Cessation Behavior of Kamphaengphet Rajabhat University Students. Khampangphet. (Thesis). Kamphaengphet Rajabhat University; 2020. (in Thai).
12. Kleebratoom P. Effects of the Smoking Cessation Program for Quit Smoking Behavior among Smokers at Bangkaew Subdistrict, Muang Angthong District, Angthong Province [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2016. (in Thai).
13. Karunan K. The Effects of Behavioral Change Integrated with Smoking Cessation Self-Efficacy Program on Smoking Cessation Behaviors and Self-Efficacy among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease [dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University; 2016. (in Thai).
14. Palacheewa N., Thangkratok P. Effects of an Internet-Based Smoking Prevention Program on Students with Non-Formal and Informal Education. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021; 14(1), 256-72. (in Thai).

ผลของการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตึกต่อความสามารถ ในการรู้คิดของผู้สูงอายุ

Effect of Thengtuk Dance Exercise on the Cognitive Function in the Elderly

ดราวรรณ ร่องเมือง¹ ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล² ฉันทนา นาคฉัตรีย์¹ จีราพร ทองดี^{*1}

Daravan Rongmuang¹ Chuanchom Pauchpanpisan² Chantana Nakchatree¹ Jeraporn Tongdee^{*1}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 84000

¹Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,

Praborromarajanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand 84000

²วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 22000

²Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Faculty of Nursing,

Praborromarajanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand 22000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตึกต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เลือกแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 30 คน เมื่อสิ้นสุดการทดลองเหลือกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน เครื่องมือวิจัย 1) เครื่องมือทดลอง คือ วัสดุทัศน และคู่มือการออกกำลังกาย ๒ และ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการออกกำลังกาย แบบทดสอบสภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา, chi-square, dependent และ independent t-test

ผลการวิจัย ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตึก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตึก และในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองก็เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษาระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตึก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย, เต้นรำ, ความสามารถในการรู้คิด, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of Thengtuk dance exercise on the cognitive function in the elderly. A total of 30 participants were recruited using purposive sampling in each of the intervention and control groups. At the end of the study, the intervention group ($n = 26$) and control group ($n = 28$) continue in the study. The data collection tools composed of

Corresponding Author: *Email: jena_192@hotmail.com

วันที่รับ (received) 19 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 มี.ค. 2566

1) intervention tools including a Thengtuk dance exercise for the elderly video and a guidebook for Thengtuk dance exercise for the elderly and 2) data collection tools including a demographic data questionnaire, The Mental Status Examination Thai, and the two-item depression screening. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, dependent t-test, and independent t-test. The results revealed that After participated in Thengtuk dance exercise, the mean difference in the cognitive function score between the intervention group and control group was higher than before statistically significant, but in the control group increased less than the intervention group ($p < .001$). When considering each component, there were significant differences in the mean score of language comprehension and language expression between the treatment and control group after the intervention ($p = .02$). There was no significant difference in other component.

Keywords: Exercise, Dance, Cognitive function, Elderly

บทนำ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ซึ่งการมีอายุที่มากขึ้นก็จะเพิ่มความเสื่อมของร่างกายทั้ง สมรรถนะทางกาย และสมรรถนะสมอง จากการสำรวจภาวะ สุขภาพของประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โดยการคัดกรอง สุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 7,356 ราย พบความชุกของกลุ่ม อาการสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 พบในเพศหญิง ร้อยละ 9.2 เพศชาย ร้อยละ 6.8 และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตามวัย และเมื่อถึง อายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของสภาวะสมองเสื่อมก้าวกระโดดขึ้น ไปมากกว่าเท่าตัวถึง ร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.5 ในเพศหญิง²

ความสามารถในการรู้คิด (cognitive function) เป็นกระบวนการด้านการเรียนรู้ ตั้งแต่การรับข้อมูล จัดเก็บ แบ่งปัน และใช้ข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวกับการใช้สติปัญญา เช่น การคิด การจดจำ การรับรู้ การสื่อสาร การคำนวณและ การแก้ปัญหา³ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง รวมถึงสามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ชะลอ ความเสื่อมของสมอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุคงศักยภาพ และมี คุณภาพชีวิตที่ดี การออกกำลังกายทำให้ความสามารถ ในการรู้คิดดีขึ้น⁴⁻⁶ การออกกำลังกาย คือการที่ร่างกายมีการ เคลื่อนไหวมากกว่าการเคลื่อนไหวตามปกติในชีวิตประจำวัน ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายได้มีการยืดหดและ คลาย พัฒนาสมรรถภาพของร่างกาย การออกกำลังกายที่ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จะขึ้นอยู่กับความต้องการในการเลือก วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีหลักทั่วไป คือ มีการหด และขยายของกล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวของ

ข้อต่าง ๆ จะเร็วหรือช้า แรงหรือค่อย เป็นไปตามชนิด การออกกำลังกายยังต้องเป็นไปตามหลักฟิตเท (FITTE) ตาม ข้อตกลงของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา⁷⁻⁸ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความถี่ของการออกกำลังกาย (f: frequency ต้องอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ ความหนัก ของการออกกำลังกาย (i: intensity) อยู่ในระดับปานกลาง (moderate-intensity) โดยหลังการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุ ต้องมีชีพจรเป็น ร้อยละ 60-70 ของอัตราการเต้นของ หัวใจสูงสุด ระยะเวลาหรือความนานของการออกกำลังกาย (t: timing) ต้องต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ประเภทของ การออกกำลังกาย (t: type) เป็นการออกกำลังกายแบบ แอโรบิกแต่ต้องลดแรงกระแทก และต้องมีความสนุกสนาน เพลิดเพลิน (e: enjoyment) เพื่อไม่เกิดความรู้สึกเบื่อ โดยใช้ ดนตรีเพื่อเพิ่มความสนุกสนานเพลิดเพลิน การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย แบบแอโรบิกจะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการทำงานของระบบ ประสาทและสมองเพิ่มความยืดหยุ่น (neural plasticity) และ กำลังสำรองของสมอง (cognitive reserve) ช่วยลดความเสี่ยง ของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง และช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ การรู้คิด⁹⁻¹⁰ การศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อ เวลาปฏิกิริยาตอบสนองและความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุ ในผู้ สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน 40 คน ให้ออกกำลัง กายแบบแอโรบิกโดยการปั่นจักรยาน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 30 นาที ต่อเนื่อง 3 เดือน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออก กำลังกายแบบแอโรบิก มีคะแนนการคำนวณ ภาษา และค่า คะแนนความจำรวม ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ¹¹ การศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อการทำหน้าที่ของสมองในผู้สูงอายุด้วยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีเต้นรำมีผลต่อการทำงานของสมอง ในด้านการบริหารจัดการสมองขั้นสูงมากที่สุด ซึ่งจะเกี่ยวกับการวางแผน ความคิดความจำ โดยการออกกำลังกายโดยการเต้นรำส่งผลให้ความสามารถในการรู้คิดในผู้สูงอายุดีขึ้น โดยการเต้นรำมีความสัมพันธ์ในระดับมากกับความสามารถในการรู้คิดโดยรวม ซึ่งชนิดของการเต้นรำได้แก่ การเต้นประเภทบอลรูม แทงโก้ วอลซ์ การเต้นรำพื้นเมือง ประจำชาติต่าง ๆ¹² ส่วนระยะเวลาในการออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องนาน แต่ไม่ควรน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์¹³ และการศึกษาผลของการเต้นรำต่อความสามารถในการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีโรคอ้วนลงพุง พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายโดยการเต้นมีความสามารถด้านภาษา การรับข้อมูลใหม่ การระลึกข้อมูล และคะแนนความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินพัฒนาท่ารำเท่งตุ๊กเพื่อใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จังหวัดจันทบุรี ซึ่งการรำเท่งตุ๊ก เป็นการรำในละครชาตรีที่มีเอกลักษณ์เฉพาะท้องถิ่นของจังหวัดจันทบุรี¹⁵ มีท่ารำทั้งหมด 12 ท่ารำ โดยมีการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง ทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว ซึ่งรูปแบบการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการรู้คิด การออกกำลังกายรูปแบบนี้เป็น การออกกำลังกายที่มีความซับซ้อน ทำให้เพิ่มความสามารถในการรู้คิด¹⁶⁻¹⁷ เกิดความผ่อนคลาย และข้อดีของการผสมผสานศิลปะพื้นบ้านเพื่อใช้ในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ คือ เป็นศิลปะพื้นบ้านที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย และจากการศึกษานำร่องความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำเท่งตุ๊กของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลวังใหม่ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำเท่งตุ๊ก และมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา คือ ควรใช้จังหวะของเพลงในการออกกำลังกายให้เร็วและทันสมัยขึ้น¹⁸ ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาท่ารำเท่งตุ๊กเพื่อใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ท่ารำเท่งตุ๊กเพื่อพัฒนาความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตุ๊ก
2. เปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตุ๊ก

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตุ๊ก ดีวก่อนเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตุ๊ก
2. ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเท่งตุ๊ก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเต้นรำเป็นรูปแบบการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวช่วยกระตุ้นระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการรู้คิด ทำให้สมองทั้ง 2 ซีกทำงานเชื่อมโยงประสานสัมพันธ์กันทั้งระบบ สมองซีกซ้ายจะต้องทำความเข้าใจในทำนอง เนื้อร้อง และคิดท่าที่ใช้เต้นรำ ส่วนสมองซีกขวาต้องเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกในเพลงขณะที่เต้นรำอยู่ในสมองเกิดวงจรการทำงานของประสาทส่วนการเคลื่อนไหวร่างกาย การได้ยิน การมองเห็น การคิด¹⁹ การออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ท่ารำเท่งตุ๊กครั้งนี้ เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกับจังหวะเพลง ได้แก่ เพลงพระราชนิพนธ์ รักจางที่บางปะกง และ 30 ยิ่งแจ้ว เป็นต้น ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะอบอุ่นร่างกาย (5 นาที) ใช้ท่าแม่ลาย ท่ากินรี และท่าแผงผไท ระยะออกกำลังกาย (20 นาที) ใช้ท่าสอดสร้อยมาลา ท่าช้างประสานงา ท่าซึกแป้ง ผัดหน้า ท่าบัวบาน ท่าแมงมุมซึกโย ท่าผาลา และระยะผ่อนคลาย (5 นาที) ใช้ท่าโปรยดอกไม้ และซึกสายทอง (ขวา-ซ้าย) ซึ่งผู้สูงอายุต้องใช้สมองในการจดจำท่ารำต่าง ๆ ทำให้สมองได้มีการกระตุ้นให้มีการทำงานได้ดียิ่งขึ้นและยังมีการกระตุ้นสมองให้สั่งการไปที่อวัยวะร่างกายให้ทำงานสัมพันธ์กันทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ท่าต่าง ๆ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของแขนและขา การเคลื่อนไหว ของแขนและขาที่สัมพันธ์กับเสียงเพลง จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อพัฒนา
ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผล ก่อน-หลังการทดลอง (two group pre-posttest design) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of thumb) ที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไป ไม่ควมน้อยกว่า 30 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในโรงเรียน ผู้สูงอายุตำบลบางกะจะ (เป็นกลุ่มทดลอง) และตำบลท่าช้าง (กลุ่มควบคุม) อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มละ 30 คน และมีการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่ม ควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ภายหลังสิ้นสุด การทดลองเหลือกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 4 คน ไม่สามารถปฏิบัติตามวิธีการและระยะเวลาที่กำหนดและ ขอลอนตัวออกจากการศึกษา และกลุ่มควบคุม จำนวน 2 คน ย้ายไปต่างจังหวัดไม่สามารถติดตามข้อมูลหลังสิ้นสุด การทดลองได้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) การทรงตัวดี ทดสอบ timed up and go test ใช้เวลาน้อยกว่า 30 วินาที 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะ ซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ปกติ 4) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะ ดี ทดสอบโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mental state examination: MSET10) ประเมินแบบทดสอบ ในผู้สูงอายุที่ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวม มากกว่า 14 คะแนน จาก 23 คะแนน, ประถมศึกษา มีคะแนน รวมมากกว่า 17 คะแนน จาก 29 คะแนน และสูงกว่าประถม ศึกษา มีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จาก 29 คะแนน 5) ไม่มีประวัติโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรค ต่อการออกกำลังกายโดยใช้ท่าเห่ตัก 6) สามารถสื่อสาร ด้วยภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือ ในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุเกิดปัญหา หรืออุปสรรคจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด 2) ผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น มีความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบ ด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 วิถีทัศน์การออกกำลังกายโดยใช้ท่าเห่ตัก

สำหรับผู้สูงอายุ เป็นวิถีทัศน์การออกกำลังกายด้วยการ ประยุกต์ท่าเห่ตักร่วมกับจังหวะเพลง เพลงพระราชนิ รุกิจที่บางปะกง และ 30 ยิ่งแจ้ว ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะอบอุ่นร่างกาย (5 นาที) ใช้ท่าแม่ลาย ท่ากินรี และ ท่าแผงผไท ระยะออกกำลังกาย (20 นาที) ใช้ท่าสอดสร้อย มาลา ท่าช้างประสาธนา ท่าซึกแบ่งผัดหน้า ท่าบัวบาน ท่าแมงมุมซึกโย ท่าผาลา และระยะผ่อนคลาย (5 นาที) ใช้ท่าโปรยดอกไม้ และซึกสายทอง (ขวา-ซ้าย) เพื่อให้ผู้สูงอายุ ใช้เป็นแนวทางในการออกกำลังกายร่วมกันที่ชมรมผู้สูงอายุ

1.2 คู่มือการออกกำลังกายโดยใช้ท่าเห่ตัก สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย หลักการออกกำลังกายสำหรับ ผู้สูงอายุ และท่าที่ใช้ในการออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ ท่าเห่ตัก เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ทบทวนด้วยตนเอง ด้านหลัง เป็นแบบบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ ท่าเห่ตัก

1.3 แบบประเมิน timed up and go test (TUG) เป็นการประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบ ด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบ เติมคำและให้เลือกตอบ ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว และประวัติการ เจ็บป่วย

2.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mental state examination: MSET10) ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ เป็นแบบคัดกรองตรวจหาความบกพร่องในการทำงาน ของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ (cognitive impairment) ในด้าน ต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ (orientation to time and place) การจดจำและระลึกได้ (registration and recall) ความตั้งใจและการคำนวณ (attention and calculation) ความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา ประกอบด้วย คำถาม 10 ข้อ²⁰ คะแนนเต็มเท่ากับ 29 คะแนน โดยมีจุดตัด การตรวจคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามระดับการศึกษา ของผู้รับการประเมิน ได้แก่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

(ไม่ได้เรียนหนังสือหรือ อ่าน/เขียนไม่ได้) 17 คะแนน (ชั้นประถมศึกษา) และ 22 คะแนน (สูงกว่าชั้นประถมศึกษา) หากคะแนนน้อยกว่าจุดตัดที่กำหนดถือว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยค่าความไวและความจำเพาะของแบบประเมิน MSET10 เท่ากับร้อยละ 100.0 และ 98.4-99.4 ตามลำดับ

2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ประกอบด้วย ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้นานรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ และใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้นานรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ เป็นแบบ เลือกตอบ มี หรือไม่มี ถ้าตอบว่าไม่มีทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นเกณฑ์คัดออก เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีผลต่อคะแนนความสามารถในการรู้คิด

คุณภาพของเครื่องมือ

วิธีทดสอบการออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำเพ็งตุ๊กสำหรับ ผู้สูงอายุ และคู่มือการออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำเพ็งตุ๊กสำหรับ ผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน ด้านเวชศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน และ นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 คน รวม 3 คน ค่า CVI ของวิธีทดสอบการออกกำลังกาย โดยใช้ท่ารำเพ็งตุ๊กสำหรับผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.83 และคู่มือ ท่ารำเพ็งตุ๊กสำหรับผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.67 ผู้วิจัยดำเนินการ แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปกับผู้สูงอายุ จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา ก่อนนำไป ใช้จริง ส่วนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น และแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้สำหรับการ ประเมินสมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า ที่ใช้กันอย่าง แพร่หลายในการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ปรับแก้ข้อ คำถาม หรือนำไปทดลองใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี เลขที่ CTIREC 067 ลงวันที่ 1 พ.ย. 2561 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้า

ร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผล การศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ เท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกบันทึกจะถูกทำลายภายหลังที่งานวิจัย ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการ วิจัยจากประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลบางกะจะ และตำบล ท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุตำบล บางกะจะ และตำบลท่าช้าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือ ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนด และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง (ผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางกะจะ) และกลุ่มควบคุม (ผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าช้าง)

4. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูล พื้นฐาน (ข้อมูลส่วนบุคคล และทดสอบภาวะสมองเบื้องต้น) หลังจากนั้น ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนของการออก กำลังกาย และฝึกท่ารำเพ็งตุ๊กที่ใช้ในการออกกำลังกาย ผู้วิจัย ทบทวนท่าการออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำเพ็งตุ๊กทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้อง และฝึกท่าที่ยังทำได้ไม่คล่อง จนผู้สูงอายุ สามารถทำได้ถูกต้อง

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดรวมกลุ่ม กันออกกำลังกายใช้ท่ารำเพ็งตุ๊ก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำการออกกำลังกายทุกครั้ง และออกกำลัง กายด้วยตนเองที่บ้าน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะ เวลา 12 สัปดาห์ และบันทึกการออกกำลังกายตาม แบบบันทึกหลังคู่มือการออกกำลังกาย และนัดหมายเพื่อ ทดสอบภาวะสมองเบื้องต้น อีกครั้ง

6. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูล

พื้นฐาน (ข้อมูลส่วนบุคคล และทดสอบภาวะสมองเบี่ยงตัน) เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตตามปกติ และนัดหมายในอีก 12 สัปดาห์ เพื่อทดสอบภาวะสมองเบี่ยงตัน อีกครั้ง ภายหลังการวิจัยสิ้นสุดลง ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมทุกคน จะได้รับการสอนและฝึกออกกำลังกายโดยใช้ท่าเร้งตึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ chi-square test และ independent t-test

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 26) และกลุ่มควบคุม (n = 28)

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	5	19.20	7	25.00	.61a
หญิง	21	80.80	21	75.00	
อายุ	$\bar{X} = 69.12 \pm 5.05$		$\bar{X} = 67.89 \pm 7.48$		.48 ^b
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	21	80.80	24	85.70	
มัธยมศึกษา	3	11.50	3	10.70	.79 ^a
ปริญญาตรี	2	7.70	1	3.60	
โรคประจำตัวและยารับประทานเป็นประจำ					
ไม่มี	20	76.90	12	42.90	.01 ^a
มี	6	23.10	16	57.10	
ค่าดัชนีมวลกาย	$\bar{X} = 23.89 \pm 2.74$		$\bar{X} = 24.08 \pm 3.56$		.82 ^b
การดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	16	61.50	25	89.30	.01 ^a
ดื่ม/เคยดื่ม	10	38.50	3	10.70	
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	16	61.50	26	92.90	.006 ^a
สูบ/เคยสูบ	10	38.50	2	7.10	
การออกกำลังกาย					
ไม่ออกกำลังกาย/ไม่สม่ำเสมอ	26	100.00	22	78.60	.01 ^a
สม่ำเสมอ (150 นาที/สัปดาห์)	0	0	6	21.40	

^achi-square test, ^bindependent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุ ก่อน และหลังเสร็จสิ้นการทดลองในกลุ่มทดลองใช้สถิติ dependent t-test ภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov one sample test แล้วพบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุ ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ใช้สถิติ independent t-test ภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov one sample test แล้วพบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน มีเพียงกลุ่มควบคุมมีร้อยละของการมีโรคประจำตัวและยารับประทานเป็นประจำ

ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองมีร้อยละของการไม่ออกกำลังกาย/ไม่สม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MSET10) ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (n = 26) และกลุ่มควบคุม (n = 28) ก่อนเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		95%CI	t(df)	p
	Mean	SD	Mean	SD			
MSET10	22.84	2.50	22.57	3.66	-2.00-1.45	-.32(52)	.75

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MSET10) ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (n = 26) และกลุ่มควบคุม (n = 28) ก่อนและหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก

กลุ่ม	Mean difference	SD	95%CI	t(df)	p
กลุ่มทดลอง	-1.23	.99	-1.63-.82	-6.32(25)	<.001***
กลุ่มควบคุม	-.86	.70	-1.13-.58	-6.43(27)	<.001***

p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก และในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองก็เพิ่มขึ้นกว่า

ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) แต่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MSET10) ระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง (n = 26) และกลุ่มควบคุม (n = 28) หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยทำรำเท่งตุ๊ก

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		95%CI	t(df)	p
	Mean	SD	Mean	SD			
MSET10	24.07	1.99	23.42	3.23	-2.13-.83	-.88 (52)	.09

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเพ็งตุ๊ก ไม่แตกต่างกัน ($p = .09$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดแยกตามองค์ประกอบระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ($n = 26$) และกลุ่มควบคุม ($n = 28$) หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเพ็งตุ๊ก

องค์ประกอบ	Mean difference	SD	95%CI	t(df)	p
การรับรู้เวลา สถานที่ (10)	.07	.24	-.41-.57	.32(52)	.75
การจดจำ (3)	.23	.14	-.04-.51	1.7(52)	.09
ความตั้งใจ/การคำนวณ (5)	.15	.30	-.77-.46	-.49(52)	.62
ความเข้าใจทางภาษา และการแสดงออกทางภาษา (8)	.63	.27	-1.18-.06	-2.2(52)	.02*
การระลึกได้ (3)	.18	.32	-.83-.46	-.57(52)	.57

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจทางภาษา และการแสดงออกทางภาษาระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเพ็งตุ๊ก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเพ็งตุ๊ก เพิ่มขึ้นกว่าก่อนออกกำลังกายฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการออกกำลังกายโดยท่ารำเพ็งตุ๊ก สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 3 เดือน ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยท่าทางและสัมพันธ์กับเสียงเพลงช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการรู้คิด ทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การออกกำลังกายโดยการเดินรำ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายโดยการเดินรำมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และการศึกษา

ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อความจำระยะสั้น ในผู้สูงอายุ โดยให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิค โดยการปั่นจักรยาน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 30 นาที ต่อเนื่อง 3 เดือน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิค มีคะแนนความสามารถในการรู้คิด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศอเมริกาโดยกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยการเดินแท่งไม้ เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่คงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง²¹ ซึ่งการออกกำลังกายโดยการเดินรำเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิควิธีหนึ่ง¹¹ เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบเพลงที่ประสานการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ต้องจดจำการเคลื่อนไหวในท่าเดินรำต่าง ๆ ทำให้กระตุ้นการรู้คิด แต่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง และแบบประเมินพุทธิปัญญา ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำเพ็งตุ๊ก และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการทดลอง คือ การออกกำลังกายโดยท่ารำเพ็งตุ๊ก สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 3 เดือน อาจจะไม่นานพอที่จะมีประสิทธิภาพให้เห็นความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุ

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีตัวแปรบางตัวที่พบว่า มีความไม่เท่าเทียมกัน โดยกลุ่มควบคุมมีร้อยละของการมีโรคประจำตัวและยารับประทานเป็นประจำ ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองร้อยละ 100 ไม่ออกกำลังกาย/ไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มควบคุม มีร้อยละ 78.60 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 21.40 มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่เพียงพอที่จะให้ความแตกต่างได้ จึงอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการศึกษาไม่แตกต่างกัน ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

แต่สอดคล้องกับการศึกษาและการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศอเมริกาโดยกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยการเดินแท่งไม้ เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่คงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง²¹ และการศึกษาในประเทศกรีซ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดีพบว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินรำ มีผลต่อความสามารถในการรู้คิดไม่แตกต่างจากการออกกำลังกายชนิดอื่น²² แต่แตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹¹ ที่พบว่า การออกกำลังกายโดยการเดินรำส่งผลให้ความสามารถในการรู้คิดในผู้สูงอายุดีขึ้น โดยการเดินรำมีความสัมพันธ์ในระดับมากกับความสามารถในการรู้คิดโดยรวม โดยระยะเวลาของการออกกำลังกายด้วยการเดินรำควรมีการออกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 16-72 สัปดาห์

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษาระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายโดยท่ารำแท่งไม้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก การเดินรำเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพิ่ม นิวโรพลาสติกซิตี (neuroplastic) ซึ่งเป็นความสามารถของสมองในการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และการรับรู้ด้านระบบประสาท (neurocognitive) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การเดินรำโดยการเพิ่มความซับซ้อนของท่ารำสามารถรักษาโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาทในระยะยาวได้ การเดินรำยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาการเชื่อมต่อของระบบประสาท การรับรู้ และเพิ่ม

ปริมาตรสมอง (brain volumes) นอกจากนี้การเดินรำแบบกลุ่มสามารถเพิ่มความสามารถในการแสดงออกด้านภาษา²³ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้สูงอายุโดยการปั่นจักรยาน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 30 นาที ต่อเนื่อง 3 เดือน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงที่มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีคะแนนด้านภาษา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และการศึกษาผลของการเดินรำต่อความสามารถในการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีโรคอ้วนลงพุง โดยการออกกำลังกายโดยการเดิน พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายโดยการเดินมีความสามารถด้านภาษา เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การออกกำลังกายโดยท่ารำแท่งไม้ในระยะเวลา 3 เดือน ทำให้คะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายด้วยการเดินรำแบบกลุ่มยังเป็นการออกกำลังกายที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย ให้ความสนุกสนานเพลิดเพลินมีประโยชน์ต่อการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตในผู้สูงอายุอีกด้วย จึงควรส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้สูงอายุนำการออกกำลังกายโดยท่ารำแท่งไม้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรติดตามผลของการออกกำลังกายโดยท่ารำแท่งไม้ในระยะยาว เพื่อให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนทุนสำหรับการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2017. (in Thai).

2. Aekpalakorn W. (Editor). National Health Examination Survey, NHES I 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai).
3. Bunten, D. Cognitive-perceptual pattern: Normal changes with aging. In M. Mass et al. (Eds.), Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes, & interventions. Mosby 2001; 416-35.
4. Sanders LMJ, Hortobagyi T, la Bastidevan Gemert S, van der Zee EA, van Heuvelen MJG. Dose-response relationship between exercise and cognitive function in older adults with and without cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. 2019; 14(1):1-24.
5. Hwang PW, Braun KL. The Effectiveness of Dance Interventions to Improve Older Adults' Health: A Systematic Literature Review. Alternative therapies in health and medicine. 2015;21(5): 64-70.
6. Koch SC, Riege RFF, Tisborn K, Biondo J, Martin L, Beelmann A. Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. Frontiers in psychology. 2019; 20(10):1-28.
7. The American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. (11th ed.). United States: Wolters Kluwer Health; 2021.
8. Taylor D. Physical activity is medicine for older adults. Postgraduate medical journal. 2014; 90(1059): 26-32.
9. Gheysen F, Poppe L, DeSmet A, Swinnen S, Cardon G, De Bourdeaudhuij I, Chastin S, Fias W. Physical activity to improve cognition in older adults: can physical activity programs enriched with cognitive challenges enhance the effects? A systematic review and meta-analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2018; 15(1): 1-31.
10. Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. BioMed Central public health. 2014; 14(1): 1-21.
11. Choombuathong A, Chaitiamwong R, Tothonglor A. Effect of aerobic exercise on reaction time and memory in the elderly. Journal of Health Science. 2015; 24(2): 283-95. (in Thai).
12. Meng X, Li G, Jia Y, Liu Y, Shang B, Liu P, et al. Effects of dance intervention on global cognition, executive function and memory of older adults: a meta-analysis and systematic review. Aging clinical and experimental research. 2019; 32: 7-19.
13. Dhami P, Moreno S, DeSouza JF. New framework for rehabilitation - fusion of cognitive and physical rehabilitation: the hope for dancing. Frontiera in psychology. 2015; 5:1-15.
14. Kim SH, Kim M, Ahn YB, Lim HK, Kang SG, Cho JH, et al. Effect of dance exercise on cognitive function in elderly patients with metabolic syndrome: A pilot study. Journal of Sports Science and Medicine. 2011; 10(4): 671-678.
15. Sripradit P. Lakon theng tuk in chanthaburi. (thesis). Bagkok: Chulalongkorn University, 2002. (in Thai).

16. Netz Y. Is there a preferred mode of exercise for cognition enhancement in older age?: A narrative review. *Frontiers in medicine*. 2019; 6(57): 1-10.
17. Rabampho P, Boonkerd S, Namphonkrang P, Paikoh K. Effects of the brain training program on cognitive ability among older person at dementia risk group of the elderly home, Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 2021; 22(3): 339-47. (in Thai).
18. Rongmuang D, Boonprasert N, Pitsawong D, Sangramat D, Ganpai T, Yompakdee T. The satisfaction of thengtuk dance exercise for the elderly, Wang mai sub-district school of the elderly, Na Yai Am district, Chanthaburi province. *Journal of Phrachomklao College of Nursing Phetchaburi Province*. 2018; 1(2): 1-16. (in Thai).
19. Siriwat L. *Cognition*. Bangkok: Odeon Store; 2015. (in Thai).
20. Boonger P, editor. Interesting topic about dementia. *Dementia Association of Thailand: Newsletter*; 2018; 10:1-4. (in Thai).
21. Hackney ME, Byers C, Butler G, Sweeney M, Rossbach L, Bozzorg A. Adapted Tango Improves Mobility, Motor-Cognitive Function, and Gait but Not Cognition in Older Adults in Independent Living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(10): 2105-13.
22. Merom D, Grunseit A, Eramudugolla R et al (2016) Cognitive benefits of social dancing and walking in old age: the dancing mind randomized controlled trial. *Frontiers in aging neuroscience*. 2019; 8(26): 1-11.
23. Hewston P, Kennedy CC, Borhan S, Merom D, Santaguida P, Ioannidis G, Marr S, Santesso N, Thabane L, Bray S, Papaioannou A. Effects of dance on cognitive function in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*. 2021; 50(4): 1084-92.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบ ที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี : การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่

Incidence and Factors Associated with Incontinence Associated Dermatitis
in Patient Ward Somdech Phra Debaratana Building Faculty
of Medicine Ramathibodi Hospital : A Retrospective Matched-Paired
Case Control Study Design

ภิญโญ อุทธิยา รุ่งรัตน์ เกิดสวัสดิ์* จิตติมา นูริตานนท์

Pinyo Utthiya Rungrat Koetsawat* Jittima Nuritanon

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กทม.ประเทศไทย 10400

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (incontinence associated-dermatitis) หรือภาวะ IAD ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เพิ่มระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย ใช้ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2564 เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 โดยศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์ด้วยการทดสอบ Chi-square และสถิติวิเคราะห์ Binary logistic regression analysis อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองที่เกิดภาวะ IAD 32 ราย และกลุ่มควบคุม 32 ราย โดยใช้การสุ่มแบบจับคู่ เพศ อายุ (± 5 ปี) และระดับ Barden score โดยจับคู่แบบ 1:1

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD ปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 10.15 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วยปัจจัยด้านสิ่งขับถ่าย ได้แก่ อุจจาระเป็นน้ำ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ไข้ ยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท ภาวะพร่องโภชนาการ การนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 15 วัน O₂ Saturation < 95 % และต้องได้รับออกซิเจน ผลการวิจัยนี้สามารถสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะ IAD ได้

คำสำคัญ: ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้, อุบัติการณ์, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

Incontinence Associated-Dermatitis (IAD) can cause discomfort, increase the treatment duration and costs. The objectives of this study were to determine the incidences and factors associated with IAD in a sample group of 64 patients based on historical data from January 1, 2021 to December 31, 2021. Content validity index (CVI) of data collection form developed by the researcher was .91, were reviewed retrospective paired study. The study adopted descriptive statistics, including percentage, mean and standard deviation. Statistics were analyzed using Chi-square test and binary logistic regression analysis to described the factors associated with IAD. The sample group was divided into several experimental groups, namely IAD case group (32 patients) and controlled group (32 patients). The patients' genders and ages (± 5 years) in each group were randomly matched and Barden score with 1:1 match.

The study results indicated that IAD incidences in 2021 was 10.15% and the factors associated with IAD incidence, with statistically significance level of .05, consisted of excretory factors, such as watery bowel movements, health status factors, include fever, antibiotics, diuretics, sleeping pills/sedatives, nutritional deficiencies, length of hospital stay more than 15 days, O2 Saturation < 95% and oxygen requirement. The research results can be applied to create nursing practice guideline for IAD prevention and management.

Keywords: Incontinence Associated-Dermatitis, Incidence, factors associated

บทนำ

ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (incontinence associated-dermatitis; IAD) หรือภาวะ IAD หมายถึงผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสปัสสาวะหรืออุจจาระ ก่อให้เกิดให้เกิดความไม่สุขสบาย เพิ่มระยะเวลาในการดูแลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา¹ เป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลกดทับระดับ 2 ได้² และหากแผลกดทับนั้นเกิดการติดเชื้อจะส่งผลให้เพิ่มอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 1.22 เท่าของผู้ที่ไม่มีแผลกดทับ³ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญความไม่สุขสบายทุกข์ทรมานจากแผลในภาวะบาดเจ็บจากลักษณะแผลต่าง ๆ⁴ จากสถิติทั่วโลกพบว่ามี ความชุกของการเกิดภาวะ IAD สูงถึง 5.6%–50%^{5,6} และอุบัติการณ์การเกิด IAD 3.4%–25%⁷ ในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD ในโรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ 3.4–25 ในปี พ.ศ. 2555 และสูงถึงร้อยละ 33 ในหอผู้ป่วยวิกฤตแห่งหนึ่งในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557⁸ โรงพยาบาลรามธิบดี ได้มีเก็บข้อมูลทางสถิติการเกิดภาวะ IAD ในปี พ.ศ. 2562-2563 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD คิดเป็นร้อยละ 8 และ 9 ตามลำดับ⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ได้แก่ ผู้ป่วยที่กลั้นอุจจาระ

หรือปัสสาวะไม่ได้ มีสุขภาพผิวไม่ดี ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค มีปัญหาทุพโภชนาการ มีไข้หรือได้ยา antibiotic และมีอาการปวด¹⁰ ผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะ IAD สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น¹¹ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากผิวหนังมีการสูญเสีย น้ำ สูญเสียการป้องกันผิวหนัง และผิวหนังมีความเป็นด่างมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะ IAD ได้ง่าย¹² และมีระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีการเกิดภาวะ IAD มากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะ IAD เช่น เพศ อายุ ภาวะพร่องออกซิเจน รับประทานขับปัสสาวะ/ยาระบาย หรือยานอนหลับ หรือการได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น¹³ จะเห็นว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ IAD และเมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะ IAD จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้แก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงแนวทางการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD จำนวนมาก แต่ยังมีสถิติการเกิดปัญหาดังกล่าวสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ภาวะ IAD เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ โดยพยาบาลผู้ดูแลต้องมีสมรรถนะทางการพยาบาล เฉพาะทางด้านการป้องกันและดูแลภาวะ IAD เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ในการพยาบาล¹⁴ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเฉพาะทางด้าน
บาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ปฏิบัติหน้าที่
ร่วมดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษและต่อเนื่องจนเมื่อผู้ป่วย
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ได้ตระหนักถึงปัญหา
ที่เกิดขึ้น และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล จึงมีความสนใจใน
การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยของการเกิดภาวะ IAD
และนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ของการเกิดภาวะ IAD
ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด
ภาวะ IAD ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์ในการเกิดภาวะ IAD ได้ใช้กรอบแนวคิด
ปัจจัยการเกิดภาวะ IAD¹³ โดยได้ระบุถึงปัจจัยของการเกิด
ภาวะ IAD แบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านสิ่งขับถ่าย
และการใส่อุปกรณ์กลั่นสิ่งขับถ่าย ได้แก่ ชนิดของสิ่งขับถ่ายที่
กลั่นไม่ได้ ลักษณะของอุจจาระ ความถี่ในการถ่ายอุจจาระ
และปัสสาวะ ความสามารถกลั่นอุจจาระและปัสสาวะ
และการใส่อุปกรณ์ช่วยกลั่นสิ่งขับถ่าย ด้านภาวะสุขภาพ
ได้แก่ เบาหวาน รับประทานยาลดกรด รับประทานยา
นอนหลับ/ยากล่อมประสาท รับประทานยาปฏิชีวนะ ไข้ ภาวะอ้วน
ความปวด โภชนาการ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
การได้รับออกซิเจนและการพร่องออกซิเจน (มีประวัติการ
สูบบุหรี่, Oxygen saturation < 95%, มีโรคเกี่ยวกับระบบ
ทางเดินหายใจ)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical
research) ย้อนหลังแบบ matched case-control study
โดยกำหนดอัตราส่วนระหว่าง case ต่อ control คือ 1:1 โดย
การสุ่มอย่างง่ายจับคู่ เพศ อายุ (± 5 ปี) และระดับ Braden
Index score

กลุ่มตัวอย่าง คือ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วย
อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ
อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1
มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 3) เป็นกลุ่มผู้ป่วย (case)
ที่เกิดภาวะ IAD จำนวน 32 ราย 4) เป็นกลุ่มควบคุม (control)
ที่ผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะ IAD จำนวน 32 ราย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือ 1) อายุต่ำกว่า
18 ปี 2) ไม่ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคาร
สมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ
ระดับ Braden Index score

2. แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การเกิดภาวะ IAD ประกอบด้วย สิ่งขับถ่ายและการใส่อุปกรณ์
กลั่นสิ่งขับถ่าย (ชนิดของสิ่งขับถ่ายที่กลั่นไม่ได้ ลักษณะของ
อุจจาระ การคายสว่นปัสสาวะ) ภาวะสุขภาพ (เบาหวาน
ไข้ ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ ยาระบาย
ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท ภาวะอ้วน ความปวด ภาวะ
โภชนาการ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การได้รับออกซิเจน
และการพร่องออกซิเจน (มีประวัติการสูบบุหรี่, Oxygen
saturation < 95 %, มีโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ)

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบบันทึก
ข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่อง
มือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในการตรวจสอบความถูกต้องและ
พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ค่า CVI เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี หนังสือรับรองเลขที่ COA.
MURA2022/421 วันที่อนุมัติ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2565
ภายหลังการอนุมัติผู้วิจัยเข้าขออนุมัติจากแผนกเวชระเบียน
และสถิติของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ
วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย โดยใช้รหัส

แทนชื่อผู้ป่วยโดยเก็บเป็นความลับในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยจะให้นำเสนอในภาพรวมและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD และกลุ่มควบคุม ที่ผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะ IAD ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการทดสอบ Chi-square และสถิติ Binary Logistic Regression นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมด้วยช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และ $p < .05$

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ IAD ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งได้ข้อมูลจากการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่เกิดภาวะ IAD ของทีมพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยขออธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะ IAD พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดภาวะ IAD ของหอผู้ป่วยพิเศษตั้งแต่ 1 มกราคม -31 ธันวาคม 2564 จำนวน 32 ราย และจากการศึกษาทะเบียนผู้ป่วยหอผู้ป่วยในพิเศษ มีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ตั้งแต่ 1 มกราคม -31 ธันวาคม 2564 จำนวน 315 รายคิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD ปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 10.15

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD โดยปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้มีการ matched case-control 3 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ (± 5 ปี) และระดับ Braden Index score (แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ) ให้ 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (IAD (n = 64)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มผู้ป่วย จำนวน (%) (n = 32)	กลุ่มควบคุม จำนวน (%) (n = 32)	รวม จำนวน (%) (n = 64)	χ^2	P
เพศ					
ชาย	12(37.50)	8(25.00)	20(31.25)	1.16	.281
หญิง	20(62.50)	24(75.00)	44(68.75)		
อายุ (ปี) (M = 78.44 , SD = 11.86)					
18-59	1(3.13)	0(0.00)	1(1.59)	31.68	.288
60 ปีขึ้นไป	31(96.87)	32(100.00)	63(98.41)		
Barden					
No risk	2(6.25)	1(3.13)	3(4.69)	0.51	.918
At risk	13(40.62)	14(43.75)	27(42.19)		
Moderate risk	11(34.38)	12(37.50)	23(35.93)		
High risk	6(18.75)	5(15.62)	11(17.19)		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 98.41 และระดับ Braden Index score และอยู่ในระดับเริ่มมีความเสี่ยงเล็กน้อย ร้อยละ 42.19 รองลงมาคือ ระดับเสี่ยงปานกลางคิดเป็นร้อยละ 35.93 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะ IAD (n = 64)

ปัจจัย			การเกิดภาวะ IAD		95%CI	P
	เกิด	ไม่เกิด	จำนวน(%)	OR		
สิ่งขับถ่ายและการใส่อุปกรณ์กลั้นสิ่งขับถ่าย						
ชนิดของสิ่งขับถ่าย						
อุจจาระปนปัสสาวะ	18(56.25)	15(46.87)	33(51.56)	0.58	(0.05-7.12)	.519
อุจจาระ	1(3.13)	2(6.25)	3(4.69)	1.58	(0.57-4.47)	
ปัสสาวะ	13(40.62)	15(46.87)	28(43.75)	1.00		
ลักษณะของอุจจาระ						
อุจจาระเป็นน้ำ	8(25)	2(6.25)	10(15.64)	0.05	(0.07 -0.39)	.008*
อุจจาระน้ำปนเนื้อ	21(65.65)	16(50.00)	37(57.83)	0.33	(0.06-1.76)	
อุจจาระเป็นก้อน	3(9.35)	14(43.75)	17(26.53)	1.00		
การคาสายสวนปัสสาวะ						
มีสายสวนปัสสาวะ	14(43.75)	15(46.87)	29(45.31)	1.13	(0.42-3.04)	.802
ไม่มี	18(56.25)	17(53.13)	35(54.69)	1.00		
ภาวะสุขภาพ						
- เบาหวาน						
มี	16(50)	14(43.75)	30(46.88)	1.29	(0.48-3.43)	.617
ไม่มี	16(50)	18(56.25)	34(53.12)			
- ไช้						
มี	11(34.38)	24(75)	35(54.69)	5.73	(1.94-16.91)	.002*
ไม่มี	21(65.62)	8(25)	29(45.31)			
- ภาวะอ้วน						
มี	7(21.88)	4(12.50)	11(17.19)	1.96	(0.51-7.50)	.326
ไม่มี	25(78.12)	28(87.50)	53(82.81)			
- ได้รับยาปฏิชีวนะ						
มี	26(81.25)	17(53.13)	43(67.19)	3.82	(1.24-11.80)	.020*
ไม่มี	6(18.75)	15(46.87)	21(32.81)			
- ความปวด≥4 คะแนน						
มี	20(62.50)	14(43.75)	34(53.12)	2.14	(0.78-5.82)	0.135
ไม่มี	12(37.50)	18(56.25)	30(46.88)			
- ได้รับยาขับปัสสาวะ						
มี	21(65.62)	10(31.25)	32(50)	4.2	(1.48-11.93)	0.007*
ไม่มี	11(34.38)	22(68.75)	32(50)			

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะ IAD (n = 64) (ต่อ)

ปัจจัย			การเกิดภาวะ IAD		95%CI	P
	เกิด	ไม่เกิด	จำนวน(%)	OR		
- ใ้รับยาระบาย						
มี	3(9.38)	8(25)	11(17.19)	3.22	(0.77-13.50)	0.109
ไม่มี	29(90.62)	24(75)	53(82.81)			
- ใ้รับยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท						
มี	26(81.25)	16(50)	42(65.63)	4.33	(1.41-13.36)	0.011*
ไม่มี	6(18.75)	16(50)	22(34.37)			
- ภาวะทุพโภชนาการ						
ระดับรุนแรง	13(40.62)	19(59.38)	32(50)	8.72	(0.93-81.49)	0.057*
ระดับปานกลาง	11(34.38)	12(37.50)	23(35.94)	11.69	(1.30-105.32)	
ไม่มีหรือมีระดับเล็กน้อย	8(25.00)	1(3.12)	9(14.06)			
- ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล						
มากกว่า 15 วัน	30(93.75)	9(28.12)	39(60.94)	38.33	(7.54-194.79)	<0.001*
น้อยกว่าเท่ากับ 15 วัน	2(6.25)	23(71.88)	25(39.06)			
การใ้รับและการพร่องออกซิเจน						
- ใ้รับออกซิเจน						
ได้	22(68.75)	10(31.25)	32(50)	4.84	(1.68-13.93)	0.003*
ไม่ได้	10(31.25)	22(68.75)	32(50)			
- มีประวัติการสูบบุหรี่						
มี	2(6.25)	5(15.63)	7(10.94)	0.36	(0.06-2.01)	0.244
ไม่มี	30(93.75)	27(84.37)	57(89.06)			
- O2 Saturation < 95%						
ใช่	14(43.75)	5(15.63)	19(29.68)	4.19	(1.29-13.70)	0.017*
ไม่ใช่	18(56.25)	27(84.37)	45(70.32)			
- มีโรคระบบทางเดินหายใจ						
มี	16(50)	14(43.75)	30(46.88)	1.29	(0.48-3.44)	0.617
ไม่มี	16(50)	18(56.25)	34(53.12)			

จากตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ IAD ใช้สถิติวิเคราะห์ Binary logistic regression analysis เพื่อหาขนาดความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ปัจจัยด้านสิ่งขับถ่ายและอุปกรณ์กลั่นสิ่งขับถ่าย ได้แก่ ลักษณะของอุจจาระ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะมีไข้ การได้รับยาปฏิชีวนะ การได้รับยาขับปัสสาวะ การใ้รับยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท ภาวะทุพโภชนาการ ระยะเวลาการนอน

ในโรงพยาบาล การใ้รับออกซิเจนและภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใ้รับออกซิเจน และผู้ป่วยที่มีระดับ O2 Saturation < 95 % ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนฯ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ matched case-control study ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ร้อยละ 10.15 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562-2563 พบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะ IAD คิดเป็นร้อยละ 8 และ 9 โดยพบในหอผู้ป่วย พิเศษประเภทอายุรกรรมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยประเภทศัลยกรรม สูงกว่าการศึกษา nursing home ที่พบการเกิดภาวะ IAD ร้อยละ 3.115 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาอุบัติการณ์ การเกิดภาวะ IAD ในโรงพยาบาลศิริราช ที่พบร้อยละ 3.4-25 ในปี พ.ศ. 2555⁸ ซึ่งเป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วย วิกฤติ แต่ในการศึกษาค้างนี้ไม่ได้เก็บในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ใน หอผู้ป่วยวิกฤติซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะ IAD ได้สูง เลือกเฉพาะใน หอผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงในระดับหนึ่งที่เกิดขึ้น กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD ดังนี้

ปัจจัยด้านสิ่งขับถ่ายและการใส่อุปกรณ์กลั้นสิ่ง ขับถ่าย พบว่า ลักษณะของสิ่งขับถ่ายมีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะ IAD โดยอุจจาระเป็นน้ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD มากกว่าอุจจาระน้ำปนเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 0.05$; 95%CI = 0.07-0.39) และมากกว่าอุจจาระ เป็นก้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 0.33$; 95% CI = 0.06-1.76) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทศเบลเยียม พบว่า ผู้ป่วยที่มีอุจจาระเหลวเป็นน้ำ เกิดภาวะ IAD สูงกว่า ลักษณะอุจจาระแบบอื่น เนื่องจากในอุจจาระลักษณะเหลว เป็นน้ำ จะมีเอนไซม์ที่ย่อยไขมันและโปรตีนสูงที่สุด ซึ่งในชั้น stratum corneum ของผิวหนังในชั้นหนังกำพร้าที่ทำหน้าที่ ปกป้องผิวหนังประกอบไปด้วยเซลล์ไขมันและโปรตีน และเมื่อสัมผัสกับอุจจาระเหลวเป็นน้ำจะส่งผลให้เซลล์ไขมัน และโปรตีนถูกทำลาย ทำให้ stratum corneum ไม่สามารถ ทำหน้าที่ปกป้องผิวหนังได้¹⁶

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ พบว่า การมีไข้มีความ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 5.73$; 95% CI = 1.94-16.91) สอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศในหอผู้ป่วยวิกฤติ ประเทศเบลเยียม ที่พบว่า ใช้สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD¹⁷ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีไข้ส่วนใหญ่

จะได้รับยาปฏิชีวนะซึ่งมีผลให้เกิดการถ่ายอุจจาระเหลวได้ง่าย โดยในการศึกษานี้ ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีการได้รับยาปฏิชีวนะ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 3.82$; 95%CI = 1.24-11.80) การได้รับยาขับปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($OR_{adj} = 2.14$; 95%CI = 0.78-5.82) เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะส่งผลให้มีปริมาณและความเสี่ยง ในการสัมผัสปัสสาวะมากขึ้นจึงอาจทำให้เกิดภาวะ IAD ได้มากขึ้น การได้รับยานอนหลับ/ยากล่อมประสาทมีความ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 4.33$; 95%CI = 1.41-13.36) สอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศบราซิล พบว่า ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยา ดังกล่าวส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง นอนหลับมากขึ้น ทำให้การรับรู้ว่ามีสิ่งขับถ่ายแล้วลดลงและทำให้ความถี่ ในการทำความสะอาดผิวหนังที่สัมผัสสิ่งขับถ่ายลดลง¹⁸ ด้านภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงการมีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะ IAD มากกว่าระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 8.72$; 95%CI = 1.41-13.36) และมากกว่าระดับ น้อยถึงไม่มีภาวะทุพโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 11.69$; 95%CI = 1.30-105.32) สอดคล้องกับ การศึกษาของไทย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีความ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับ โปรตีนจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะ IAD ได้¹⁹ ปัจจัยด้านระยะ เวลาการนอนในโรงพยาบาล พบว่า ด้านระยะเวลาการนอนใน โรงพยาบาลมากกว่า 15 วันขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 38.33$; 95% CI = 7.54-194.79) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศบราซิล ที่พบว่า ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 15 วันขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD เนื่องจากการนอน ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะ แทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ได้ อาทิเช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น²⁰ ปัจจัยด้านการได้ รับออกซิเจนและภาวะพร่องออกซิเจนได้แก่ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง ได้รับออกซิเจน และผู้ป่วยที่มีระดับ O₂ Saturation < 95% มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 4.84$; 95% CI = 1.68-13.93) และ ($OR_{adj} = 4.19$; 95%CI = 1.29-13.70) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศเบลเยียม ที่พบว่า ภาวะพร่องออกซิเจนและต้องได้

รับออกซิเจนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ IAD เนื่องจากภาวะพร่องออกซิเจนส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อลดลงจึงทำให้เนื้อเยื่อแข็งแรงลดลงและเกิดภาวะ IAD ได้ง่ายขึ้น¹⁷

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะ IAD ของผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วยพิเศษหลายปัจจัย ดังนั้นควรนำประเด็นดังกล่าวไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการภาวะ IAD ดังกล่าว ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและทำให้การใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ให้ทุนโครงการวิจัยในงานประจำ (R2R) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

References

1. Doughty D, Junkin J, Kurz P, Seleko J, Gray M, Fader M, et al. Incontinence-associated dermatitis. Consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, current challenges. Journal Wound Ostomy Continence Nursing 2012;39:303-15.
2. Barry M, Nugent L. Pressure ulcer prevention in frail older people. Nursing Standard journal 2015;30:50-8.
3. Park KH, Choi H. Prospective study on incontinence-associated dermatitis and its severity instrument for verifying its ability to predict the development of pressure ulcers in patients with fecal incontinence. International wound journal 2016;13:20-5.
4. Chartputhananun B. Effectiveness of Implementing the Clinical Practice Guidelines for Traumatic Wound Pain Management at Emergency Department in Middle-level Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18:101-9. (in Thai)
5. Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, et al. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. Journal Wound Ostomy Continence Nursing 2012;39: 61-74.
6. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. International wound journal 2016;13:403-11.
7. Long M, Reed L, Dunning K, Ying J. Incontinence-associated dermatitis in a long-term acute care facility. Wound Ostomy Continence Nursing 2012;39:318-27.
8. Uppanisakorn S, Somma T, Vattanaprasan P, Boonyarat J. Prevention and Treatment of Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) in Critical Patients Treated in the Intensive Care Unit of a Medical Ward. Thai Journal of Nursing Council 2015;30:86-100. (in Thai).
9. Ramathibodi Hospital. Incontinence-associated dermatitis annual report. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2021. (in Thai)
10. Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015.
11. Johansen E et al. Prevalence and Associated Factors in 4 Hospitals in Southeast Norway. Wound Ostomy Continence Nursing 2018;45:527-31.

12. Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Villas Boas P, Guimaraes HQCP. Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2020;73:1-7.
13. Rodríguez-Palma M, Verdu-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernández FP. Conceptual framework for incontinence-associated dermatitis based on scoping review and expert consensus process. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2021;48:239-50.
14. Fukada M. Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Medica* 2018;61:1-7.
15. Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: a secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *International Journal of Nursing Studies* 2014;51:1373-80.
16. Van Damme N, Van den Bussche K, De Meyer D, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. Independent risk factors for the development of skin erosion due to incontinence (incontinence-associated dermatitis category 2) in nursing home residents: Results from a multivariate binary regression analysis. *International Wound Journal* 2017;14:801-10.
17. Damme NV, Clays E, Verhaeghe S, Hecke AV, Beeckman D. Independent risk factors for the development of incontinence-associated dermatitis (category 2) in critically ill patients with fecal incontinence: a cross-sectional observational study in 48 ICU units. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 81:30-9.
18. Chianca TCM, Gonçalves PC, Salgado PO, Machado BO, Amorim GL, Alcoforado CLGC. Incontinence-associated dermatitis: a cohort study in critically ill patients. *Revista gaucha de enfermagem* 2016;37.
19. Kiangprom J, Putivanit S. Prevention of skin breakdown in the older person. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4:249-58.
20. Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Villas Boas P, Guimaraes HQCP. Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors. *Revista gaucha de enfermagem* 2020;73.

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการมีกิจกรรมทางกาย ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Effect of Information-Motivation-Physical Activity Skills Program via Line Application on Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

กรรณิการ์ พิมปา** ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ* วารุณี พลิกบัว

Kannika Phimpa** Doungrut Wattanakitkileart* Warunee Phligbua

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการมีกิจกรรมทางกายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 58 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการมีกิจกรรมทางกายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด IMB model ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน และสถิติ Man-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 91.38 อายุเฉลี่ย 68.85 ปี (SD = 10.08) ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.08, p < .001$) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.09, p < .001$) พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, แนวคิดการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะพฤติกรรม, แอปพลิเคชันไลน์, การมีกิจกรรมทางกาย, คุณภาพชีวิต

Abstract

This randomized controlled trial study examined the effect of the information-motivation-physical activity skills program via Line application on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The participants were 58 patients with chronic obstructive pulmonary disease who aged 40 years or over and received medical care at the OPD of a tertiary level hospital in Bangkok. All participants were randomly assigned to the experimental (N = 29) and control groups (N = 29). The control group received

Corresponding author : *E-mail: Doungrut.wat@mahidol.ac.th

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วันที่รับ (received) 12 พ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 31 ธ.ค. 2565

usual care, while the experimental group received both usual care and information-motivation-physical activity skills program via Line application based on the IMB model for eight weeks. Data were analyzed using paired sample t-test, and Man-Whiney U test.

The results revealed that the participants were 91.38 % male with a mean age of 68.85 (SD = 10.08) years. There was no significant difference in personal data, illness and treatment data, and the mean scores for quality of life between both groups at baseline ($p > .05$). After receiving the program, the experimental group had a significantly better quality of life than before receiving the program ($t = 7.08$, $p < .001$), and better than the control group ($z = -4.09$, $p < .001$). Nurses should apply this program to promote better quality of life in patients with COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, IMB model, line application, physical activity, quality of life

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลก ปี ค.ศ. 2019 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 3.23 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลก¹ คาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2060 อาจมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 5.4 ล้านคนต่อปี² ประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2546-2561 ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นถึง 1.3 เท่า โดยมีอัตราการเสียชีวิต 40 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาสูงถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ³ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคทางเดินหายใจที่รักษาไม่หาย มีสาเหตุจากการได้รับก๊าซพิษหรือสารอันตราย ทำให้มีการอักเสบทั่วร่างกาย ผนังหลอดปอดโป่งพองร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เกิดการจำกัดการไหลเวียนอากาศอย่างถาวร² การสลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายรวมทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจอ่อนแรงมากขึ้น หายใจลำบาก ประสิทธิภาพการไอและขับเสมหะลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดติดเชื้อเพิ่มขึ้น ความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ามีกิจกรรมทางกาย กระทั่งกิจวัตรประจำวัน เกิดภาวะถดถอยของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น และอาการกำเริบเป็นวงจรที่เลวร้ายตามมา (Vicious cycle)^{4,5} ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลายด้าน^{6,7,8} โดยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากความถี่ ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ไอ มีเสมหะ ที่รบกวนต่อการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ทางสังคม และรบกวนต่อจิตใจ⁹ คุณภาพชีวิตที่ลดลงนี้ทำให้เสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น¹⁰ อาการหายใจลำบาก ภาวะซึมเศร้า และการมีกิจกรรมทางกาย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ¹¹ การคงคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ป่วยควรจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ ออกกำลังกาย และมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการของโรค วิธีการจัดการกับโรค ได้แก่ การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดอาการหอบเหนื่อย การบริหารการหายใจช่วยระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซ การขับเสมหะดีขึ้น การมีกิจกรรมทางกาย ความสมดุลระหว่างกิจกรรมทางกาย การสงวนพลังงานและการพักผ่อน การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามกิจกรรมทางกายเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ น้อยกว่ากิจกรรมอื่น เนื่องจากผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับอาการกำเริบและขาดแรงจูงใจ¹² จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับโรคและกิจกรรมทางกาย เป็นอุปสรรคและปัจจัยสำคัญด้านแรงจูงใจ¹³ กิจกรรมทางกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อลาย เกิดการเผาผลาญพลังงานมากกว่าเวลาพัก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ จึงจะเพียงพอ¹⁴ จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีกิจกรรมทางกายต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ป่วย¹⁵ และแนวโน้มลดลงในแต่ละปี มีจำนวนก้าวลดลงเฉลี่ยปีละ 400-500 ก้าว¹⁶ และในประเทศไทยพบผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 49.6 มีกิจกรรมทางกายระดับน้อย และมีกิจกรรมน้อยๆ นอนๆ มากที่สุด¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายพบว่า ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลเท่านั้น มีการให้ข้อมูลสื่อสารทางเดียว มีเวลาจำกัด ไม่สามารถทวนซ้ำข้อมูลได้ มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากการใช้โทรศัพท์ติดตาม

อาการ อีกทั้งการกำกับติดตามโปรแกรม ขาดการปฏิบัติอย่างทันท่วงที¹⁸⁻¹⁹ ช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา ในประเทศไทยนำแอปพลิเคชันไลน์ (ไลน์) มาใช้ส่งเสริมการจัดการโรคนี้ โดยใช้กรอบแนวคิด IMB model เน้นฝึกหายใจ การออกกำลังกาย ทรวงอกและซี่โครง และการใช้ยาสูดผ่านคลิปีตีโอและประชุมผ่านวิดีโอ พบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมทางคลินิกดีขึ้น²⁰ แต่มีข้อจำกัดคือ ช่วงเวลาว่างไม่ตรงกัน และมีข้อจำกัดด้านการป้อนกลับข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจากผลกระทบของโรค เน้นการสร้างแรงจูงใจส่งเสริมกิจกรรมทางกายและจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการมีกิจกรรมทางกายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ตามแนวคิด IMB Model นำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอและคู่มือที่เข้าใจง่ายและกระตุ้นความสนใจ ดูเข้าใจ ส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวเดิน การตั้งเป้าหมาย และการรายงานผลจำนวนก้าวต่อวัน จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ ร่วมกับส่งข้อความเพื่อเสริมแรงจูงใจและให้กำลังใจ สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการมีกิจกรรมทางกายเหมาะสมและต่อเนื่อง มีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

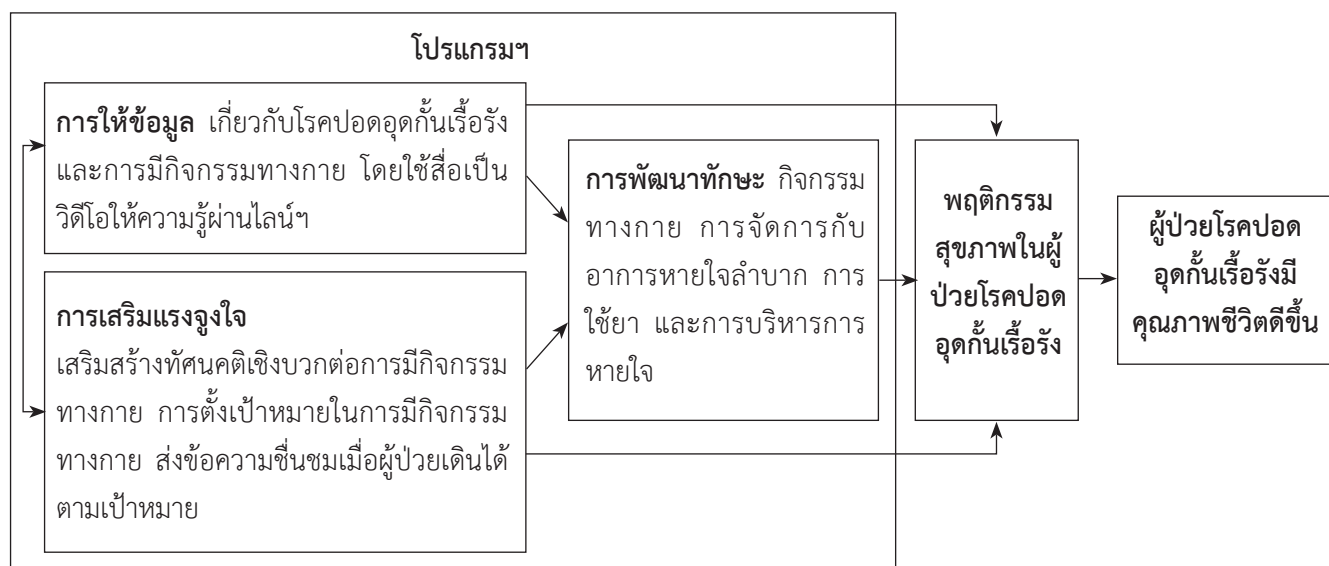
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และดีกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด IMB Model²¹ นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล (Information) 2) การเสริมแรงจูงใจ (Motivation) ประกอบด้วย แรงจูงใจของบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจหรือความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมต่าง ๆ และมีผลโดยอ้อมผ่านทักษะพฤติกรรมทางสุขภาพ และ 3) การพัฒนาทักษะ (Behavioral skills) พฤติกรรมใด ๆ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อน จากความรู้และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เกิดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในงานวิจัยครั้งนี้มีการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ และทักษะที่จำเป็นต่อการมีกิจกรรมทางกาย ทำให้อาการหอบเหนื่อยลดลง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่ผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ดัดแปลงมาจากแนวคิด IMB Model

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร เพศหญิงและชาย อายุ 40 ปีขึ้นไป สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากประชากรที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการตรวจสมรรถภาพปอดรุนแรงระดับ 1-3 (GOLD I-III) ผู้ป่วยหรือญาติมีโทรศัพท์มือถือและใช้ไลน์ได้ มีทักษะสื่อสารภาษาไทยได้ และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการประเมินการรู้คิดปกติ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีโรคร่วมรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการเดิน มีโรคทางจิตเวชที่ควบคุมอาการไม่ได้ มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย และไม่มีญาติคอยดูแลขณะออกกำลังกาย และเกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ได้แก่ ส่งภาพจำนวนก้าวเดินให้ผู้วิจัยน้อยกว่า 75% หลังจากแจ้งเตือนและโทรศัพท์แล้ว 3 วัน ติดต่อกัน มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องรักษาเป็นผู้ป่วยใน และไม่สามารถเดินได้ระหว่างการวิจัยจากทุกสาเหตุ หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจทดสอบที่ .85 และคำนวณขนาดอิทธิพลโดยใช้งานวิจัยใกล้เคียง²² ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 2.96 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 29 ราย รวม 58 ราย จากสัดส่วนการเข้ารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมต่อคลินิกโรคปอดประมาณ 3 : 1 จึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองคลินิกมีโอกาสถูกสุ่มเท่าเทียมกันและเป็นอิสระจากกันสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) (จากคลินิกอายุรกรรมกลุ่มละ 22 ราย และคลินิกโรคปอดกลุ่มละ 7 ราย)

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ฉบับภาษาไทย ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยคะแนนรวม 3 - 5 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาจากเวชระเบียน 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ความรู้) พัฒนาโดย White และคณะ²³ 65 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดยจินห์สุดา ทัดสวน²⁰ และปรับเหลือ 20 ข้อ และผู้วิจัยขออนุญาตแปลเพิ่มเติมอีก 3 ข้อ ด้านการมีกิจกรรมทางกาย 23 ข้อ ให้เลือกตอบ “ถูก” “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ” ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน แบ่งเป็นคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับดี คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ 4) แบบสอบถาม COPD Assessment Test (CAT) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาโดย Jones และคณะ²⁴ ประเมินผลกระทบของโรคต่อการดำรงชีวิต 8 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน รวม 40 คะแนน มีการประเมินความเหนื่อย อาการไอ เสมหะ การนอนหลับ และความมั่นใจในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 4 ระดับ²⁵ ดังนี้ คะแนน 0-10 หมายถึง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตน้อยมาก คะแนน 11-20 หมายถึง มีผลกระทบปานกลาง คะแนน 21-30 หมายถึง มีผลกระทบมาก และคะแนน 31-40 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการมีกิจกรรมทางกายผ่านไลน์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด IMB Model ประกอบด้วย 1) คู่มือสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคฯ การใช้ยา การบริหารการหายใจ กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย เทคนิคการสว่นพลังงาน การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การพักผ่อนและการจัดการความเครียด และอาหารที่เหมาะสม 2) คู่มือการใช้ไลน์ และตอบแบบประเมินผ่านทางไลน์ 3) คู่มือการใช้เครื่องนับก้าวเดิน และปฏิทินจดบันทึกการนับก้าวเดิน 4) เครื่องนับก้าวเดิน (pedometer) แบบดิจิตอลรุ่น SKMEI 1363 จากผู้วิจัย โดยทุกเครื่องได้รับการสอบเทียบ (calibration) และรับรองความแม่นยำตรงตามระบบคุณภาพ 5) วิดีโอความรู้ฯ มีทั้งหมด 12 วิดีโอ มีเนื้อหาเกี่ยวกับคู่มือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการพิจารณา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 ปรับแก้ไข ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย

และตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แบบสอบถาม CAT หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .71 แบบสอบถามความรู้ฯ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Test-retest method ห่างกัน 2 สัปดาห์ และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intra Class Correlation: ICC) ได้เท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB-NS 2021/57.0712 ลงวันที่ 28 มกราคม 2565 และโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลขที่ IRB No.19/65 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้ฯ และ CAT ผ่าน Google form สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยมอบคู่มือการใช้ไลน์และนัดหมายตอบแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมฯ รวม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลรายบุคคล เรื่องกิจกรรมทางกาย และการดูแลตนเองด้านการใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ 10-15 นาที ผู้วิจัยมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วย มอบเครื่องนับก้าวเดินพร้อมคู่มือและสาธิตการใช้งาน สาธิตการใช้ไลน์พร้อมคู่มือ 10 นาที จากนั้นส่งวิดีโอความรู้ฯ ผ่านไลน์ฯ โดยสามารถสอบถามผู้วิจัย

ได้ทุกเมื่อ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-8 ผู้วิจัยส่งวิดีโอทางไลน์ฯ วันเว้นวัน ครั้งละ 1 เรื่อง ใช้เครื่องนับก้าวติดตามการมีกิจกรรมทางกาย สะท้อนผลการประเมินกลับจำนวนก้าวเดินในรูปแบบของกราฟทุกสัปดาห์ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน การประเมินอาการเบื้องต้น และการจัดการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ ในสัปดาห์ 8 ประเมินความรู้ฯ และคุณภาพชีวิต โดยตอบผ่าน Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มที่เป็นข้อมูลในระดับนามบัญญัติ ใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ฯ และคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon signed ranks test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ฯ และคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Man-Whiney U test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.38 ช่วงอายุ 60-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 65.52 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 68.45 ปี (SD = 10.33) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69.24 ปี (SD = 9.83) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลช่วยเหลือที่บ้าน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรค การรักษา ระยะเวลาการเดินต่อวัน การนั่งหรือนอนเอนกายมากกว่า 2 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	9.522.98	14.62	2.96	-4.631	<.001*	
กลุ่มควบคุม	9.893.45	10.04	3.12	-.642	.53	

¹Wilcoxon signed ranks test, ²Paired t-test, * p-value < .05

จากตารางที่ 1 คะแนนความรู้ฯ ก่อนทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = .16, p = .88$) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ฯ มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.84, p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนคุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	13.90	5.99	9.83	4.89	7.08	<.001*
กลุ่มควบคุม	13.04	5.80	16.57	6.61	-5.25	<.001*

* p-value < .05

จากตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = -.08, p = .94$) และคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองภายในกลุ่มทั้งสอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.08, p < .001$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตเลวลง โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.25, p < .001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ	กลุ่มทดลอง (N = 29)		กลุ่มควบคุม (N = 28)		z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อาการไอ	1.41	(0.83)	1.89	(1.34)	-1.35	.18
การมีเสมหะในปอด	1.38	(1.21)	1.89	(1.37)	-1.43	.15
อาการแน่นหน้าอก	0.83	(1.0)	1.14	(1.24)	-.90	.37
อาการเหนื่อยจากการเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได 1 ชั้น	1.24	(1.3)	2.61	(1.50)	-3.47	.001*
การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านโดยไม่จำกัด	1.14	(0.99)	2.36	(1.52)	-3.10	.002*
ความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน	0.79	(1.08)	1.93	(1.51)	-2.92	.004*
การนอนหลับ	1.66	(1.32)	2.32	(1.42)	-1.73	.08
ความรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า	1.38	(1.08)	2.43	(1.10)	-3.31	.001*

* p-value < .05

จากตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทั้งสอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.09, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทั้งสอง พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต 4 ข้อ ได้แก่ อาการเหนื่อยจากการเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได 1 ชั้น การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านโดยไม่จำกัด ความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน และความรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า หลังการทดลองของกลุ่มทั้งสองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคุณภาพชีวิตหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตรายข้อดีขึ้นทุกข้อ ข้อที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อยจากการเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได 1 ชั้น ความรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านโดยไม่จำกัด ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมนี้พัฒนาจากแนวคิด IMB Model โดยนำ 3 องค์ประกอบที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่

1) การให้ข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารการหายใจ กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย เทคนิคการสว่นพลังงาน การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การพักผ่อนและการจัดการความเครียด และอาหารสำหรับผู้ป่วย การให้ข้อมูลมีทั้งแบบการให้คู่มือ การอธิบายและสาธิตโดยผู้วิจัย และวิดีโอความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยสะดวกใช้เป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพ สามารถทวนซ้ำได้ ช่วยการเรียนรู้และจดจำข้อมูลให้เห็นภาพได้ชัดเจน ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมทำให้ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยลดลง ทั้งในด้านอาการไอ อาการเหนื่อยจากการมีกิจกรรม การนอนหลับ และความรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้รายข้อ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นทุกข้อ ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย 11 ข้อ จากทั้งหมด 23 ข้อ

2) การเสริมแรงใจ เสริมแรงใจระดับบุคคล โดยประเมินทัศนคติต่อการมีกิจกรรมทางกายรายบุคคล สร้างทัศนคติทางบวกและความเชื่อที่ถูกต้อง การตั้งเป้าหมายต่อกิจกรรมทางกาย และเน้นผลลัพธ์ทางบวกของการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในวันแรกที่พบผู้ป่วย และเสริมแรงใจทางสังคม โดยสะท้อนกลับด้วยข้อความชื่นชมผ่านไลน์ เมื่อผู้ป่วยส่งภาพจำนวนก้าวเดิน และส่งข้อความสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการส่งภาพหากผู้ป่วยไม่ส่งภาพได้ นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนผลการประเมินกลับผ่านกราฟรายงานจำนวนก้าวเดินในแต่ละสัปดาห์ พร้อมข้อความชื่นชม เมื่อผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่กำหนด และให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย และตั้งเป้าหมายร่วมกันในสัปดาห์ถัดไป และการใช้เครื่องนับก้าวเดินช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินการเดินของตนเองได้ รับรู้ถึงการบรรลุเป้าหมายของตนเอง สร้าง

ความมั่นใจ มีแรงจูงใจในการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันในการส่งเสริมการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการเสริมแรงจูงใจระดับบุคคล โดยสร้างทัศนคติทางบวกต่อการใช้ยาสุดที่ถูกต้อง และเสริมแรงจูงใจทางสังคมด้วยคำพูดชื่นชม พบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาสุดที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมทางคลินิกดีขึ้น²⁰

3) การพัฒนาทักษะการมีกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการประเมินตนเองก่อนการมีกิจกรรมทางกาย การจัดการกับอาการหายใจลำบาก การใช้ยา และการบริหารการหายใจ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความทนทานต่อการมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ยังทำให้อาการเหนื่อยลดลง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าลดลง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

การศึกษานี้ไม่พบปัญหาการใช้ไลน์ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยใช้ไลน์อยู่แล้ว ทำให้คุ้นเคยกับไลน์เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาการโรคหืด ภายใต้แนวคิด IMB Model พบว่ากลุ่มทดลองมีการควบคุมอาการโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยใช้เวลาเพียง 6 สัปดาห์²⁶ การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสุดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายใต้แนวคิด IMB Model พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาสุดและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 6 สัปดาห์²⁷ และการศึกษาการใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันในการส่งเสริมการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายใต้แนวคิด IMB Model พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมทางคลินิกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. โปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้ได้เฉพาะในโทรศัพท์สมาร์ตโฟนและมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตเท่านั้น อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยของประชากรมีโอกาสสุ่มได้ไม่เท่าเทียมกัน

2. การศึกษารังนี้ไม่ได้ทำในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมามากที่สุด (GOLD IV) อาจไม่สามารถใช้โปรแกรมฯ นี้ ในผู้ป่วยดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

โปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้นควรมีการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ที่โรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่มีเครื่องนับก้าว หรือ Smart Watch สามารถใช้ระยะเวลาการเดินในการติดตามการมีกิจกรรมทางกายแทนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงลึกในประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว โดยใช้การประเมินและติดตามผลของกิจกรรมทางกายร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกด้านอื่น เช่น การกำเริบของโรค อัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นต้น

References

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Geneva: WHO; 2022.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Fontana: GOLD; 2021.
3. Department of Medical Services, Central Chest Institute of Thailand, Ministry of Public Health. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Nonthaburi: Central Chest Institute of Thailand; 2019. (in Thai)
4. Cooper CB. Airflow obstruction and exercise. *Respiratory Medicine*. 2009;103(3): 325-34.
5. Troosters T, van der Molen T, Polkey M, Rabinovich RA, Vogiatzis I, Weisman I, et al. Improving physical activity in COPD: towards a new paradigm. *Respiratory Research*. 2013;14(1): 115. doi:10.1186/1465-9921-14-115.

6. Hanania NA, O'Donnell DE. Activity-related dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: Physical and psychological consequences, unmet needs, and future directions. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2019;14: 1127-38.
7. Kong CW, Wilkinson TMA. Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD. *European Respiratory Journal Open Research*. 2020;6(2): 00325-2019. doi:10.1183/23120541.00325-2019.
8. Lim KE, Kim SR, Kim HK, Kim SR. Symptom clusters and quality of life in subjects with COPD. *Respiratory Care*. 2017;62(9): 1203-11.
9. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St George's Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine*. 1991;85: 25-37.
10. Havlucu Y, Yorgancioglu A, Sakar Coskun A, Celik P. Does one year change in quality of life predict the mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease?-prospective cohort study. *Journal of Thoracic Disease*. 2019;11(8): 3626-32.
11. Noonil N, Petsirasan R, Aekwarangkoon S. Health-related quality of life and related factors in Thais with stable COPD. *Walailak Journal of Science and Technology*. 2019;16(12): 955-64.
12. Xiang X, Huang L, Fang Y, Cai S, Zhang M. Physical activity and chronic obstructive pulmonary disease: a scoping review. *BioMedical Central Pulmonary Medicine*. 2022;22(1): 301. doi:10.1186/s12890-022-02099-4.
13. Østergaard EB, Sritharan SS, Kristiansen AD, Thomsen PM, Løkke A. Barriers and motivational factors towards physical activity in daily life living with COPD - an interview based pilot study. *European Clinical Respiratory Journal*. 2018;5(1): 1484654. doi:10.1080/20018525.2018.1484654.

14. World Health Organization. Global status report on physical activity 2022. Geneva: WHO; 2022.
15. Albarrati AM, Gale NS, Munnery MM, Cockcroft JR, Shale DJ. Daily physical activity and related risk factors in COPD. *BioMedical Central Pulmonary Medicine*. 2020;20(1): 60. doi: 10.1186/s12890-020-1097-y.
16. Sievi NA, Brack T, Brutsche MH, Frey M, Irani S, Leuppi JD, et al. Physical activity declines in COPD while exercise capacity remains stable: a longitudinal study over 5 years. *Respiratory Medicine*. 2018;141: 1-6.
17. Witheethamsak P, Duangpaeng S. Predicting factors of physical activity among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Division*. 2017;44(4): 58-79. (in Thai)
18. Apiratanawong S, Deenan A, Deoisres W. Effects of the individualized physical activity program on quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2018;34(3): 55-64.
19. Duongpaeng S, Kamchaikittikul P, Witheethamsak P. The effectiveness of enhancement of daily physical activity program on physical fitness, symptom status, functional status, and quality of life among the people with chronic obstructive pulmonary disease [thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
20. Tadsuan T, Wattanakitkrileart D, Sriprasong S. The effectiveness of COPD management program via smartphone applications on clinical status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2021;39(3): 17-32.
21. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*. 1992;111(3): 455-74.
22. Tippala W, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K. The effects of education, motivation, and inhaler skills program through line application on clinical control in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2022;40(1): 112-27. (in Thai)
23. White R, Walker P, Roberts S, Kalisky S, White P. Bristol COPD knowledge questionnaire (BCKQ): testing what we teach patients about COPD. *Chronic Respiratory Disease*. 2006;3(3): 123-31.
24. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*. 2009;34(3): 648-54.
25. Zhou Z, Zhou A, Zhao Y, Duan J, Chen P. A comparison of the assessment of health status between CCQ and CAT in a Chinese COPD clinical population: a cross-sectional analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018;13: 1675-82.
26. Polhan B, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K. The effects of education and inhaler skills program through line application on symptom control among asthmatic patient. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(3): 93-103. (in Thai)
27. To KW, Lee IF, Choi KC, Cheung YTY, Yu DS. An information-motivation-behavioural-based model and adherence to inhalation therapy and other health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*. 2020; 26(2): e12799. doi:10.1111/ijn.12799.

การศึกษาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

A Study on the Competency of Nurses Working at an Orthopedic Unit, Tertiary Hospitals

อ้อมใจ บุญยิ่ง* อารีวรรณ อ่วมตานี

Aomjai Boonying* Areewan Oumtanee

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ 3 คน 2) พยาบาลออร์โธปิดิกส์ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน 3) พยาบาลออร์โธปิดิกส์ระดับปฏิบัติการ 6 คน 4) อาจารย์พยาบาลด้านออร์โธปิดิกส์ทางคลินิก 3 คนและ 5) พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 3 คน วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย การเก็บข้อมูล 3 รอบ คือ 1) การสัมภาษณ์เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วย 6 ด้าน และแต่ละด้านมีสมรรถนะย่อยอะไรบ้าง 2) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา และสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ แต่ละด้าน และ 3) นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จัดทำเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นเพื่อสรุปผลสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) การปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 54 ข้อ 2) การให้ข้อมูลและคำปรึกษาทางคลินิก ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 12 ข้อ 3) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 20 ข้อ 4) การจัดการความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 16 ข้อ 5) การสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 16 ข้อและ 6) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 12 ข้อ

คำสำคัญ : สมรรถนะพยาบาล ,พยาบาลออร์โธปิดิกส์, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Abstract

The purpose of this study was to explore a creating the competency of nurses working at an orthopedic unit tertiary hospitals. The Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) technique was used in this study. Participants were 20 orthopedic experts, including 3 physicians, 4 nursing administrators, 4 registry nurses instructors, and 3 advance practice nurses. The EDFR Technique consisted of 3 steps. Step 1:

Corresponding Author: *Email: Bum_aomjai@hotmail.com

วันที่รับ (received) 27 ส.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ธ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ธ.ค. 2564

Experts were asked about the major components of competency and sub-components of nurses working at an orthopedic unit, tertiary hospitals. Step 2: Data from step 1 were analyzed using content analysis. Then, the rating scale questionnaire on sub-elements in each item were created. All items in the questionnaire were rated by all experts. Step 3: Data were analyzed using median and interquartile range. Then, the questionnaire with the median and interquartile range of each item was sent to the same experts for their confirmation. Data were analyzed again using median and interquartile range to summarize a creating the competency of nurses working at an orthopedic unit, tertiary hospitals.

The competency of nurses working at an orthopedic unit, tertiary hospitals were classified in to 6 components: 1) Orthopedic nursing consisting of 54 sub - components. 2) Providing information and counseling consisting of 12 sub - components. 3) Using orthopedic equipment and appliance consisting of 20 sub - components 4) Risk management consisting of 16 sub - component. 5) Communication and using information technology consisting of 16 sub - component. 6) Quality improvement consisting of 12 sub - components

Keywords: competency, orthopedic nurset, tertiary hospital

บทนำ

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าใน พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนเป็น 570 ล้านคน โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคข้อและเข่าเสื่อม 1,700 และ 2,693 คนต่อประชากร 100,000 คน¹ อีกทั้งประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่าผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ประเภทผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศมีจำนวน 863,981 914,044 และ 898,002 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.21, 4.27 และ 4.29 ตามลำดับ² ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากเป็นสถานบริการทางสุขภาพที่มีหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งมีความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง วิกฤตและต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ ทักษะและความสามารถเฉพาะทางโดยให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบและที่ได้รับการส่งต่อมาเพื่อรับการรักษา³ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน การกำหนดสมรรถนะของพยาบาลแต่ละหน่วยงาน จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาพยาบาลทั้งด้านความรู้ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการกำหนดสมรรถนะต้องมีการวิเคราะห์งาน บทบาท กิจกรรมที่บุคคลที่อยู่ในตำแหน่งนั้นต้องปฏิบัติ³ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์จึงต้องมีสมรรถนะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ที่สามารถพัฒนาไปสู่ความเชี่ยวชาญให้การดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งพยาบาลทุกระดับควรมีคุณสมบัติและสมรรถนะที่เหมาะสม ซึ่งองค์การพยาบาล ต้องมีการกำหนดความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะตำแหน่ง ความชำนาญของบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อแสดงศักยภาพโดยรวมของบุคลากรที่สอดคล้องกับตำแหน่งและลักษณะการให้บริการการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หน่วยงานเฉพาะทาง ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ เช่น หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งองค์การพยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ให้เป็นบุคลากรที่เหมาะสมกับงาน มีการควบคุมกำกับ และการประเมินผลงานของบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบในการพัฒนาความรู้ความสามารถที่ทันสมัย เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารบุคลากร⁴⁻⁵

ในปัจจุบันหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ใช้การกำหนดสมรรถนะของพยาบาลออร์โธปิดิกส์⁶ ที่กำหนดไว้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งประกอบด้วย 1) การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 2) การจัดการความเสี่ยง 3) การประสานงาน 4) การสื่อสาร และ 5) การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทาง ออร์โธปิดิกส์ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะการทำงานของพยาบาลออร์โธปิดิกส์ในปัจจุบันพบว่าลักษณะการทำงานมีการเปลี่ยนแปลงไปจากรายการสมรรถนะเดิมที่ใช้มามากกว่า 16 ปี เช่น มีการนำการพัฒนางาน

ประจำสำนักงานวิจัย การนำระบบดิจิทัลและโซเชี่ยลมีเดียมาใช้ในการทำงานและการพัฒนาคุณภาพการบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการกำหนดยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2560-2564 เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี⁷ ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาล ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้ตรงตามสาขาความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสู่ความเป็นเลิศ

ดังนั้นสมรรถนะที่มีอยู่เดิมจึงมีข้อจำกัดไม่ครอบคลุมงานที่พยาบาลออโรโรติกส์รับผิดชอบอยู่ในปัจจุบัน จะเห็นได้ถึงความจำเป็นในการที่จะต้องกำหนดสมรรถนะพยาบาลออโรโรติกส์ขึ้น เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการพัฒนาศักยภาพตนเองและผู้บริหารทางการพยาบาล มีแนวทางในการส่งเสริมพยาบาลให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโรติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยออโรโรติกส์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงไปของระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโรติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลออโรโรติกส์ ได้แก่ 1) สมรรถนะพยาบาลออโรโรติกส์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ⁶ 2) แนวคิดสมรรถนะพยาบาลออโรโรติกส์⁸ 3) บทบาทพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.0⁹ 3) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั่วไป¹⁰ และ 4) สมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง¹¹ เพื่อคัดกรองรายการสมรรถนะย่อยไม่ให้กว้างล้นหน้าที่ของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง นำมาบูรณาการเป็นสมรรถนะพยาบาลออโรโรติกส์ เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยออโรโรติกส์ เพื่อให้ได้สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโรติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการพยาบาลออโรโรติกส์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลออโรโรติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 20 คน ได้แก่ 1) แพทย์เฉพาะทางออโรโรติกส์ 3 คน 2) พยาบาลออโรโรติกส์ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน 3) พยาบาลออโรโรติกส์ระดับปฏิบัติการ 6 คน 4) อาจารย์พยาบาลด้านออโรโรติกส์ทางคลินิก 3 คนและ 5) พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลออโรโรติกส์ 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้เทคนิค EDFR ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโรติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโรติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีสมรรถนะด้านใดบ้างและควรประกอบด้วยรายการสมรรถนะย่อยอะไรบ้าง

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม EDFR รอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโรติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ละด้านที่ได้จากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ลักษณะข้อคำถามจะเป็นไปในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ท่านมีความเห็นว่าสมรรถนะนั้นมีความสำคัญมากที่สุด-สำคัญน้อยที่สุด พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และสามารถให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยแนบตารางแสดงสมรรถนะแต่ละด้านและรายละเอียดพฤติกรรมที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญไปพร้อมกับแบบสอบถามรอบที่ 2 ด้วย

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม EDFR รอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง

คำตอบของตนเองและผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด นำมาประกอบ การพิจารณายืนยันความเหมาะสมและทบทวนคำตอบของตนเอง ในเรื่องสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิว่าจะยืนยันคำตอบเดิมหรือ เปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ โดยมีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้ 1) นำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาคำนวณ หาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของข้อคำถามแต่ละข้อ 2) สรุป ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อนำมาพิจารณาความเหมาะสม ในการปรับข้อคำถามในแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญแต่ยังคงความหมายเหมือนเดิม รวมทั้งเพิ่มเติม ข้อคำถามตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะ 3) สร้างแบบสอบถาม จากข้อความเดิม แต่มีการปรับปรุงข้อคำถาม ลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเพิ่ม ตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่ง ที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ ผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่านได้ทบทวน ยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลง คำตอบของตนเองจากรอบที่ 2

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้เทคนิค การสรุปสาระในเนื้อหาระหว่างการสัมภาษณ์ และผู้เชี่ยวชาญ ปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถาม ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายๆ รอบ แต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ พิจารณาจากการที่ ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองเมื่อตอบแบบสอบถาม ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 หากเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 สามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ ถือได้ว่าแบบสอบถาม มีความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้¹²

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2562 เลขที่โครงการ 152.1/62 ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจง ข้อมูลสำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญมีสิทธิถอนตัวออกจาก โครงการวิจัยนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และการตอบแบบ สัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่ระบุชื่อของผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัยซึ่งทั้งแบบที่ใช้บันทึกเสียงและแบบสัมภาษณ์ จะถูกทำลายทิ้งทันที เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย โดยผลการ

วิจัยที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ มี 3 รอบ ในรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์และทำการบันทึก ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คนให้สัมภาษณ์ ร่วมกับการเขียนแสดงความคิดเห็น 2 คนให้สัมภาษณ์ทาง โทรศัพท์ และ 3 คนตอบโดยการเขียนแสดงความคิดเห็น โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะได้รับการสัมภาษณ์จำนวนครั้ง และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ไม่เท่ากัน เพื่อให้ได้รายละเอียด พฤติกรรมที่ครอบคลุมและชัดเจนและนำมาพัฒนาเป็นคู่มือ ประกอบสมรรถนะ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 42 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที - 1 ชั่วโมง รวม ระยะเวลา 242 วัน ในรอบที่ 2 ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถาม ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และนำส่งด้วยตนเอง ได้รับ แบบสอบถามกลับคืน 18 ฉบับ ไม่ได้รับการตอบกลับจาก ผู้เชี่ยวชาญ 2 ฉบับ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ไม่สามารถ เข้าร่วมวิจัยต่อได้ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 36 วัน และใน รอบที่ 3 ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และนำส่งด้วยตนเองและได้รับคืนจำนวน 18 ฉบับ รวมระยะ เวลา 10 วัน รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งสิ้น 288 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 ข้อมูลและเนื้อหาที่ รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์นำมาถอดเทป วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวน วรรณกรรม และนำมาจัดกลุ่ม (Category) เพื่อให้ได้สมรรถนะ ตามหน้าที่ของพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 ด้าน จำนวน 130 ข้อ ดังนี้ 1) การปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 54 ข้อ 2) การให้ ข้อมูลและคำปรึกษาทางคลินิก 12 ข้อ 3) การใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ 20 ข้อ 4) การจัดการความเสี่ยง ทางออร์โธปิดิกส์ 16 ข้อ 5) การสื่อสารและใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ 16 ข้อ และ 6) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 12 ข้อ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จาก แบบสอบถามรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR)

และคำตอบมีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็น
เกณฑ์ที่ยอมรับได้¹² จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่า
สมรรถนะย่อยทุกข้อมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึง
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสมรรถนะตามหน้าที่ของพยาบาล
ออร์โธปิดิกส์ทุกข้อมีความสำคัญระดับมากที่สุด ค่าพิสัย
ระหว่างควอไทล์ของทุกข้อมีค่าไม่เกิน 1.50 แสดงว่า
ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อสมรรถนะของพยาบาล
ออร์โธปิดิกส์ทุกข้อมีความสอดคล้องกัน และมีการเปลี่ยนแปลง
คำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 8.67 ผู้วิจัยจึงยุติการส่ง
แบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนข้อสมรรถนะย่อย ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
ของสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
Vol. 24 No.2 May - August 2023

ตารางที่ 1 จำนวนข้อสมรรถนะย่อย ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญของสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ต่อ)

สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ	จำนวนข้อ สมรรถนะย่อย	MD	IR	ระดับความสำคัญ
4. ด้านการจัดการความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์				
4.1 การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์	4	4.65	0.88	มากที่สุด
4.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์	4	4.65	0.88 - 0.89	มากที่สุด
4.3 การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมให้มีความสะดวกและปลอดภัย	4	4.63 - 4.71	0.38 - 0.96	มากที่สุด
4.4 การกำหนดมาตรการควบคุมและตัวชี้วัดความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์	4	4.68	0.32	มากที่สุด
5. ด้านการสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ				
5.1 การติดต่อสื่อสารในการประสานงานความร่วมมือ	4	4.68	0.32	มากที่สุด
5.2 การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน	4	4.68 - 4.71	0.32 - 0.38	มากที่สุด
5.3 การใช้เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์	4	4.70	0.29 - 0.30	มากที่สุด
5.4 การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	4	4.70	0.29	มากที่สุด
6. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล				
6.1 การสอน ชี้แนะและเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง	4	4.68	0.32	มากที่สุด
6.2 การประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	4	4.63 - 4.68	0.32 - 0.96	มากที่สุด
6.3 การพัฒนานวัตกรรม แนวทางการพยาบาล และระบบการดูแลผู้ป่วย	4	4.65 - 4.68	0.32 - 0.88	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ มีความสำคัญมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 6 ด้าน ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ครอบคลุม การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา การทำหัตถการ ก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีโรคเรื้อรังร่วม และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (MD = 4.68 - 4.72, IR = 0.23 - 0.32) 2) การจัดการความปวด (MD = 4.65 - 4.68, IR = 0.32 - 0.88) 3) การดูแลและส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสมรรถภาพ (MD = 4.65 - 4.68, IR = 0.32 - 0.88) และ 4) การจัดท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (MD = 4.68, IR = 0.32) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ มีความสำคัญมากที่สุด

2. การให้ข้อมูลและคำปรึกษาทางคลินิก ประกอบด้วย 3 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (MD = 4.68, IR = 0.32) 2) การเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสุขภาพ (MD = 4.68, IR = 0.32) 3) การสอนและฝึกทักษะผู้ป่วยและครอบครัว (MD = 4.68, IR = 0.32) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษาทางคลินิก มีความสำคัญมากที่สุด

3. การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การเตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ในการทำหัตถการทางออร์โธปิดิกส์ (MD = 4.72, IR = 0.23) 2) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ (MD = 4.63 - 4.72, IR = 0.23 - 0.94) 3) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์ (MD = 4.65, IR = 0.88) 4) การบำรุงรักษาเครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์และกายอุปกรณ์เสริม/กายอุปกรณ์เทียม (MD = 4.65 - 4.68, IR = 0.32 - 0.88) 5) การเป็นโค้ช (Coaching) ในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์ (MD = 4.65, IR = 0.88 - 0.89) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สมรรถนะพยาบาลที่

ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ มีความสำคัญมากที่สุด

4. การจัดการความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ (MD = 4.65, IR = 0.88) 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ (MD = 4.65, IR = 0.88 - 0.89) 3) การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมให้มีความสะดวกและปลอดภัย (MD = 4.63 - 4.71, IR = 0.38 - 0.96) 4) การกำหนดมาตรการควบคุมและตัวชี้วัดความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์ (MD = 4.68, IR = 0.32) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน ว่าสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการจัดการความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์ มีความสำคัญมากที่สุด

5. การสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การติดต่อสื่อสารในการประสานงานความร่วมมือ (MD = 4.68, IR = 0.32) 2) การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน (MD = 4.68 - 4.71, IR = 0.32 - 0.38) 3) การใช้เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ (MD = 4.70, IR = 0.29 - 0.30) 4) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (MD = 4.70, IR = 0.29) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน ว่าสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีความสำคัญมากที่สุด

6. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 3 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การสอน ชี้แนะและเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง (MD = 4.68, IR = 0.32) 2) การประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (MD = 4.63 - 4.68, IR = 0.32 - 0.96) 3) การพัฒนาวัฒนธรรม แนวทางการพยาบาล และระบบการดูแลผู้ป่วย (MD = 4.65 - 4.68, IR = 0.32 - 0.88) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน ว่าสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีความสำคัญมากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ ทั้ง 20 คน ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกันว่าสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 6 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย 1) การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ครอบคลุม การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลด้านการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการทำหัตถการ ก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัด ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีโรคเรื้อรัง และการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล รวมมีสมรรถนะย่อย 41 ข้อ 2) การจัดการความปวด มีสมรรถนะย่อย 5 ข้อ 3) การดูแลและส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และ 4) การจัดทำและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้และทักษะในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และสามารถตรวจความผิดปกติเบื้องต้นทางออร์โธปิดิกส์ มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา กลไกการออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษทางออร์โธปิดิกส์มาแปลผลและคาดการณ์ปัญหาได้ รวมทั้งการวิเคราะห์ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในปัจจุบันและในอดีต และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทุกคนต้องปฏิบัติ¹³

2. การให้ข้อมูลและคำปรึกษาทางคลินิก ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 2) การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และ 3) การเป็น

ที่ปรึกษาให้กับทีมสุขภาพ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องสามารถอธิบาย พยาธิสภาพ สรีรวิทยา อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรค ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการผิดปกติ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวในระหว่างการรักษา และควรมีการสนับสนุนและชี้แนะ ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพ และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว^{8,14}

3. การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย 1) การเตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ในการทำหัตถการทางออร์โธปิดิกส์ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 2) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ อุปกรณ์และเครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 3) การบำรุงรักษาเครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์และกายอุปกรณ์เสริม/กายอุปกรณ์เทียมมีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 4) การเป็นโค้ช (Coaching) ในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า สมรรถนะด้านการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ มีระดับความสำคัญมากที่สุด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องสามารถเตรียม อุปกรณ์และช่วยแพทย์ในการทำหัตถการทางออร์โธปิดิกส์ ตรวจสอบความพร้อมใช้และใช้งาน รวมทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยและให้คำแนะนำการใช้เครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์และกายอุปกรณ์เสริม/กายอุปกรณ์เทียมให้กับบุคลากรต่างๆ ได้⁸

4. การจัดการความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทาง ออร์โธปิดิกส์ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 3) การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมให้มีความสะดวกและปลอดภัยมีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และ 4) การกำหนดมาตรการควบคุมและตัวชี้วัดความเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญระดับมากที่สุด โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องสามารถประเมิน เฝ้าระวังและให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน และจัดการกับความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ที่ซับซ้อนขึ้น รวมทั้งรายงานและปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการ ความเสี่ยงได้ถูกต้อง เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของ

อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น บริหารจัดการสภาพแวดล้อมให้มีความสะดวกและความปลอดภัย ซึ่งพยาบาลออร์โธปิดิกส์ต้องสามารถป้องกัน ประเมินและจัดการความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์⁸ อีกทั้งยังสอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินในระหว่างการดูแล ต่อเนื่องที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการ อาการแสดงเป็นระยะตามแนวทางเพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย¹³ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นบุคลากรที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีหน้าที่ในการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนการพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)

5. การสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย 1) การติดต่อสื่อสารในการประสานงานความร่วมมือ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 2) การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 3) การใช้เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และ 4) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญระดับมากที่สุด โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องสามารถติดต่อ สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางออร์โธปิดิกส์และการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้เครือข่ายสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้นข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์วางแผน พัฒนาระบบบริการพยาบาล และรายงานผลลัพธ์ทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ได้ และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและองค์กร พัฒนา แอปพลิเคชันใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ พัฒนา หรือจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ได้ (Data-based for Orthopedic Nurses) และพัฒนาแนวทาง/แนวปฏิบัติในการใช้เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในการติดต่อสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุนและ/หรือพัฒนา e-learning หรือ tele-nursing มาใช้ในการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในการสืบค้นข้อมูล¹⁵ รวมทั้งติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดทำและพัฒนาระบบสารสนเทศในหน่วยงาน อีกทั้งพยาบาล

ยังสามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ในการค้นหาข้อมูล การแลกเปลี่ยนความรู้ นำเสนอผลงานของตนเอง การส่งเสริมภาวะสุขภาพ การให้ความรู้สำหรับประชาชน และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการพัฒนาตนเองของพยาบาลและวิชาชีพทางการพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

6. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย
1) การสอน ชี้นำและเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงมีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 2) การประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 3) การพัฒนานวัตกรรมแนวทางการพยาบาล และระบบการดูแลผู้ป่วย มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญระดับมากที่สุด โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโธดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องสามารถสอน ชี้นำและเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง ให้กับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่าให้สามารถดูแลผู้ป่วยออโรโธดิกส์ได้ นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์ สังเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยออโรโธดิกส์ และจัดทำนวัตกรรม/แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ระบบการดูแลผู้ป่วยออโรโธดิกส์ ใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลออโรโธดิกส์ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.09 ที่กำหนดให้พยาบาลต้องมีการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2560-2564¹⁶ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ในการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย/พัฒนานวัตกรรม การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ด้านการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อยกระดับขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายองค์กรพยาบาล ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำวิจัยจากการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพงานทางการพยาบาล และควรดำเนินการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรทางการพยาบาล ให้คำปรึกษา สร้างบรรยากาศทางวิชาการ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้มีการทำวิจัย เช่น สนับสนุนให้นักวิจัยได้นำเสนอผลงานให้เป็นที่ยอมรับแก่วงการวิชาการ¹⁷ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนการพัฒนาพยาบาลและแผนการฝึกอบรมให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโธดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น จัดการอบรม ในหัวข้อเรื่องการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางออโรโธดิกส์ การจัดการความเสี่ยงทาง ออโรโธดิกส์ และการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น

2. สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางออโรโธดิกส์ให้มีความครอบคลุมสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโธดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการนำสมรรถนะทั้ง 6 ด้านไปจัดการเรียนการสอนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางออโรโธดิกส์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโธดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

References

1. World Health Organization. Musculoskeletal conditions: Key facts. 2020.
2. National Statistical Office. Number of inpatients (Universal health insurance and welfare medical treatment for civil servants and their families) including all diagnoses classified by gender and Diseases/groups of 298 diseases according to the 10th edition of the International Classification of Diseases. Throughout the Kingdom 2016 - 2020. 2021. (in Thai)
3. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health. Criteria for classification of service places under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health according to the Geographic Information System (Geographic Information System: GIS). 2016. (in Thai)

4. Vejyanon N. Competency Model and its application in Thai organizations. 3rd Edition, Bangkok: The Graphico Systems Co., Ltd. 2009. (in Thai)
5. Thippreecha D. Potential and competence in human resource management of Nurse. Bangkok: P.A. Living. 2005. (in Thai)
6. Yoosuk P. A Study of the Competency of Orthopedic Nurses, Tertiary Hospital. (Master thesis of Nursing Science). Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. (in Thai)
7. Nursing Division, Ministry of Public Health. Nursing Service Strategy at the national level, 2017 - 2021 according to the 20-year national strategic plan (in terms of public health). 2018. (in Thai)
8. Royal College of Nursing (RCN). A competency framework for orthopaedic and trauma practitioners. 2019. Nursing Division, Ministry of Public Health. Guidelines for develop Service system (Service plan). 2018. (In Thai)
9. Sakolsatayathorn P. The role of nurses in the age of Thailand 4.0. 2017. (in Thai)
10. Nursing Council. Core competencies of graduates with bachelor's and master's degrees. Ph.D. in Nursing Science Advanced Nursing Training Course Certificate/Approval letter demonstrating specialized knowledge and expertise in nursing and Midwifery and nursing specializing in nursing science. 2018. (in Thai)
11. Nursing Council. Competencies and issuance of certificates certifying specific knowledge and expertise of the Advanced Practice Nurse. Bangkok: Siri Yot Printing. 2010. (in Thai)
12. Linstone, H. A., and Turoff, M. The Delphi method, techniques, and application. Massachusetta: Addison-Wesky Publishing.1975.
13. Office of Nursing. Responsibilities and Competency of Registered Nurses. 2005. (in Thai)
14. Mary D. The experiences of orthopaedic and trauma nurses who have cared for adults with a learning disability. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. 2016; (22):13-33.
15. Wongthongmana N. Social media with nurses in the digital social era, Nurse Journal Thai Red Cross Society. 2019; 12(1); 13-22. (in Thai)
16. Nursing Division, Ministry of Public Health Guidelines for succession planning. Position in the field of professional nursing according to the principles of good governance. 2017. (In Thai)
17. Onsri P. Guidelines for developing research potential in the nursing profession in Thailand 4.0 era. Royal Thai Army Nurse Journal. 2018; 19(1):24-9. (in Thai)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

Related Factors in Preparing for an Aging Society of Adults in Nakhon Si Thammarat

วรรณิสา กิมภู นัยนา หนูนิล รักษาภรณ์ จันทสุวรรณ*

Wannisa Kimpu Naiyana Noonil Rachadaporn Jantasuwana*

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80161

School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80161

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ใหญ่มีอายุ 35-59 ปี จำนวน 440 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพตาม (3อ2ส) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (3อ2ส) แบบสอบถามทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย แรงสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า 0.97 และหาค่าความเที่ยง 0.95, 0.82 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส สถานภาพทางการเงิน ระดับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ (3อ2ส) ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่รวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย (3อ2ส) มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่รวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

คำสำคัญ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, สังคมสูงวัย, การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย, ประชากรก่อนสูงวัย, ผู้ใหญ่

Abstract

This descriptive cross-sectional study investigates variables associated with adults' preparation to enter an aging society. The sample of adults aged 35-59 years, A total of 440 people. Data is collected through personal information, health behavior (3E 2S), knowledge and understanding of health (3E 2S) according to a standard questionnaire of the Division of Health Education, Ministry of Public Health. A questionnaire on attitudes toward the preparation to enter an aging society, social support, and the preparation to enter an aging society with a CVI value of 0.97. The reliability values were 0.95, 0.82, and 0.95, respectively, to indicate the reliability of the questionnaire. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were all used in the data analysis. The Fisher's or Chi-square test was used to examine the correlation. According to the study, there is a statistically significant correlation between their marital status, financial status, educational level, health

*Corresponding author: E-mail: rachadaporn.wu@gmail.com; rachadaporn.jn@wu.ac.th

วันที่รับ (received) 23 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 เม.ย. 2566

behaviors (3E 2S), attitudes toward the preparation to enter an aging society, social support and the preparation to enter an aging society of adults ($p < .01$). Moreover, knowledge and understanding of health (3E 2S) significantly correlate with the preparation to enter an aging society of adults at $p < .05$.

Keyword: Related factors, Aging society, The preparation to enter an aging society, Pre-aging, Adults

บทนำ

ประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 35-59 ปี) เป็นวัยการสร้างความสำเร็จ มีความพร้อมด้านสังคม เศรษฐกิจ ปรับตัวได้ดี มีแรงจูงใจ รู้จักใช้ปัญญา คิดอย่างมีเหตุผล มีความรับผิดชอบ มีจุดมุ่งหมาย เมื่อสำเร็จเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเป็นวัยที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงเต็มที่¹ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของวัยผู้ใหญ่เพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่ค่อยให้ความสนใจ และละเลยในเรื่องการดูแลสุขภาพ^{2,3} ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการไม่ดี ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยน้อยกว่าคนที่มีความรู้โภชนาการดี⁴ 2) ด้านจิตใจ ยังปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ รู้สึกว่าเหว อ้าว้าง ไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง⁵ ทำให้เป็นผู้สูงวัยที่มีความเครียด มีปัญหาสุขภาพจิต⁴ 3) ด้านจิตวิญญาณ หากวัยผู้ใหญ่สามารถปรับตัวได้ดี จะมีความพอใจในชีวิต ตระหนักรู้ มีความคิดสร้างสรรค์ หากไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้เป็นผู้สูงวัยที่ไม่มีความมั่นคงทางจิตใจ มองตัวเองไม่มีคุณค่า⁶ และ 4) ด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม คนที่มีเงินเดือนมาก มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงวัยดีกว่าคนที่ไม่มีเงินเดือนน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ คนที่มีรายได้ไม่แน่นอนและไม่พอเพียง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต เมื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย⁷ และประชากรที่ไม่มีหนี้สิน มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยดีกว่าประชากรที่มีหนี้สิน⁴ นอกจากนี้ ประชากรที่มีระดับการศึกษาสูง มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยได้ดีกว่าประชากรที่มีระดับการศึกษาต่ำ¹

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (3อ2ส) มีความสำคัญต่อความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัย ดังนี้ 1) การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ ผู้ที่มีภาวะโภชนาการที่ดี ได้รับอาหารที่มีคุณภาพและเพียงพอ มีความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงกว่าคนที่มีความรู้โภชนาการไม่ดี⁴ 2) การออกกำลังกาย คนที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงกว่าคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย⁴ 3) การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพจิตและการมีสุขภาพ

จิตดี เห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ 4) การตรวจร่างกายประจำปี คนที่ตรวจร่างกายทุกปีจะมีการเตรียมตัวเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงกว่าคนที่ไม่ตรวจร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ ความรู้ความเข้าใจสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย (3อ2ส) พบว่าคนที่มีความรู้มาก มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยได้ดีกว่าคนที่มีความรู้⁹

ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย พบว่าผู้สูงวัยที่มีทัศนคติที่ดี มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยดีกว่าผู้สูงวัยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีคู่สมรส เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน จะสามารถให้ความช่วยเหลือ แบ่งปันข้อมูล ประสบการณ์ ร่วมกันคิดวางแผน ส่งผลให้การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม⁷ ประชากรก่อนสูงวัยมีจำนวนมากในปัจจุบัน กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยในอนาคต โดยปัจจุบันมีผู้สูงวัยทั่วโลก 7,713 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.80 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.60 และ 38.20 ในปี ค.ศ. 2030 และ 2050 ตามลำดับ⁹ ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทย มีผู้สูงวัยร้อยละ 20¹⁰ ซึ่งจัดอยู่ในสังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completely Aging Society) และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในปี พ.ศ. 2574⁹ ภาคใต้มีประชากรสูงวัยและก่อนสูงวัย ร้อยละ 14.56 และ 12.6 ตามลำดับ ซึ่งสูงเป็นลำดับที่ 4 ของประเทศ ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรก่อนสูงวัยและสูงวัยร้อยละ 17.01 และ 30.00 ตามลำดับ¹⁰ ซึ่งสูงที่สุดในภาคใต้

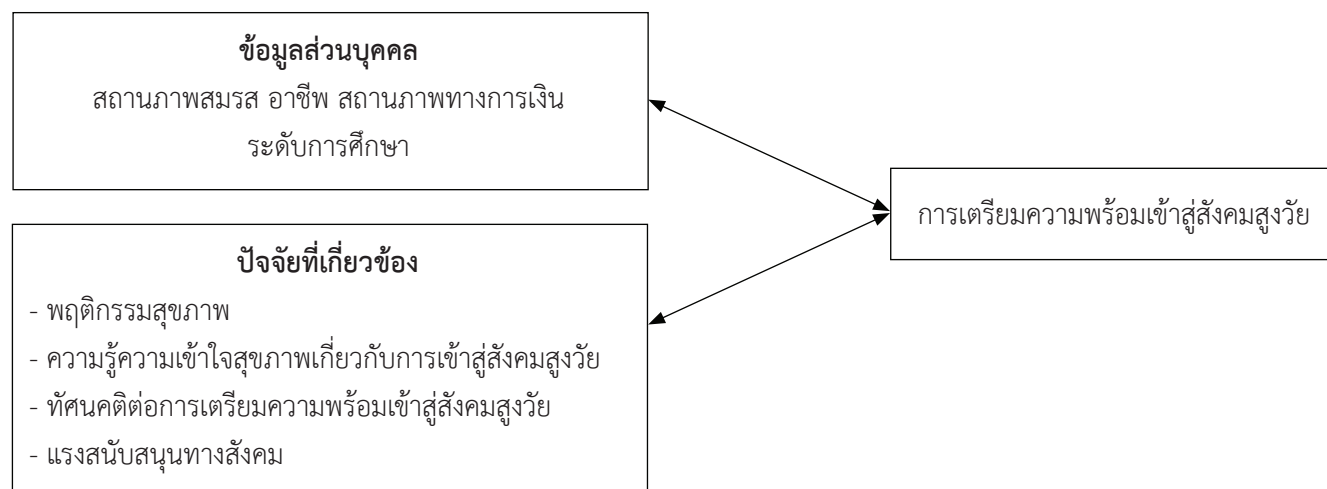
อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยน้อย และส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มอายุ 40-55 ปี 45-59 ปี และ 50-59 ปี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าว ในกลุ่มประชากรก่อนสูงวัย คือ วัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลาย อายุ 35-59 ปี โดยเลือกพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนของประชากรก่อนสูงวัยและสูงวัยมากที่สุดในภาคใต้ โดยศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผนการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-Sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 402,777 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) คือ 1) เลือกกลุ่มตัวอย่างในระดับอำเภอและตำบล ด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ของจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ พื้นที่เขา พื้นที่ป่า พื้นที่นา พื้นที่ไร่ พื้นที่พรุ และพื้นที่เมือง จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อเลือกอำเภอในแต่ละพื้นที่ และสุ่มอำเภอละ 1 ตำบล 2) เลือกกลุ่มตัวอย่างระดับบุคคล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงใน

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางการเงิน ระดับการศึกษา) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (3อ2ส) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย (3อ2ส) ทักษะต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่

แต่ละตำบล คำนวณโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน¹¹ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 440 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ลักษณะของครอบครัว การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม (3อ2ส) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จัดการกับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และ

ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็น
มาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติ
ต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติ
ทุกวัน ให้ 5 คะแนน รวม 30 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ
คือ < 18 คะแนน (ไม่ดี) 18-23 คะแนน (พอใช้) และ 24-30
คะแนน (ดีมาก)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
(3อ2ส) ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย
ข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเสี่ยงในการรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย จัดการกับอารมณ์ ความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่
และดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 6 ข้อ โดย ให้เลือกข้อที่ถูกต้องมาก
ที่สุด ตอบผิดให้ = 0 คะแนน ตอบถูกให้ = 1 คะแนน รวม 6
คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ < 3.6 คะแนน (น้อย) 3.6-4.7
คะแนน (ปานกลาง) และ 4.8-6 คะแนน (มาก)

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่
สังคมสูงวัย พัฒนาโดยของวชากร นพนรินทร์¹² เป็นข้อคำถาม
เกี่ยวกับทัศนคติต่อผู้สูงวัยเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ ลักษณะ
ของแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า
3 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน)
และเห็นด้วย (3 คะแนน) รวม 48 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ
ได้แก่ ระดับน้อย (16.00-26.67) ระดับปานกลาง (26.68-37.34)
และระดับมาก (37.35-48)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม¹²
เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว
เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน การรับข้อมูลข่าวสาร และด้าน
ทรัพยากร มีข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ เชิงลบ 2 ข้อ แบบสอบถาม
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ได้รับ (1)
ได้รับบางครั้ง (2) ได้รับทุกครั้ง (3) ข้อคำถามเชิงลบ ปรับคะแนน
ให้อยู่ในทิศทางเดียวกับเชิงบวกก่อน แปลผลคะแนนรวมเป็น
3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (15.00 -25.00) ระดับปานกลาง
(25.01-35.00) และระดับมาก (35.01-45.00)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย⁶
ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่
สังคมสูงวัย จำนวน 55 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย
17 ข้อ 2) ด้านจิตใจ 16 ข้อ 3) ด้านจิตวิญญาณ 10 ข้อ และ 4)
ด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม 12 ข้อ แบบสอบถาม
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ
สม่ำเสมอ (5) ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย (4) ปฏิบัติเป็นครั้งคราว (3)
ปฏิบัติไม่ค่อย (2) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1) ข้อคำถามเชิงลบ

ปรับคะแนนให้อยู่ในทิศทางเดียวกับเชิงบวกก่อน และแปลผล
ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย $\leq$ (น้อย) 137.5-192.50 (ปานกลาง)
192.51-247.50 (มาก) และ 247.51-275.00 (มากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถาม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียม
ความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบสอบถามมาตรฐานของกองสุศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 หาค่าความเที่ยง (Reliability)
ได้ 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ ส่วนที่ 4 และ 5 ผู้วิจัยปรับ
จากแบบสอบถามของวชากร นพนรินทร์¹² ซึ่งเก็บข้อมูล
ในผู้สูงวัยจำนวน 250 คน สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 6
ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามของประกาย วิโรจน์กุลและคณะ⁶
และหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index)
โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI 0.97 และหาค่า
ความเที่ยงของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha
Coefficient) 0.95, 0.82 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเลขที่
เอกสารรับรอง WUEC -22-107-01 ลงวันที่ 4 เมษายน 2565
ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และแจ้งกลุ่มตัวอย่าง
ว่าท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้
จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ และใช้รหัสแทนข้อมูล
การเก็บรักษาและทำลายข้อมูลวิจัยโดยการเก็บข้อมูลไว้ใน
คอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล
ได้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย 3 ปี
และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ผ่าน google form
ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกดยินยอม
ด้วยความสมัครใจใน google form ก่อนทำแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจาก สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ถึง สาธารณสุขอำเภอ นายยกองค์การบริหารส่วนตำบล และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่เป้าหมาย

2) ประสานงานกับพยาบาล ใน รพ.สต. พื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอรายชื่อบ้านเลขที่ ผู้ที่มีอายุ 35-59 ปี และสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนเพศหญิงและชายตามจำนวนที่กำหนด หากไม่สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างใหม่

3) เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เข้าใจตรงกันและ ทำแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน

4) เก็บข้อมูลวิจัยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตามเกณฑ์ การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

5) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จาก google form และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.80 และร้อยละ 48.20 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่ง อยู่ในกลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 50.50) ส่วนใหญ่มีสภาพสมรส อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 79.50) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 27 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 22.50 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 21.10 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 40.70 รองลงมาเป็นรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25 โดย 1 ใน 5 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 20.70) มีรายได้เฉลี่ย 12,599.34 (SD = 6868.86) ประมาณ 1 ใน 3 มีหนี้สิน (ร้อยละ 32.30) รองลงมามีรายได้ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 28.20 และมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 24.50 ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 76.10 เกือบทั้งหมดมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 94.30

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย รายด้านและรวมทุกด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 440)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ระดับความคิดเห็น		X ²	p-value
	น้อย/ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก/มากที่สุด (ร้อยละ)		
สถานภาพสมรส			2.06 ^a	0.02*
โสด	27(6.10)	22(5.00)		
คู่ อยู่ด้วยกัน	113(25.70)	237(53.90)		
คู่ แยกกันอยู่	3(0.70)	4(0.90)		
หม้าย/หย่าร้าง	6(1.40)	28(6.40)		

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ระดับความคิดเห็น		X ²	p-value
	น้อย/ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก/มากที่สุด (ร้อยละ)		
อาชีพ			2.17	0.09
เกษตรกรรม	72(16.40)	107(23.30)		
รับจ้างทั่วไป	35(8.00)	75(17.00)		
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	23 (5.20)	59(13.40)		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	13(3.00)	24(5.50)		
อื่นๆ	6(1.40)	26 (5.90)		
สถานภาพทางการเงิน			2.45	0.00**
มีหนี้สิน	62 (14.10)	80(18.20)		
ไม่เพียงพอ	43(9.80)	23(5.20)		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	37(8.40)	87(19.80)		
เพียงพอและเหลือเก็บ	7(1.60)	101(23.00)		
ระดับการศึกษา			3.68	0.00**
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5 (1.10)	2(0.50)		
ประถมศึกษา	45(10.20)	54(12.30)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	40(9.10)	79(18.00)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38(8.60)	55(12.50)		
อนุปริญญา/ปวส.	10(2.30)	38(8.60)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	11(2.50)	63(14.30)		
ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (3อ2ส)			20.25	0.00**
ไม่ดี	54(12.30)	59(13.40)		
พอใช้	82(18.60)	144(32.70)		
มาก	13(3.00)	88(20.00)		
ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย (3อ2ส)			3.68	0.02*
น้อย	74(16.80)	117(26.60)		
ปานกลาง	29(6.60)	93(21.10)		
มาก	46(10.50)	81(18.40)		
ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย			47.20 ^a	0.00**
ปานกลาง	11(2.50)	1(0.20)		
มาก	138(31.40)	290(65.90)		
แรงสนับสนุนทางสังคม			33.95	0.00**
น้อย	17(3.90)	2(0.50)		
ปานกลาง	119(27.00)	139(31.60)		
มาก	13(3.00)	150(34.10)		

** p-value <.01 * p-value <.05

^a Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรส สถานภาพทางการเงิน ระดับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ (3อ2ส) ทศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่รวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ สุขภาพเกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย (3อ2ส) มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่รวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของผู้ใหญ่ มีดังนี้

1) **สถานภาพสมรส** กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยรวมทุกด้าน ในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 53.90 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 2 เท่า (ร้อยละ 25.70) สอดคล้องกับการศึกษาของ⁷ เนื่องจากการมีคู่สมรสหรือคู่ชีวิตจะช่วยให้มีการวางแผน และกำหนดเป้าหมายในอนาคตได้ รวมถึงคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

2) **สถานภาพทางการเงิน** กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางการเงินเพียงพอไม่เหลือเก็บ มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย ในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 19.80 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 2 เท่า (ร้อยละ 8.40) และกลุ่มที่มีสถานภาพทางการเงินเพียงพอ และเหลือเก็บ มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย ในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 23 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 14 เท่า (ร้อยละ 1.60) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ^{7,8} เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพดี ทำให้คนที่มีรายได้เพียงพอมีความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่สังคมสูงวัยมากกว่าคนที่ไม่มีรายได้ไม่เพียงพอ⁸ และรายได้ที่ไม่แน่นอน และไม่พอเพียง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตเมื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย ต้องมีการวางแผนทางการเงิน เพื่อวางแผนช่วยเหลือตนเองด้านเศรษฐกิจในอนาคต⁷

3) **ระดับการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส. มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อม

พร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย ในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 8.60 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 5 เท่า (ร้อยละ 2.30) และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย ในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 14.30 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 6 เท่า (ร้อยละ 2.50)⁷ เนื่องจากคนที่มีระดับการศึกษาสูง จะเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย⁷

4) **พฤติกรรมสุขภาพ (3อ2ส)** กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ2ส) ในระดับมาก จะมีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย ในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 20 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 7 เท่า (ร้อยละ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ⁴ ที่พบว่าความแข็งแรงของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากคนที่มีร่างกายแข็งแรงจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่า ไม่เป็นภาระของลูกหลาน ส่งผลให้มีความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงกว่าคนที่มีสุขภาพไม่ดี เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ฮัน และคณะ¹³ ที่พบว่า การรับรู้การมีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากผู้สูงวัยที่รับรู้การมีสุขภาพดี ย่อมมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยดีกว่าผู้สูงวัยที่มีสุขภาพไม่ดี สำหรับด้านการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจาก ผู้สูงวัยที่มีภาวะโภชนาการที่ดี จะได้รับอาหารที่มีคุณภาพและเพียงพอ ซึ่งจะช่วยถนอมป้องกัน และชะลอความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ ทำให้มีความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสูงกว่าคนที่มีความโภชนาการไม่ดี⁴ สำหรับด้านการตรวจร่างกายประจำปี พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากคนที่มีการตรวจร่างกายประจำปีมีการใส่ใจสุขภาพ มีประสิทธิภาพในดูแลตัวเองเพื่อรู้ทันความผิดปกติก่อนเกิดโรค สามารถป้องกันและวางแผนการรักษาอย่างทันท่วงที⁸ และด้านการดูแลสุขภาพจิต พบว่าการมีสุขภาพจิตดี เห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นแนวคิดและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านบวกและด้านลบ บุคคลที่มีการยอมรับนับถือตนเองสูง จะรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีเกียรติ พอใจใน

ตนเอง เป็นที่พึ่งและเป็นที่พักพิงให้ลูกหลานได้ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีกว่าคนที่ไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง⁴

5) ทักษะต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย ในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 65.90 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 2 เท่า (ร้อยละ 31.40) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ⁸ เนื่องจากคนที่มีทัศนคติที่ดี มองโลกในแง่ดี มีสติ มีเหตุผล เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ปลุกดันไม้ จิตอาสาในชุมชน มีความรับผิดชอบเมื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย สามารถปรับตัวกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้ดีกว่าคนที่มีทัศนคติไม่ดี

6) ความรู้ความเข้าใจสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย (302ส) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 21.10 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 3 เท่า (ร้อยละ 6.60) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับมาก มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 18.40 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 2 เท่า (ร้อยละ 10.50) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ⁹ เนื่องจากคนที่มีความรู้มากสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายกว่าคนที่มีรู้น้อย

7) แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีระดับความคิดเห็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับมาก/มากที่สุด ร้อยละ 34.10 ซึ่งมากกว่าระดับน้อย/ปานกลาง ถึง 11 เท่า (ร้อยละ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ^{7,12,14} เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ การมีคู่สมรสหรือคู่ชีวิตเป็นเพื่อนคู่คิดคอยช่วยเหลือคอยให้กำลังใจ จะช่วยวางแผนและกำหนดเป้าหมายในอนาคตได้ถือเป็นแรงสนับสนุนทางบุคคลที่สำคัญ รวมไปถึงบุคคลรอบข้าง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน สามารถให้ความช่วยเหลือ แบ่งปันข้อมูล ประสบการณ์ ร่วมกันคิดหรือวางแผนการเตรียมตัวเข้าสู่สังคมสูงวัยได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

องค์กรวิชาชีพทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนวัยผู้ใหญ่เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัย

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยครั้งต่อไป

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน พยาบาลสามารถนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใหญ่วัยกลางและตอนปลายเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

References

1. Panjapol C. Preparation for The Old AGE: A Case Study from Office of The Permanent Secretary Ministry of Public Health (Central). Bangkok: Thammasat University; 2015. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation Of The Thai Elderly. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2020. (in Thai).
3. Meechana P., Khansakorn N., Silawan T., Raviworakul T. & Phijaisanit P. Readiness of Pre-aging Population for Quality Aging Society in Nongyasai subdistrict, Nongyasai district, Suphanburi Province. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2017; 11(1): 259-71. (in Thai).
4. Sinchaiwanichakul C. & Kespichayawattana J. Factors Related to Healthy Aging Among The Older Persons in Community-Dwelling of Bangkok Metropolitan. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(Supplement): 100-9. (in Thai).
5. Songvipphon K. & Punyalikhit R. Methods to Promote a Valuable Life to Active Aging with New Media. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2020. (in Thai).

6. Irojanakul P., Leesukol N., Kwanyuen R. & Kaewpan W. Self Preparation Towards Old Age of Middle Adults Living in Bangkok Metropolis. Bangkok: Mahidol University; 2017. (in Thai).
7. Sanguanchue A., Detboon P., Arsa R., Srithon P., Nuanthes S. & Kongman N. Factors Relating with the Preparation for Aging among Work-Force Age in Industrial Factory Areas Kabinburi District, Prachinburi Province. Journal of The Department of Medical Services. 2018; 43(4): 105-9. (in Thai).
8. Chaisombut D. & Yana B. Factors Related to The Preparation for Aging among Pre-aging Population. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2019; 29(3): 131-143. (in Thai).
9. World Health Organization. World Report on Aging and Health. Luxemburg: WHO Press; 2015.
10. National Statistical Office. Report on The 2017 Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: Statistical Forecasting Division National Statistical Office. 2018. (in Thai).
11. Yamane T. Statistic: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
12. Nopnarin W. Factors Influencing the Elderly Retirement Preparation Behavior in Muang District Phitsanulok Province. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai).
13. Han K., Lee Y., Gu J., Oh H., Han J. & Kim K. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. Health and Quality of life Outcomes. 2015; 13(1): 1-10.
14. Yansopon S. A Study of Health Behaviors of Pre-Aging Groups in Preparing for Entering an Aging Society of TH 2nd Health Zone. Department of Health Service Support Journal. 2021; 17(3): 56-68. (in Thai).

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม

The Model of Early Childhood Development Promotion with Family and Community Participations

ณัฐธิดา สร้อยเพชร^{*1} นภัทรธมณ น้อยหมอกุลเดช² ศรันย์ ปองนิมิตพร¹ กมลทิพย์ ใจมาคำ¹
Nutchta Soiphet^{*1} Napattamon Noimorkunladech² Sarun Pongnimitporn¹ Kamontip Chaimakham¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

¹Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand, 65000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ อุตรดิตถ์ ประเทศไทย 53000

²Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit, Thailand 53000

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ แกนนำชุมชน จำนวน 10 คน และผู้ดูแลหลักเด็กปฐมวัย จำนวน 34 คน เก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการระดมความคิดสร้างสรรค์จากครอบครัวและชุมชนของเด็กปฐมวัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการสังเกต 2) ประเด็นคำถามในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 3) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 4) รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 5) แบบวัดความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีน ค่าตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 6) แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีน ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างใช้ Paired samples t - test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย ชุดความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีน และคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีนก่อนและหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การส่งเสริมพัฒนาการ, ครอบครัวและชุมชน, เด็กปฐมวัย

Abstract

This action research aimed to develop a model for promoting early childhood development through family and community participations. The sample group consisted of 10 community leaders and 34 early childhood primary caregivers. The data were collected by using creative brainstorming techniques from family and community participations. The research tools included 1) the observation record form, 2) questions

Corresponding Author: *E-mail: nutchta.soi@psru.ac.th

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดย กองทุนพัฒนางานวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

วันที่รับ (received) 2 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 พ.ค. 2566

with the content validity index of 0.85 in the brainstorming creativity, 3) Early Childhood Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM), 4) the model of early childhood development promotion with family and community participations with content validity index of 0.96, 5) the knowledge questionnaire on early childhood development promotion and vaccination with content validity index of 0.95; the reliability value of 0.82, and 6) the behavior questionnaire with content validity index of 0.92; reliability value of 0.84. The statistical analyses used to analyze the data were percentage, mean, standard deviation, and comparison of the results of the sample group by using the paired samples t-test. It was found that the model for promoting early childhood development through family and community participations consisted of knowledge sets to promote early childhood development suitable for their ages and vaccine literacy. The mean scores of knowledge and child development promotion behaviors and vaccines before and after using the model were significantly different at the level of .05.

Keywords: participation, family and community, early childhood, development promotion

บทนำ

เด็กนับเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคมและประเทศ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กระบวนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่และวุฒิภาวะของอวัยวะระบบต่างๆ ทำให้สามารถทำในสิ่งที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กปฐมวัยเป็นเด็กที่มีช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี การอบรมเลี้ยงดูเด็กในวัยนี้จึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากวัยนี้ส่งผลให้เกิดพัฒนาการที่เป็นรากฐานของการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงบุคลิกภาพในอนาคต พัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์อย่างเป็นลำดับขั้นและต่อเนื่องสัมพันธ์ตามอายุของเด็กปฐมวัยและต้องมีการเลี้ยงดูที่ดีจึงจะส่งผลให้มีพัฒนาการสมวัย¹

จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ และมากกว่าร้อยละ 25 ของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว โดยปัญหาเกิดจากการศึกษาฐานะ และความรุนแรงในครอบครัว^{2,3} ซึ่งการพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าในเด็กจะส่งผลต่อการเรียนรู้และสติปัญญาและโอกาสในการพัฒนาเด็ก⁴ หากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะสามารถกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้⁵

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตรวจคัดกรอง

พัฒนาการเด็กปฐมวัย (อายุ 42 เดือน) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 21.5⁶ จากการที่บิดามารดามีเวลาในการดูแลเด็กลดลง เนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ส่วนใหญ่มีการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการและส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ได้ดีเท่าที่ควร⁷ และระดับการศึกษาของมารดาจะมีผลมากกว่าบิดา ในครอบครัวที่บิดามารดามีการศึกษาในระดับสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี อาชีพมีความมั่นคง มีรายได้ที่ดีส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ดังนั้นการศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว ภาวะวิกฤติในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพัฒนาการเด็ก โดยพบว่าเด็กที่มีบิดามารดามีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีรายได้พอเพียง ไม่เกิดภาวะวิกฤติในครอบครัว มีการเลี้ยงดูเด็กที่ดี มีอัตราของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็กที่มีลักษณะตรงกันข้าม⁸ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของเด็กอายุ 1-6 ปี พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดา สิ่งแวดล้อมที่บ้าน และในชุมชน การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก⁹ ดังนั้นการดูแลเด็กปฐมวัยของครอบครัวและชุมชนจึงมีความสำคัญมากต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เนื่องจากพัฒนาการของเด็กในช่วงนี้เป็นช่วงที่สำคัญในชีวิต เป็นช่วงที่สมองมีการเจริญเติบโตใกล้เคียงเทียบกับผู้ใหญ่ร้อยละ 90 ครอบครัวและชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กเพื่อให้

เด็กมีการเจริญเติบโตและการที่เป็นไปตามวัย

ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นชุมชนที่รับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (ตามนโยบายการพัฒนาชุมชน 1 ตำบล 1 คณะ 1 มหาวิทยาลัย) ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ได้เข้าร่วมกิจกรรมสำรวจพัฒนาการเด็กในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง พบว่า ในปี 2564 การเจริญเติบโตของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์ร้อยละ 81.5 (เป้าหมายร้อยละ 95) เด็กมีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 61.7 (เป้าหมายร้อยละ 90) ผลการคัดกรองและส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ส่งผลพัฒนาการล่าช้าของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนร้อยละ 7, 4, 5 และ 6 ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นในการกระตุ้นพัฒนาการด้วยการส่งเสริมให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามวัยที่เกิดจากความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ผลการใช้รูปแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างไร

สมมติฐาน

คะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการใช้รูปแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนนี้ ผู้วิจัยใช้การจัดเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนารูปแบบเพื่อเป็นนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน กล่าวคือเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชนร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม¹⁰ และทฤษฎีการระดมความคิดสร้างสรรค์¹¹

ประกอบด้วย การค้นหาข้อเท็จจริง การค้นพบปัญหา การค้นพบแนวคิด การค้นหาคำตอบและการยอมรับผลการค้นพบ สำหรับกรอบการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา การช่วยเหลือตนเองและสังคม² และชุดความรู้การพัฒนาการเด็ก เรื่อง “กิน กอด เล่น เล่า ฝึา ดู ฟัน” ของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹²

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการจัดเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์แกนนำชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบกับผู้ดูแลหลักเด็กปฐมวัยและประเมินผลรูปแบบด้วยวิธีการวัดความรู้และพฤติกรรม (pretest posttest design) ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ประชากร คือแกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง ครูผู้ดูแลเด็ก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้ 10 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ 1) มีประสบการณ์ในการทำงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย

2) เป็นผู้เกี่ยวข้องในกิจกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3) เข้าร่วมกิจกรรมได้เต็มเวลา 4) อายุระหว่าง 30-60 ปี
เกณฑ์คัดออกคือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เต็ม
เวลา 2) มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็น
และการสื่อสาร

ขั้นตอนที่ 2 ประชากร คือผู้ดูแลหลักเด็กปฐมวัย
ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง
ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 34 คน โดยการคำนวณจาก
โปรแกรม G*power¹³ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size)
เท่ากับ 0.50 ชนิดของการทดสอบทางสถิติที่ใช้ คือทดสอบที
(sample pair t-test) ค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 เกณฑ์คัดเข้า
คือ 1) มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลจอมทอง 2) เป็นผู้มีความ
สัมพันธ์ใกล้ชิดโดยตรงกับเด็กปฐมวัย 3) มีอำนาจตัดสินใจใน
การดูแลเด็กปฐมวัย 4) เข้าร่วมกิจกรรมได้เต็มเวลา เกณฑ์คัด
ออกคือ 1) ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เต็มเวลา
3) มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็น และการ
สื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ คือ
ประเด็นการอภิปรายในเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์ ประกอบ
ด้วย ปัญหาการพัฒนาเด็กไม่สมวัย การเฝ้าระวังและส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัย แนวทางการพัฒนาการเด็ก การส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้
คือรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวและชุมชน การเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน
ดังนี้ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
ลักษณะครอบครัว รายได้ และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก
ส่วนที่ 2) แบบวัดความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถูก
ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ย
มี 3 ระดับ¹⁴ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 80 ขึ้นไป มีความรู้ในระดับ
สูง คะแนนเฉลี่ย 60-79.99 มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 60 มีความรู้ในระดับต่ำ ส่วนที่ 3) แบบ
วัดพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 20 ข้อ
เป็นแบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00-1.66
หมายถึง มีพฤติกรรมระดับน้อย คะแนน 1.67-2.33 หมายถึง
มีพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลาง คะแนน 2.34-3.00 หมายถึง
มีพฤติกรรมอยู่ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำประเด็นการอภิปรายในเวทีระดม
ความคิดสร้างสรรค์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย
ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกระบวนการระดมความคิดสร้างสรรค์
จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสาขาการพยาบาลเด็ก
และวัยรุ่น จำนวน 2 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
เท่ากับ 0.93 และผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์พยาบาล
สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 คน ตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ
ชุมชน ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้และพฤติกรรมการ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้เท่ากับ 0.95 และ 0.89
ตามลำดับ การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดย
ใช้สูตร Kuder-Richardson (KR20) เท่ากับ 0.82 และวิเคราะห์
หาความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมโดยการหาสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัย
ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏพิบูลสงคราม PSRU-EC No.2021/061 วันที่รับรอง
16 มกราคม 2565 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการ
สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในการดำเนินการ
วิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนกระบวนการ
ทดลองทุกขั้นตอน โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆ กลุ่ม
ตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม การวิจัยครั้งนี้
ได้ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลา เมื่อกลุ่ม
ตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอน
การวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และชี้แจงให้กลุ่ม

ตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (sample pair t-test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล มี 2 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบเก็บข้อมูลเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์จากแกนนำชุมชนจำนวน 10 คน ด้วยแบบบันทึกข้อมูลและแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบ เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลัก จำนวน 34 คน ด้วยแบบวัดความรู้ แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติทดสอบค่าที (sample pair t-test)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ความรู้	จำนวน(คน)	M	SD	t-value	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	34	4.89	1.10	1.06	.34
หลังใช้รูปแบบ	34	7.69	1.46	3.46	.01*

*P<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีนของผู้ดูแลหลักหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ชุดความรู้ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีน ดังนี้ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัย ประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้ แผนการจัดการเรียนรู้ และกิจกรรมการฝึกทักษะ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย สำหรับการรู้เท่าทันวัคซีน ประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้ แผนการจัดการเรียนรู้ และกิจกรรมการฝึกทักษะรู้เท่าทันวัคซีนป้องกันโรคในเด็กปฐมวัย

ผลการทดลองใช้รูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้รูปแบบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.23 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 11.77 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.64 รองลงมาคืออายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.70 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 76.47 ครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 23.53 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.59 รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25 คุณสมบัติของผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น ปู่/ย่า/ตา/ยาย คิดเป็นร้อยละ 85.29 เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 14.71

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตามตารางที่ 1 และ 2) ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

พฤติกรรม	จำนวน(คน)	M	SD	t-value	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	34	7.64	0.96	1.70	.18
หลังใช้รูปแบบ	34	11.96	1.60	4.67	.02*

*P<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีนของผู้ดูแลหลักหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมจากเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์ ประกอบด้วย ชุดความรู้และกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีน เนื่องจากในปี 2565 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีเด็กปฐมวัยมีสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 4 หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการศึกษาและสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยร่วมกับอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนโดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการเด็กให้สมวัย ผู้วิจัยจึงได้จัดเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์ ผลที่ได้จากการระดมความคิดสร้างสรรค์ คือ การให้ความรู้และจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เข้าใจง่ายในเรื่องการพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้สมวัย ประกอบกับนโยบายการส่งเสริมพัฒนาการเด็กขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมทองมุ่งเน้นให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ซึ่งการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนนี้ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโขง อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ใช้กระบวนการ

6 ขั้นตอน 1) ศึกษาบริบท และวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย 3) กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ 4) นำแผนไปปฏิบัติ 5) ประเมินผล 6) วิเคราะห์ ถอดบทเรียน ซึ่งวิธีการศึกษาบริบทหรือการประเมินปัญหาเป็นส่วนหนึ่งในการเริ่มต้นพัฒนารูปแบบในการทำวิจัยการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก¹⁵ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่พบว่าการประเมินปัญหาของครอบครัวที่มีความครอบคลุมทั้งเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง ทำให้ทราบข้อมูลสภาพปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น กระบวนการสำคัญในการเริ่มดำเนินพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน¹⁶ และการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในการแก้ปัญหาและผลกระทบการเข้าถึงบริการในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 75 ครูผู้ดูแลเด็กทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้นำชุมชนขาดการบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในเรื่องการประสานงานและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ขาดความรู้ และทักษะในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การเข้าถึงในการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยน้อย ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการ การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ ในเรื่องส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับน้อย รูปแบบการพัฒนาการเด็กควรเป็นรูปแบบที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของคนในชุมชน การส่งเสริมพัฒนาการเด็กควรมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และมีสื่อความรู้ในการประเมินและส่งเสริม

พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เข้าถึงได้ง่าย¹⁷ สำหรับการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม อภิปรายผลการวิจัยดังนี้ การเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบของผู้ดูแลหลัก พบว่าความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัยและการรู้เท่าทันวัคซีนมีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลหลักเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดในรูปแบบโดยเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่กำหนด การได้รับความรู้จากวิทยากรที่มาอบรม ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง การเลือกตัดสินใจในชุมชนของตนเอง สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ที่พบว่า ก่อนทดลองใช้รูปแบบผู้ดูแลเด็กมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางหลังการทดลอง พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก¹⁷ มีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกลุ่มตัวอย่างศึกษาจากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁶ และการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโขง อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85¹⁵ และการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : กรณีศึกษาอำเภอนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การปฏิบัติและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบิดาภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถนำรูปแบบการจัดเวทีระดมความคิดสร้างสรรค์ไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาการดูแลสุขภาพในกลุ่มบุคคลทุกช่วงวัย

2. สามารถนำชุดความรู้และกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมไปส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการตามวัยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมไปใช้ในการเฝ้าระวังเรื่องพัฒนาการล่าช้าของครอบครัวและชุมชนเพื่อการพัฒนาเด็กให้สมวัยต่อไป

References

1. Choomai T. Growth & Development of Early Childhood. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2016;2(1):18-33. (in Thai)
2. Sirithongthaworn S. The Development of Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2018;63(1):3-12. (in Thai)
3. Mekrunjarus T, Feungfu A. Factors affecting child development. In: Sujaridpong S, Rungpiwan R, Hansakunachai T, Benjasuwannatthep B, Feungfu A, Juthapisit J, et al., editors. Development and behavior in child. Bangkok: PA Living; 2020. 43-51. (in Thai)
4. Rodgers CC. Health problems of the toddler and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. St Louis: Missouri; 2017. 354-79.
5. National Institute of Child Health. Department of Health: Ministry of Public Health. Annual Report 2017. Bangkok: Samcharoen Panich; 2017. (in Thai)
6. Kue-iad N, Chaimay B, Woradet S. Early childhood development among Thai children aged under 5 years: A literature review. The Southern college network journal of nursing and public health 2018;5(1):218-96. (in Thai)

7. Monroe RA. Health problems of the preschooler and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. St Louis: Missouri; 2017. 380-90.
8. Cook JL, Cook G. Child development: principles and perspectives. 2nd ed. Boston: Pearson; 2010.
9. Chaichanasang T, Posri A, Tangtumpitak T. The family participation in child development stimulation and promotion at child development center. Journal of Nursing Science & Health 2018;40(1):95-104 (in Thai).
10. Arnstien SR. A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners. 1969;35(4):216-24.
11. Torrance EP. Rewarding creative behavior: Experiment in classroom creativity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1969.
12. Rajanukul Institute, Department of Mental Health Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM), Bangkok: The Veterans Welfare Organization under the Royal Patronage of His Majesty the King printing; 2016. (in Thai)
13. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3.1A flexible statistical power analysis program for the social, behaviorl, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007; 39:175-91.
14. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. Jundaboot W, Yoosook W, Semrum W. Developement guidline for promotion of pre-schoolers in child development center, sewichian municipal district, Ubon Ratchathani Province. Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University 2018;13(1):208-19. (in Thai)
16. Ponmark J, Thisara P, Weiangkham D, Duangpanya A. Development of a family participation model for promoting child development: A case study of Ban Sanpamuang child care center, Mueang District, Phayao Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(2):241-50. (in Thai)
17. Kaewmanee K, Thongrit C, Langji M. The development of an assessment and promotion model for early childhood development with participation from people in the community in the Covid-19 situation in the responsible area of jebilang health promotion hospital, Mueang District, Satun Province. Journal of Council of Community Public. 2021;3(2):72-84. (in Thai)
18. Sriyasak A, Ket-in V, Kayeese W. Development The Model of Paternal Involvement in Early Childhood Development: Case Study in Nong Ya Plong district Phetchaburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1): 402-11. (in Thai)

การประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ก่อนเข้าทำงาน ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

Fitness for Work Assessment of Employees who Receive Pre-placement Examination in a General Hospital, Nakhon Ratchasima Province

ธีรยุทธ คงสินธุ์*

Teerayut Kongsin*

โรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา นครราชสีมา ประเทศไทย 30280

Debaratana Nakhonratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand 30280

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เป็นการศึกษาการประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 ได้กลุ่มตัวอย่าง 336 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยตารางรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ผลการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน และผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.9 อายุเฉลี่ย 31.7 ปี เป็นผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรโรงงาน ร้อยละ 45.8 อยู่ในอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์โลหะ ร้อยละ 32.4 ผลการประเมินพบว่า พนักงานมีสุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน ร้อยละ 83.9 สาเหตุที่ทำให้สุขภาพของพนักงานไม่เหมาะสมต่อการทำงานนั้น ส่วนใหญ่ผู้ทำงานในที่อับอากาศ ผู้ทำงานบนที่สูง และผู้ทำงานอาชีพอื่นๆ เกิดจากผลตรวจสายตามผิดปกติ ส่วนใหญ่ผู้ทำงานขับขี่ยานพาหนะ เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่ผู้ทำงานสัมผัสอาหาร เกิดจากการตรวจพบเชื้อ Salmonella ในอุจจาระ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ควรมีการกำหนดแนวทางในการประเมินความพร้อมในการทำงานของแต่ละกลุ่มอาชีพเพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยสถานประกอบการควรนำผลการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสคุกคามต่อสุขภาพในการทำงานมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน และมีการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริการอาชีวอนามัย รวมถึงการประเมินความพร้อมในการทำงาน

คำสำคัญ: การประเมินความพร้อมในการทำงาน, การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน, พนักงาน

Abstract

This descriptive research aimed to assess the fitness for work of employees who receive pre-placement examinations in a general hospital in Nakhon Ratchasima Province. Samples included 336 employees from October 2020 to September 2022. Data collection tables comprised personal information, pre-placement health examination results, and fitness for work assessment results. All data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the majority were male (61.9%), and the mean age of participants was 31.7 years. Most participants worked as factory machine operators (45.8%) and were in the metal products industry (32.4%).

Corresponding author: *E-mail address: teerayut_k@kkumail.com

วันที่รับ (received) 10 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 มิ.ย. 2566

Most participants were fit for work (83.9%). Most health conditions that cause unfitness for work among confined space workers, working at heights workers, and other workers were visual problems. Commercial drivers were hypertension, and food handlers were Salmonella infection. The study results indicated that guidelines for fitness for work in each occupational group should establish, the company should determine the pre-placement programs based on the health risk assessment, and work with a multidisciplinary team on occupational health services, including fitness for work assessment.

Keywords: Fitness for work assessment, Pre-placement examination, Employees

บทนำ

กระบวนการทำงานของแต่ละอาชีพนั้น ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของงาน โดยสิ่งคุกคามทางสุขภาพได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงาน ทำให้เกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน จากข้อมูลการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ประสบอันตรายเท่ากับ 7 ต่อพันราย และหากนับจำนวนการประสบอันตรายเฉพาะกรณีร้ายแรง ได้แก่ เสียชีวิต ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ และหยุดงานเกิน 3 วัน พบว่ามีอัตราการประสบอันตราย 2.19 ต่อพันราย¹ จากการศึกษาการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน² ได้แก่ สมรรถภาพทางกาย ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วน ซึ่งเป็นผลมาจากพนักงานมีสุขภาพไม่เหมาะสมกับจากทำงาน ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บดังกล่าว การประเมินความเหมาะสมทางสุขภาพต่อการทำงานจึงมีความสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะงานที่ต้องสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพ และงานอันตรายที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

การประเมินความพร้อมในการทำงาน (Fitness for work assessment) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พนักงานสามารถปฏิบัติงานได้โดยปราศจากความเสี่ยง เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพบางอย่าง อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานเพื่อนร่วมงาน หรือสาธารณชน โดยกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องมีการประเมินความพร้อมในการทำงาน³ ได้แก่ นักผจญเพลิง และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ผู้ที่ทำงานนอกชายฝั่งทะเล ผู้ทำงานบนที่สูง ผู้ทำงานในที่อับอากาศ ผู้ขับรถขนส่งสาธารณะ และผู้ที่ทำงานสัมผัสอาหาร เป็นต้น

ข้อกำหนดหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ

สุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันออกไป สำหรับในประเทศไทยนั้นมีความหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความพร้อมก่อนเข้าทำงานคือ กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2563⁴ ระบุว่า การตรวจสุขภาพเป็นการตรวจร่างกายและสภาวะทางจิตใจตามวิธีการทางการแพทย์เพื่อให้ทราบถึงความเหมาะสมของสภาวะสุขภาพของลูกจ้าง หรือผลกระทบต่อสุขภาพของลูกจ้าง อันอาจเกิดจากการทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพลูกจ้างให้เสร็จสิ้นภายในสามสิบวัน

ข้อมูลการการประเมินความพร้อมในการทำงานในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษา การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงทางด้านเคมีและด้านกายภาพ⁵ และการประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้ทำงานสัมผัสอาหาร⁶ แต่ในอาชีพอื่นๆ ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน โดยการศึกษา⁷ จะทำให้ทราบข้อมูลของการประเมินความพร้อมในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้เป็นแนวทางในการพิจารณาแนวทางในการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานให้เหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน ลดการกีดกันโอกาสในการจ้างงาน รวมทั้งเพื่อให้แพทย์ผู้ประเมินเห็นถึงความสำคัญในการระบุผลการประเมินสมรรถภาพทางกายและจิตของพนักงานที่จะปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ ไว้ในใบรายงานผลตรวจสุขภาพก่อนเข้างาน เพื่อสื่อสารข้อมูลไปยังสถานประกอบการ เพื่อให้สถานประกอบการนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการปรับปรุงลักษณะการทำงานให้เหมาะสมกับพนักงาน ทำให้พนักงานปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันความเสี่ยงในการเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของพนักงานที่มีสุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน จากการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน
2. เพื่อศึกษาภาวะทางสุขภาพที่ส่งผลให้พนักงานมีข้อห้าม ข้อจำกัด หรือสุขภาพไม่เหมาะสมต่อการทำงาน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ อาศัยการประเมินความพร้อมในการทำงานโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งการประเมินนั้น ใช้แนวคิดการประเมินความพร้อมในการทำงานของ American Medical Association⁷ พิจารณาประเด็นความเสี่ยงในการทำงาน (risk) ความสามารถสูงสุดของผู้ป่วย (capacity) และความทนทานด้านจิตใจ (tolerance) โดยผลการประเมินจะเป็นการให้ความเห็นว่าพนักงาน มีเหมาะสมด้านสุขภาพในการทำงานมากน้อยเพียงใด แบ่งเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. สุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน (fit for work) หมายถึง พนักงานมีภาวะทางสุขภาพที่เหมาะสมและไม่เป็นอุปสรรคกับการทำงานในตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายได้อย่างสมบูรณ์
2. สุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน แต่มีข้อห้ามบางประการ (fit with restriction) หมายถึง พนักงานมีภาวะทางสุขภาพที่เหมาะสมกับการทำงานในตำแหน่งที่ได้รับมอบหมาย แต่มีข้อห้ามบางประการ เนื่องจากแพทย์เห็นว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย
3. สุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน แต่มีข้อจำกัดบางประการ (fit with limitation) หมายถึง พนักงานมีภาวะทางสุขภาพที่เหมาะสมกับการทำงานในตำแหน่งที่ได้รับมอบหมาย แต่มีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากร่างกายของพนักงานไม่มีความสามารถที่จะทำงานในลักษณะงานบางอย่าง
4. สุขภาพไม่เหมาะสมต่อการทำงาน (unfit for work) หมายถึง พนักงานมีภาวะทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับการทำงานในตำแหน่งที่ได้รับมอบหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 เก็บข้อมูลโดยใช้ข้อมูลเก็บรวบรวมโดยใช้ตารางรวบรวมข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft excel 2013

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ พนักงานที่มารับบริการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานในคลินิกอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา สืบค้นข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP โดยค้นหาข้อมูลพนักงานที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพด้วยรหัส ICD10 ได้แก่ Z021 และ Z100 จำนวน 3710 คน มีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีข้อมูลการประเมินความพร้อมในการทำงานในฐานะข้อมูลของคลินิกอาชีวเวชกรรม มีเกณฑ์การคัดออกคือ ข้อมูลที่บันทึกในฐานข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาการคัดเลือกแล้ว จะได้ จำนวน 721 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย finite population proportion⁸ กำหนดสัดส่วนของพนักงานที่สามารถเข้าทำงานสัมผัสอาหารได้ ร้อยละ 90.6⁶ กำหนดค่าแอลฟา .01 และเดลต้า .03 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 336 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ข้อมูลเก็บรวบรวมโดยใช้ตารางรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ในคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ประกอบไปด้วยข้อมูล ดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และประเภทของอุตสาหกรรม
- 2) ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ได้แก่ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ สมรรถภาพการได้ยิน สมรรถภาพอด และการตรวจสายตาอาชีวเวชศาสตร์
- 3) ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ ผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนงานให้เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล โดยแสดงข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ประเภทของอุตสาหกรรม ผลการตรวจ

ร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ สมรรถภาพการได้ยิน สมรรถภาพปอด และการตรวจสายตาอาชีวเวชศาสตร์ ผลการประเมินความพร้อมในการทำงานโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 120 วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 ผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลของพนักงานโดยใช้รหัสแทนพนักงานทุกคน ลักษณะของข้อมูลและผลการวิจัยที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถชี้เฉพาะเจาะจงไปถึงบุคลากรเฉพาะรายได้

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน (n = 336)	ร้อยละ
เพศ ชาย	208	61.9
หญิง	128	38.1
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย = 31.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.9		
< 30	180	53.6
31-40	87	25.9
41-50	58	17.3
> 50	11	3.3
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	326	97.0
มีโรคประจำตัว	10	3.0
ความดันโลหิตสูง	4	1.2
ไขมันในเลือดสูง	2	0.6
โรคระบบทางเดินหายใจ	2	0.6
โรคอื่นๆ	3	0.9
ตำแหน่งงาน		
ผู้บริหาร	6	1.8
ผู้ประกอบวิชาชีพ	8	2.4
ช่างเทคนิค	115	34.2
เสมียน	12	3.6
พนักงานบริการ	22	6.5
ผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรโรงงาน	154	45.8
อาชีพอื่นๆ	19	5.7
ประเภทของอุตสาหกรรม		
อุตสาหกรรมอาหาร	70	20.8
ผลิตภัณฑ์จากพืช	14	4.2
ผลิตภัณฑ์โลหะ	109	32.4

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน (n = 336)	ร้อยละ
อุตสาหกรรมผลิตเครื่องไฟฟ้าและอุปกรณ์	53	15.8
อุตสาหกรรมผลิต ซ่อมแซมยานพาหนะ	27	8.0
อุตสาหกรรมอื่นๆ	63	18.8
กลุ่มอาชีพ		
ผู้ทำงานบนที่สูง	88	26.2
ผู้ทำงานในที่อับอากาศ	29	8.6
ผู้ขับขี่ยานพาหนะ	5	1.5
ผู้ทำงานสัมผัสอาหาร	39	11.6
อาชีพอื่นๆ	175	52.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 336 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.9) อายุเฉลี่ย 31.7 ปี ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (ร้อยละ 53.6) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 97) โดยพนักงานที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 1.2) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานเป็นผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรโรงงาน (ร้อยละ 45.8) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์โลหะ (ร้อยละ 32.4) กลุ่มอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 52.7)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน

รายการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน	ผลตรวจผิดปกติ	
	จำนวนคน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (n = 336)	123	36.6
ความดันโลหิต (n = 336)	36	10.7
ตรวจร่างกายโดยแพทย์ (n = 336)	2	0.6
ตรวจสายตา (visual acuity) (n = 244)	50	20.5
ตรวจตาบอดสี (n = 244)	7	2.9
ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) (n = 237)	8	3.4
ตรวจการทำงานของไต (creatinine blood test) (n = 8)	1	12.5
ตรวจค่าเอนไซม์ตับ (AST, ALT) (n = 9)	2	22.2
ตรวจน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) (n = 96)	14	14.6
ตรวจปัสสาวะ (urine analysis) (n = 25)	5	20.0
ตรวจสารแอมเฟตามีนปัสสาวะ (urine amphetamine) (n = 117)	3	2.6
ตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) (n = 99)	2	2.0
ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (anti-HIV) (n = 7)	0	0.0
ตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HAV IgM) (n = 19)	2	10.5
ตรวจหาเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินอาหาร (stool culture) (n = 40)	6	15.0
เอกซเรย์ปอด (chest X-ray) (n = 196)	4	2.0
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) (n = 119)	17	14.3
สมรรถภาพการได้ยิน (audiometry) (n = 40)	22	55.0
สายตาอาชีพเวชศาสตร์ (occupational vision test) (n = 19)	8	42.1
สมรรถภาพปอด (spirometry) (n = 28)	6	21.4

จากตารางที่ 2 พบว่า พนักงานทั้งหมดได้รับการตรวจวัดดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต การตรวจร่างกายโดยแพทย์ ส่วนรายการตรวจอื่นๆ จะแตกต่างกันในแต่ละสถานประกอบการ เมื่อพิจารณาตามผลตรวจสุขภาพที่ผิดปกติพบว่า มีผลตรวจสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติมากที่สุด (ร้อยละ 55) รองลงมาเป็นผลตรวจสายตาอาชีพเวชศาสตร์ (ร้อยละ 42.1)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน

ข้อมูลการกลับเข้าทำงาน	จำนวนคน (n = 336)	ร้อยละ
ผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน		
สุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน	282	83.9
สุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน แต่มีข้อห้ามบางประการ	35	10.4
สุขภาพไม่เหมาะสมต่อการทำงาน	19	5.7

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการประเมินความพร้อมในการทำงานพบว่า พนักงานมีสุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน (ร้อยละ 83.9) พนักงานมีสุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน แต่มีข้อห้ามบางประการ (ร้อยละ 10.4) และพนักงานสุขภาพไม่เหมาะสมต่อการทำงาน (ร้อยละ 5.7)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพร้อมในการทำงานจำแนกตามกลุ่มอาชีพ

ผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน	จำนวนคน (ร้อยละ)			
	ผู้ทำงานบนที่สูง (n = 88)	ผู้ทำงานในที่อับอากาศ (n = 29)	ผู้ขับขี่ยานพาหนะ (n = 5)	อาชีพอื่นๆ (n = 175)
สุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน	59 (67)	17 (58.6)	4 (80)	169 (96.6)
สุขภาพไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามบางประการ	29 (33)	12 (41.4)	1 (20)	6 (3.4)
การมองเห็นผิดปกติ	10 (11.4)	5 (17.2)	0 (0)	4 (2.3)
ความดันโลหิตสูง	3 (3.4)	2 (6.9)	1 (20)	0 (0)
คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ	5 (5.7)	2 (6.9)	0 (0)	0 (0)
สมรรถภาพปอดผิดปกติ	3 (3.4)	3 (10.3)	0 (0)	0 (0)
น้ำตาลในเลือดสูง	2 (2.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
การดื่มสุรา สารเสพติด	4 (4.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ภาวะอื่นๆ	2 (2.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะทางสุขภาพที่ส่งผลให้พนักงานสุขภาพไม่เหมาะสมหรือมีข้อห้ามบางประการในผู้ทำงานบนที่สูงพบว่าเกิดจากผลตรวจสายตาอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 11.4) ในผู้ทำงานในที่อับอากาศเกิดจากผลตรวจสายตา

ผิดปกติมากที่สุด (ร้อยละ 17.2) ผู้ทำงานขับขี่ยานพาหนะเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 20) และในอาชีพอื่นๆ เกิดจากผลตรวจสายตาผิดปกติมากที่สุด (ร้อยละ 2.3)

ตารางที่ 5 การประเมินความพร้อมในการทำงาน ในอาชีพผู้ทำงานสัมผัสอาหาร

ผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน	จำนวนคน (n = 39)	ร้อยละ
สามารถเข้าทำงานสัมผัสอาหารได้ (fit for work)	33	84.6
ไม่พบภาวะทางสุขภาพที่ผิดปกติ	31	79.5
asymptomatic Plesiomonas shigellodes infection	2	5.1
เข้าพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหาร แต่ห้ามทำงานสัมผัสอาหาร (work restriction)	1	2.6
asymptomatic Salmonella infection (group E)	1	2.6
แยกออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (work exclusion)	5	12.8
asymptomatic Salmonella infection (group C)	3	7.7
hepatitis A infection	2	5.1

จากตารางที่ 5 พบว่า การประเมินความพร้อมในการทำงานในอาชีพผู้ทำงานสัมผัสอาหาร พบว่าส่วนใหญ่สามารถเข้าทำงานสัมผัสอาหารได้ ร้อยละ 84.6 แบ่งเป็นไม่พบภาวะทางสุขภาพที่ผิดปกติมากที่สุด ร้อยละ 79.5 ผู้ทำงานสัมผัสอาหารที่สามารถเข้าพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหาร แต่ห้ามทำงานสัมผัสอาหาร ร้อยละ 2.6 เนื่องจากตรวจพบเชื้อ Salmonella group E ในอุจจาระ (ไม่ก่อโรค enteric fever) ผู้ทำงานสัมผัสอาหารที่แยกออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร พบร้อยละ 12.8 เนื่องจากตรวจพบเชื้อ Salmonella group C ในอุจจาระ (มีโอกาสก่อกโรค enteric fever) จำนวน 3 ราย และติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 2 ราย

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการประเมินความพร้อมในการทำงานพบว่า พนักงานส่วนใหญ่ที่เข้ารับการประเมินมีสุขภาพเหมาะสมต่อการทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า พนักงานผู้ทำงานในพื้นที่สัมผัสอาหาร มีสุขภาพเหมาะสมในการทำงานร้อยละ 90.6⁶

การประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้ทำงานบนที่สูง และผู้ทำงานในที่อับอากาศ มีแนวทางที่คล้ายกัน เนื่องจากการทำงานในสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตราย ผู้ที่เข้าไปทำงานจึงไม่ควรมีโรคที่มีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยจากผลการศึกษาพบว่า ผลตรวจสายตาดูปกติส่งผลให้มีข้อห้าม ข้อจำกัด หรือสุขภาพไม่เหมาะสมต่อการทำงานมากที่สุด ในกลุ่มผู้ทำงานบนที่สูง และผู้ทำงานในที่อับอากาศ แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้พนักงานมีสุขภาพไม่

เหมาะสมกับการทำงานในที่อับอากาศ⁹ ซึ่งเกิดจากกลุ่มอายุของพนักงานในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี จึงทำให้พบภาวะความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา พนักงานที่มีสมรรถภาพการมองเห็นไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น การพลัดตกจากที่สูง การหลบหนีหากเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยปัญหาด้านสายตาเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ โดยใช้อุปกรณ์ช่วยแก้ไขภาวะสายตาดูปกติ เช่น แว่นสายตา คอนแทคเลนส์ แต่ในกรณีที่จำเป็นต้องใส่อุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบหน้ากากแนบแน่นขนาดเต็มหน้า จะไม่สามารถใช้แว่นตาได้¹⁰ แพทย์ควรแนะนำทางเลือกให้กับผู้ป่วย เช่น ใช้อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจที่ออกแบบหน้ากากมาให้เหมาะสมสำหรับคนที่มีความผิดปกติ หรือการใส่คอนแทคเลนส์แล้วใส่อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจชนิดที่เป็นหน้ากากทับ แต่อย่างไรก็ตามการใส่คอนแทคเลนส์ ควรคำนึงถึงความปลอดภัยในกรณีทำงานกับสารเคมีที่ระคายเคืองต่อตา หรือกรณีที่เกิดคอนแทคเลนส์เลื่อนหลุด¹¹

การประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้ขับขี่ยานพาหนะ พนักงานควรมีสุขภาพที่เหมาะสม ไม่มีโรคที่อาจเกิดภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถควบคุมการขับขี่ได้ ซึ่งจะเกิดอันตรายต่อ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้โดยสาร และผู้ที่สัญจรบนถนน เช่น โรคลมชัก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง¹² โดยในการศึกษานี้พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีข้อห้าม ข้อจำกัด หรือสุขภาพไม่เหมาะสมต่อการทำงาน ขับขี่ยานพาหนะมากที่สุด ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรได้รับการรักษา และตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง รวมไปถึงการประเมิน

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือด

การตรวจสุขภาพผู้ทำงานสัมผัสอาหารเป็นส่วนหนึ่งของความปลอดภัยของอาหาร (food safety) เพื่อค้นหาและคัดกรองโรคติดเชื้อที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อพาหะที่อาจทำให้ผู้ทำงานสัมผัสอาหารเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคไปสู่ผู้บริโภคผ่านทางอาหารได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค จากผลตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานของผู้ทำงานสัมผัสอาหาร จำนวนพบว่า พนักงานที่ตรวจพบเชื้อ *Plesiomonas shigelliformis* ในอุจจาระ โดยไม่มีอาการของระบบทางเดินอาหาร และเป็นผู้ทำงานสัมผัสอาหาร ให้ประชากรทั่วไป ได้รับการประเมินเป็น Fit for work ส่วนพนักงานที่ตรวจพบเชื้อ *Salmonella group E* ในอุจจาระ ซึ่งไม่มีอาการ และไม่ทำให้เกิดโรค enteric fever ได้รับการประเมินเป็น work restriction ส่วนพนักงานที่ตรวจพบเชื้อ *Salmonella group C* ในอุจจาระ มีโอกาสเกิดโรค Enteric fever ได้รับการประเมินเป็น work exclusion อ้างอิงตามแนวปฏิบัติของ USA FDA food code¹³ อย่างไรก็ตามถึงในพนักงานที่ตรวจพบเชื้อในอุจจาระ แม้จะไม่ได้ห้ามทำงานสัมผัสอาหาร แต่ก็ควรเพิ่มรักษาสุขอนามัยโดยการล้างมือให้มากกว่าปกติ ส่วนพนักงานที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและมีการผิดปกติ ได้รับการประเมินเป็น work exclusion ซึ่งจากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในวัยผู้ใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนร้อยละ 70 คือมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ไข้ ปวดท้องตามแนวทางของ USA FDA food code¹³ แนะนำให้ work exclusion เป็นเวลา 7 วันหลังจากวันแรกที่มีอาการ ซึ่งเป็นช่วงที่สามารถแพร่เชื้อทางอุจจาระได้

เมื่อพิจารณารายการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานพบว่า ก่อนเข้ามีความหลากหลาย แตกต่างกันในแต่ละสถานประกอบการ เนื่องมาจากในบางกลุ่มอาชีพได้มีกฎหมายกำหนดแนวทางในการประเมินความพร้อมในการทำงาน เช่น ในผู้ทำงานที่อับอากาศ ซึ่งกฎหมายได้ห้ามนายจ้างอนุญาตให้ลูกจ้างที่เป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ หรือโรคอื่นซึ่งแพทย์เห็นว่าควรเข้าไปในที่อับอากาศอาจเป็นอันตรายต่อลูกจ้าง ส่วนในอาชีพอื่นๆ นั้นยังไม่ได้มีการกำหนดแนวทางในการประเมินความพร้อมในการทำงานไว้อย่างชัดเจนส่วนใหญ่รายการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานนั้น จะถูกกำหนดโดยฝ่ายบุคคลของแต่ละสถานประกอบการ ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาว่ารายการตรวจนั้นมีความเหมาะสมกับลักษณะงาน และความ

เสี่ยงในการทำงานของพนักงานหรือไม่ โดยสถานประกอบการควรกำหนดแนวทางในการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานโดยอาศัยข้อมูลการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในการทำงาน ข้อมูลด้านข้อกำหนดหรือกฎหมายที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้การตรวจสุขภาพนั้น เกิดประโยชน์ในการเฝ้าระวังทางสุขภาพของพนักงาน และทำให้การปฏิบัติงานนั้นเกิดความปลอดภัย โดยกระบวนการนี้จะอยู่ในบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ ซึ่งต้องอาศัยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัย¹⁴ ที่กล่าวว่าบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยประกอบด้วย การดูแลสุขภาพของคนทำงาน ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัย การบริหารจัดการ ติดต่อประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงสื่อสารความเสี่ยงให้แก่คนทำงานและประชาชนทั่วไป

นอกจากนี้ยังพบว่ามีรายการตรวจที่ไม่จำเป็นกับการประเมินความพร้อมในการทำงาน และอาจเป็นการกีดกันโอกาสของการจ้างงาน เช่น การตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โดยในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ออกมาชัดเจนว่าห้ามมิให้มีการออกกฎหมายหรือระเบียบที่ลิดรอนสิทธิของผู้ติดเชื้อ และกำหนดเป็นนโยบายไม่ให้ธุรกิจเอกชน หน่วยงานรัฐวิสาหกิจตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอดส์ในการสมัครงาน และไม่ให้ใช้ผลการตรวจเลือดเป็นเครื่องมือในการปฏิเสธไม่รับเข้าทำงาน¹⁵

จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่าพนักงานที่เข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานบางราย แม้จะมีผลตรวจสุขภาพผิดปกติ แต่พบว่าสุขภาพเหมาะสมกับการทำงาน ดังนั้นการลงความเห็นในใบรับรองแพทย์เพื่อประเมินความพร้อมของสุขภาพในการทำงาน แพทย์จะต้องลงความเห็นว่าคุณภาพเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือไม่ โดยจะต้องมีการพิจารณาความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองที่จะทำให้ภาวะทางสุขภาพของพนักงานแย่ลง การเกิดอันตรายต่อเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งพิจารณาสมรรถภาพทางกายและจิตของพนักงานที่จะปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ และหากมีข้อห้ามหรือข้อจำกัดใด ก็ควรระบุในใบรับรองแพทย์ด้วย หากระบุเพียงผิดปกติ หรือผิดปกติ จะทำให้สถานประกอบการไม่สามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการตัดสินใจในการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับสุขภาพของพนักงาน หรือในกรณีที่พนักงานเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการทำงาน ผลตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานจะเป็น

ข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบ ซึ่งนำไปสู่การขอชดเชยในกรณีเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการกำหนดแนวทางในการประเมินความพร้อมในการทำงานของแต่ละกลุ่มอาชีพ และสถานประกอบการควรนำผลการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในการทำงานมาใช้ในการออกแบบรายการการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน

2. ควรมีข้อกำหนดเพื่อป้องกันการกีดกันโอกาสของการจ้างงาน โดยยกเลิกรายการตรวจที่ไม่จำเป็นกับการประเมินความพร้อมในการทำงาน เช่น การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งติดต่อทางเลือด และเพศสัมพันธ์ จึงไม่มีความจำเป็นในการกำหนดรายการตรวจนี้ไว้ใน การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน

3. ใบรายงานผลตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานแพทย์ควรระบุถึงผลการพิจารณาสมรรถภาพทางกายและจิตของพนักงานที่จะปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสถานประกอบการด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาการเฝ้าระวังสุขภาพจากการสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงาน โดยนำผลการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบ

References

1. Worker's Compensation Fund, Social Security Office. Annual report 2021. Nonthaburi: The Office; 2021. (in Thai)
2. Dong XS, Wang X, Largay JA. Occupational and non-occupational factors associated with work-related injuries among construction workers in the USA. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2015; 21(2): 142–50.
3. Palmer KT, Brown I. A general framework for assessing fitness for work. In: Palmer KT, Brown I, Hobson J, editors. *Fitness for work: the medical aspects*. 5thed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
4. Ministerial Regulations set the standard for employee health checks relating to risk factors B.E. 2563 (A.D. 2020). *Thai government gazette* 2020 Oct 5; 137(Pt 80 k): 30–3. (in Thai)
5. Tangyosthakijjakul S, Chernbamrung T. The appropriation of chemical and physical health risk examination of establishment in Rayong province and details of the result reporting to labor inspector. *Journal of Safety and Health*. 2018; 11(3): 35–46. (in Thai)
6. Jankusol K, Pimda P, Jindamai S. Fit to work assessment as a food handler: a study of workers who work in food handling area, Nakhon Ratchasima province. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal*. 2022; 28(2): 43–52. (in Thai)
7. Talmage T, Melhorn JM, Hyman MH. How to think about work ability and work restrictions: risk, capacity, and tolerance. In: Talmage T, Melhorn JM, Hyman MH, editors. *AMA guides to the evaluation of work ability and return to work*. 2nd ed. Chicago (IL): American Medical Association; 2011.
8. Lwanga SK, Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Duppenhaler JL, editors. *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: World Health Organization; 1990.
9. Chernbamrung T. Health assessment for confined space work permit at a regional hospital in Thailand. *Thammasat Medical Journal*. 2015;15 (1): 12–20.

10. Summacheeva Foundation. Guideline for standardization and interpretation of vision tests in the occupational health setting 2019. Chon Buri: The Foundation; 2019. (in Thai)
11. Saito K, Hovis JK. Use of contact lenses in an industrial environment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2021; 63(5): 298–300.
12. Driver and Vehicle Licensing Agency. Cardiovascular disorders. In: *Assessing fitness to drive: a guide for medical professionals*. Swansea: DVLA; 2022.
13. United States. Food and Drug Administration. Food. In: *Food code: recommendations of the United States Public Health Service, Food and Drug Administration*. Washington, DC: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration; 2017.
14. Kerdklinhom J, Oumtanee A. Roles of an occupational health nurse. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(3): 137–46. (in Thai)
15. Office of the Attorney General. Protection of the rights of people living with HIV. In: *Protection of people living with HIV*. Bangkok: Ministry of Interior; 2019. (in Thai)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

Development of Nursing Practice Guidelines for Patients with Traumatic Brain Injury in Surgical Department, Nakhon Phanom Hospital

อรุณรัตน์ อุทัยแสง*¹ จุรีรัตน์ กอเจริญยศ¹ วิภาวรรณ สีหาคม¹ นภาพิพย์ ตั้งตรีจักร¹ กุลพิธาน์ จุลเสวก¹ ชัยคณเฑ์ แพร่ขาว²

Arunrat Utaisang¹ Chureerat Korcharoenyos¹ Vipawan Sehakom¹ Napatip Tungtrijuk¹

Khunphitha Junsevg¹ Chatkane Pearkao²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

¹College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand 48000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40002

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่าง 117 คน เป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บและญาติ 50 คน และพยาบาลวิชาชีพ 67 คน เครื่องมือ 2 ส่วน คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลพัฒนาจากแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย 4 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติ เผยแพร่ นำไปใช้ และประเมินผล 2) แบบรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ แบบทดสอบความรู้ และแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล IOC 0.92 ความเชื่อมั่น 0.88, 0.84, 0.81, 0.80 ตามลำดับ ทั้งฉบับ 0.84 ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Sign Rank Test

ผลการศึกษา 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บและแบบบันทึกการพยาบาล 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลระยะวิกฤติ พ้นฟู และวางแผนจำหน่าย 2) ผลลัพธ์ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต Glasgow coma score เฉลี่ยจำหน่ายสูงกว่าแรก รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติโดยรวมระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = 0.66$) และ ($M = 4.29$, $SD = 0.50$) ตามลำดับ คะแนนความรู้หลังสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติการพยาบาลควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บแผนกศัลยกรรมและขยายผลในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความทุกข์ทรมานและภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ, แผนกศัลยกรรม

*Corresponding Author: *E-mail : takky.arunrat@gmail.com, takky_arun@npu.ac.th

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Abstract

This research aimed to develop and investigate the outcomes of the CNPG for traumatic brain injury patients at the Surgical Department, Nakhon Phanom Hospital. There were 117 samples: 50 traumatic brain injury patients and caregivers and 67 registered nurses. The research tool consisted of two parts: the CNPG developed based on the National Health and Medical Research Council, consisting of 4 phrases: situation analysis; development of guidelines, application and evaluation and 2) the data collection form, consisting of 4 parts: patients and caregivers' satisfaction, feasibility of the CNPG, test and observation form of nurses' performance with the IOC of 0.92 and the reliability of 0.88, 0.84, 0.81, 0.80, respectively. The whole reliability was 0.84. Frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon Sign Rank Test were employed for data analysis.

1) The CNPG for patients with traumatic brain injury and the nursing record consisted of 3 components: critical care, rehabilitation and discharge planning. 2) No deaths were found. The mean GCS score before discharge was significantly higher than when admitted ($p < .01$). The patients and caregivers' overall satisfaction and the feasibility of the CNPG were at a high level ($M=4.34$, $SD=0.66$) and ($M=4.29$, $SD=0.50$), respectively. The knowledge score after implementing the CNPG was significantly higher than that of before the implementation ($p < .01$).

The CNPG should be applied in the care of traumatic brain injury patients in the Surgical Department and in the long run to keep patients safe and reduce disabilities and complications from prolonged bed rest.

Keywords: Development of Nursing Practice Guidelines (CNPG), Patients with traumatic brain injury, Surgical Department

บทนำ

สมองบาดเจ็บ เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก มีสาเหตุเกิดจากแรงที่มาจากภายนอก ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมอง¹ แรงที่มาจาก เช่น อุบัติเหตุจราจร อุบัติเหตุจากการทำงาน การถูกทำร้ายร่างกาย เป็นต้น² สมองบาดเจ็บจำแนกได้ 3 ระดับ คือ สมองบาดเจ็บรุนแรง ปานกลาง และเล็กน้อย โดยการประเมิน Glasgow coma scale: GCS เป็นพื้นฐาน³ ผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีหรือจากภาวะแทรกซ้อน เกิดความทุพพลภาพอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติภายหลังสมองได้รับการบาดเจ็บ เรียกว่า กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post-concussion syndrome; PCS) มีผลกระทบต่องานประจำวัน เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น และมีผลต่อครอบครัวที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล เสียเวลา เกิดความเครียด ฯลฯ⁴

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิประจำ

จังหวัดมีที่ตั้งอยู่แถบชายชายแดนแม่น้ำโขง เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในขณะเดียวกันก็มีตัวเลขผู้เกิดการอุบัติเหตุและสมองได้รับการบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สถิติผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเข้ารับการรักษาระหว่างแผนกศัลยกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2564 พบจำนวนผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเป็นอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรค จำนวน 769, 822, 699 และ 1,448 ราย ตามลำดับ⁵ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1⁶ จำนวน 16, 24, 35 และ 50 รายตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว ถือเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ต่อครอบครัว คณะผู้วิจัยร่วมกับแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพนมวิเคราะห์ปัญหา พบว่าไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลจำกัดอยู่เฉพาะในเวร มุ่งเน้นการทำงานให้เสร็จทันเวลา ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น สิ่งสำคัญคือยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันเพราะประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลนั้นมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นพบ

ว่าการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บมีความสำคัญอย่างยิ่งจึงควรมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน การทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางเดียวกันแล้วย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น^{7,8} ดังนั้น คณะผู้วิจัยร่วมกับแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพนมได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในแผนกศัลยกรรม เพื่อให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทั้งระดับครัวเรือนและระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แผนกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แผนกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

คำถามการวิจัย

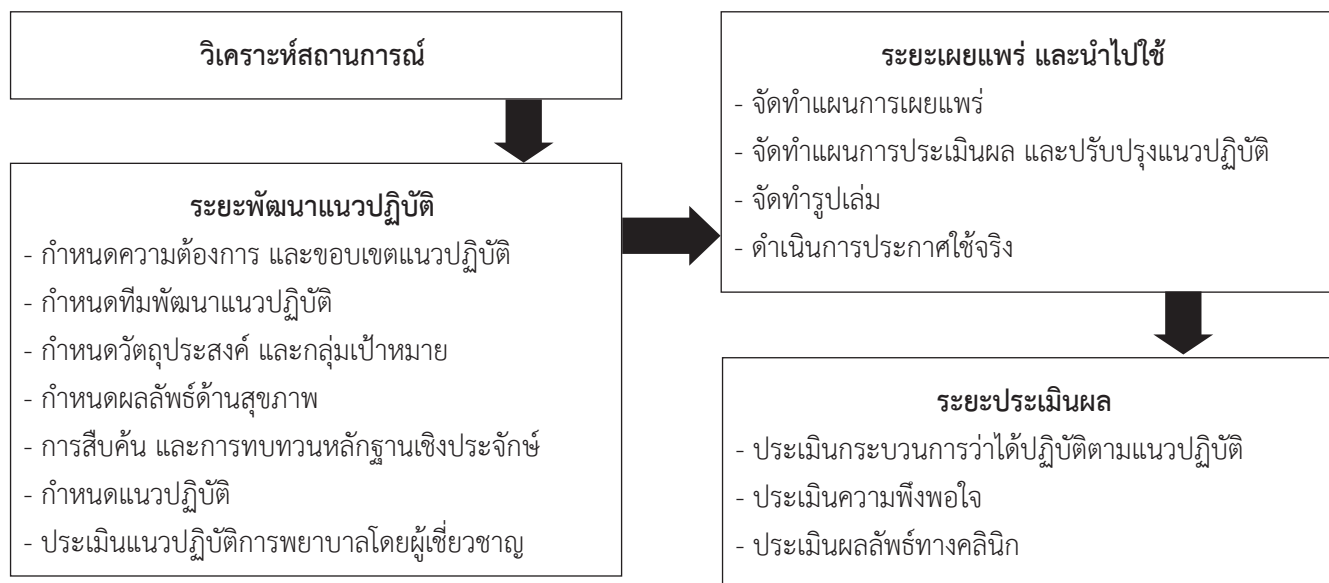
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนมเป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนมเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและมีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังใช้แนวปฏิบัติ
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ
3. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยไม่พบอัตราการเสียชีวิตและระดับความรุนแรงของสมองบาดเจ็บลดลง

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁹ 4 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะเผยแพร่ นำไปใช้ และระยะประเมินผล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ/ญาติ และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม ได้แก่ ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมเออร์อาร์รี่ พิเศษ ไคทรีพรี และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ/ญาติ ใช้ระยะเวลา กำหนดการรวบรวมข้อมูล โดยเลือกผู้ป่วยทุกรายแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่า สมองบาดเจ็บ เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม ระหว่าง มิถุนายน - กันยายน 2565 รวม 4 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต และกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย

2) พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 67 คน

เกณฑ์การคัดออก อยู่ในช่วงทดลองงาน ย้ายหอผู้ป่วย ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา : แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิด NHMRC⁹ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลระยะวิกฤติ พ้นฟู และวางแผนจำหน่าย ดังภาพที่ 2 แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)¹⁰ จำนวน 13 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่

เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ/ญาติ 2 ส่วน

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สาเหตุการบาดเจ็บ อาการสำคัญ GCS แกร็บ-จำหน่าย การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ วันที่เข้ารับการรักษา - จำหน่าย (Activities of Daily Living; ADL) สภาพการจำหน่าย ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติซึ่งพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹¹ ค่าคะแนน 1- 5 คะแนน คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง และมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ 2) ความพร้อมในด้านวัสดุ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก 3) ความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแล 4) พยาบาลรับฟังปัญหา และ 5) พยาบาลให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

เครื่องมือสำหรับพยาบาลวิชาชีพ 4 ส่วน

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะคำถามเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อายุงาน และหอผู้ป่วย

2) แบบทดสอบความรู้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ

3) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹² จำนวน 5 ข้อ ค่าคะแนน 1-5 คะแนน ได้แก่ ความเหมาะสมในสถานการณ์จริงของหน่วยงาน ประหยัดเวลา มีความชัดเจนครอบคลุม ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

4) แบบสังเกตการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม เป็นการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 25 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.92¹³ นำแบบสอบถามทดลองใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์คล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน หาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁴ ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ = 0.88 ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ = 0.84 แบบทดสอบความรู้สำหรับพยาบาล 15 ข้อ เป็นคำถามแบบถูกผิด วิเคราะห์เป็นรายข้อคำนวณหาค่ายากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.2-0.8 และค่าอำนาจการจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปจากข้อสอบ 20 ข้อ เหลือ 15 ข้อ ได้ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ KR-20 = 0.81 และแบบสังเกตการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติ Inter - rater Reliability = 0.80¹⁵ ทั้งฉบับ = 0.84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11 NO 12/2565 อนุมัติ 24 เมษายน 2565 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม

ตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่ได้รับ โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เท่านั้น และทำลายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น มีการลงนามไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มยินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ การเข้าร่วมวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บโรงพยาบาลนครพนมทบทวนจากฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์โรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2564 ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2564 จำนวน 40 ฉบับ และประชุมทีมตัวแทนพยาบาลทุกหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 3 คน ที่ปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม และอาจารย์พยาบาล 5 คน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ พบผู้ป่วยสมองบาดเจ็บมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรค เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาล ประสพการณ์ในการทำงานของพยาบาลมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บแผนกศัลยกรรม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

2. กำหนดทีมและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะกรรมการ 11 คน ได้แก่ พยาบาลแต่ละหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม 5 คน อาจารย์พยาบาล 5 คน และประสาศัลยแพทย์จำนวน 1 คน

3. ประชุมระดมความคิดเห็นในการกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย กำหนดวัตถุประสงค์ คือ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยสมองบาดเจ็บหรือญาติ ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

4. กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถวัดได้จริง ดังนี้

ด้านผู้ป่วย/ญาติ (1) มีความพึงพอใจต่อการบริการตามแนวปฏิบัติในระดับมาก (2) ลดระดับความรุนแรงของสมองบาดเจ็บ และ (3) ลดอัตราการเสียชีวิต

ด้านพยาบาลวิชาชีพ (1) ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก (2) มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บหลังสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

5. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการ

ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรมตามกรอบ PICO กล่าวคือ P = ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (Traumatic Brain Injury Patient) I = การพัฒนารูปแบบ (Development of service system), การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Development Clinical Nursing Practice guideline) C = - และ O = ความสำเร็จ (Success) อัตราเสียชีวิต (Mortality rate) แหล่งสืบค้นครอบคลุมทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 – 2022 จากแหล่งข้อมูล CINAHL, MEDLINE, Science Direct, Cochrane, Google Scholar, Thalis, One Search (EDS) มหาวิทยาลัยนครพนม และสืบค้นด้วยมือ ทำการประเมินคุณภาพ ความน่าเชื่อถือ และพิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้หลักฐาน ประโยชน์ที่ได้รับ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนา บริกส์¹⁶ ค้นพบหลักฐานที่ใช้ในแนวปฏิบัติฯ ฉบับนี้จำนวน 19 เรื่อง

6. ดำเนินการยกร่างสาระสำคัญของแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่างแนวปฏิบัติและแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ซึ่งพิจารณาถึงผลลัพธ์ความน่าเชื่อถือ เปรียบเทียบ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ กับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนประเมินผลลัพธ์กับค่าใช้จ่าย

7. ประเมินเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ระยะเผยแพร่และนำไปใช้ 1) ทำแผนการเผยแพร่และแผนการใช้แนวปฏิบัติโดยประชุมชี้แจงถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติแก่ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องแสดงความคิดเห็นด้านความยากง่าย ความสะดวก ความชัดเจน ความเหมาะสม ปลอดภัย และความเป็นไปได้หลังทดลองลงใช้แนวปฏิบัติ 1 เดือน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) ขออนุมัติการใช้แนวปฏิบัติ 3) ประกาศใช้แนวปฏิบัติ ร่วมกับหากลยุทธ์เพื่อให้ประสบความสำเร็จ 4) ดำเนินการวิจัย 5) กำกับติดตามประชุมปรึกษาเพื่อสะท้อนผลการใช้ ปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล 1) ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บหลังใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล 2) ประเมินผลลัพธ์พยาบาล ด้านความรู้ ความเป็นไปได้ และสังเกตการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติ 3) วิเคราะห์ข้อมูลสรุปปัญหา อุปสรรคและปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ ทำรูปเล่มสมบูรณ์ 4) นำเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้

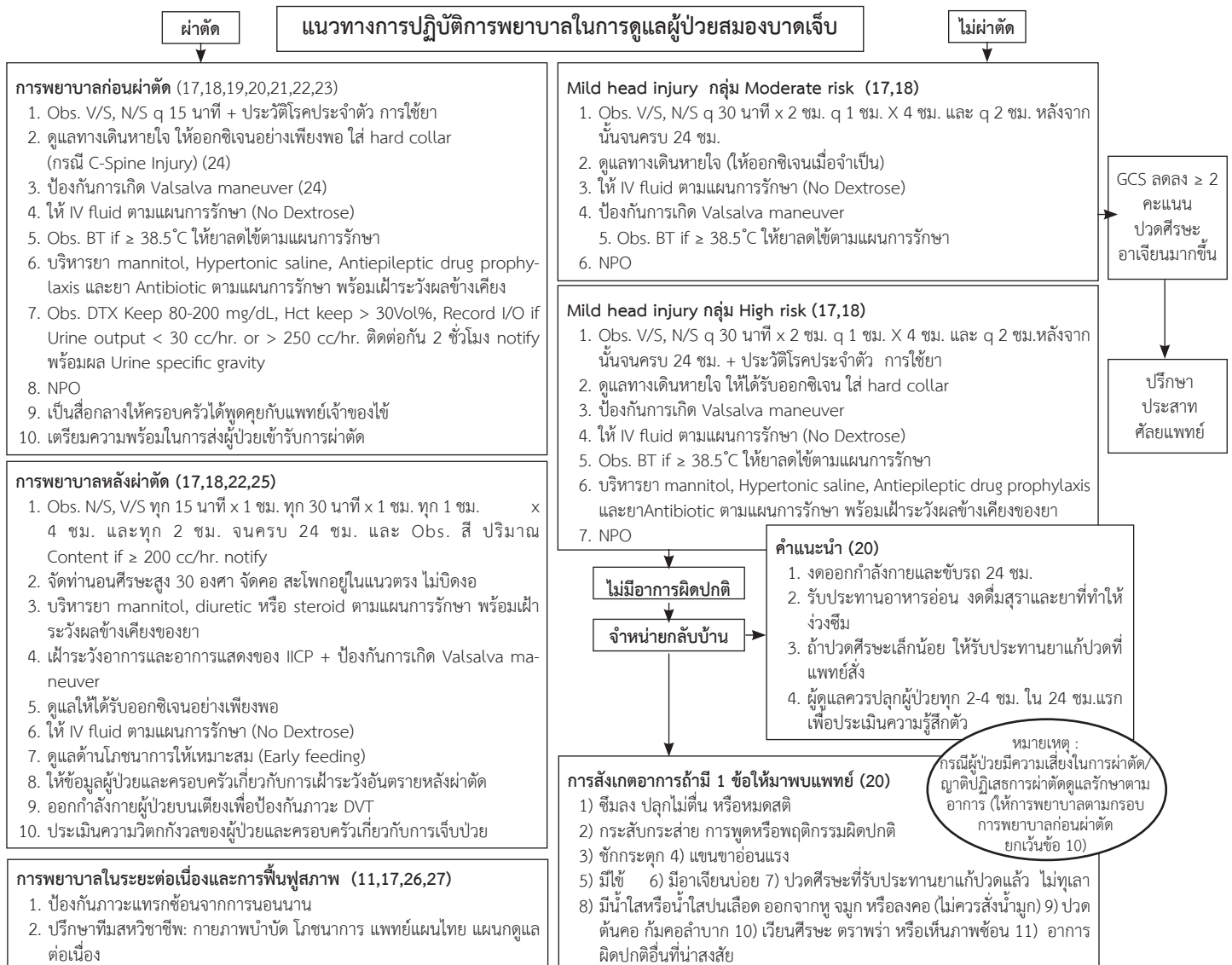
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ป่วย ตรวจสอบการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ เปรียบเทียบ GCS ของผู้ป่วยแรกรับและจำหน่าย โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks test

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แผนกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 19 เรื่อง ดังภาพที่ 2 และบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ประกอบด้วย วัน เดือน ปี

บันทึกสัญญาณชีพ บันทึกความก้าวหน้า ปัญหาชี้เฉพาะ (Focus list) เป้าหมาย (Goal) ข้อมูล (Assessment) ซึ่งมีข้อมูลอัตราย ประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) การประเมินผล (Evaluation) และลงชื่อผู้บันทึก จำนวน 13 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1) เสี่ยง/มีภาวะการกำซาบเนื้อเยื่อสมองลดลง 2) เสี่ยง/มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 3) เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ/มีภาวะทุพโภชนาการ 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน (ข้อติด/แผลกดทับ/ปอดติดเชื้อ/แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์) 5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ/ติดเชื้อ 6) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ 7) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวด 8) เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ 9) เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำและไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์ 10) เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 11) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 12) ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และ 13) เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยสมองบาดเจ็บส่วนใหญ่อายุ 21 - 59 ปี ร้อยละ 38.0 (M = 25.50 ปี, S.D. 14.58) เพศชาย ร้อยละ 42.0 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 38.0 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 48 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 37 สถานะโสด ร้อยละ 62.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.0 สาเหตุเกิดจาก อุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ 84.0 แกร็บ GCS 13 - 15, 9-12, 3 - 8 คะแนน ร้อยละ 72, 20, 8 และก่อนจำหน่าย ร้อยละ 94, 4, 2 ตามลำดับ ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 94.0 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 76.0 วันนอนโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1 - 24 วัน (M = 2.98 วัน, S.D. 3.95) ไม่พบการเสียชีวิต แต่มีผู้ป่วย ทุพพลภาพ ADL 0 - 4 จำนวน 2 ราย และ ADL 5 - 8 จำนวน 2 ราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ GCS ของผู้ป่วยแกร็บและจำหน่ายโดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (n = 50 คน)

GCS	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	Z	p-value
แกร็บ	13.30	2.96	-3.426b	.001*
จำหน่าย	14.66	1.22		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อเปรียบเทียบคะแนน GCS ของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ พบว่าผู้ป่วยมี GCS เฉลี่ยจำหน่ายสูงกว่าแกร็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (n = 50)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
ความสะดวกรวดเร็วในการบริการ	4.16	0.79	มาก
ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก	4.34	0.75	มาก
ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล	4.32	0.68	มาก
พยาบาลรับฟังปัญหาการเจ็บป่วย	4.34	0.87	มาก
พยาบาลให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน	4.36	0.85	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.34	0.66	มาก

ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยและญาติต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บอยู่ในระดับมาก (M = 4.34, S.D. = 0.66) ดังตารางที่ 2

ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 30 ปี ร้อยละ 44.8 เพศหญิง ร้อยละ 95.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.1 อายุงาน 6 - 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.8 ประสบการณ์การทำงานด้านคลยกรรมส่วนใหญ่ 6 - 10 ปี ร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 100 แต่พบส่วนหนึ่งไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบางรายการ ได้แก่ ไม่บันทึกสารน้ำเข้าออก ร้อยละ 4 ไม่ให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 8 ไม่ปรึกษาทีมสหวิชาชีพ และไม่ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (n = 67 คน)

การทดสอบความรู้	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	Z	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	10.79	1.25	-5.535b	.000*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	12.36	1.44		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังใช้สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไปใช้สำหรับพยาบาล

รายการ (n = 67)	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
ความเหมาะสมในสถานการณ์จริงของหน่วยงาน	4.30	0.55	มาก
ประหยัดเวลา	4.27	0.59	มาก
มีความชัดเจนครอบคลุม	4.30	0.55	มาก
ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ	4.25	0.56	มาก
ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	4.31	0.53	มาก
ความเป็นไปได้โดยรวม	4.29	0.50	มาก

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไปใช้สำหรับพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.29, S.D. = 0.50) ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดและขั้นตอนของ NHMRC⁹ และบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ¹⁰ ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ GCS เฉลี่ยจำหน่ายสูงกว่าแรกรับ วันนอนโรงพยาบาลลดลง ไม่พบการเสียชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ส่งผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โอกาสเสียชีวิตจึงลดลงด้วย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า แนวปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยส่งผลที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน^{11,19,28} แต่ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะทุพพลภาพ 4 ราย ADL 0 – 4 และ 5 – 8 กลุ่มละ 2 ราย ซึ่งเกิดจากระดับความ

รุนแรงของการบาดเจ็บที่ยังหลงเหลือร่องรอยพยาธิสภาพในสมอง^{1,20} และพบกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลังสมองบาดเจ็บที่รบกวนชีวิตประจำวันได้⁴ ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องการศึกษา²⁸ เนื่องจากการดูแลที่มีมาตรฐานนั้นช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต จึงเกิดความพึงพอใจในการดูแล ผลลัพธ์ด้านพยาบาลพบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา¹² และความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติฯ สูงกว่าก่อนใช้ สอดคล้องกับข้อค้นจากการศึกษาว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้น เพิ่มความมั่นใจ เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้^{28,29} ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผ่านการทบทวนความรู้และคัดสรรอย่างเป็นระบบ ถือว่าเป็นการจัดการความรู้แบบหนึ่ง เนื่องจากการดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติในหน่วยงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ส่วนใหญ่นักพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติร้อยละ 100 มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในทุกระยะ มีการให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและปรับแก้ไขร่วมกัน

ทำให้มีความรู้สึกมีความเป็นเจ้าของร่วมกันช่วยส่งเสริมการมี
คุณค่าในบทบาทการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบบันทึก
ทางการพยาบาลโดยผลลัพธ์ไม่พบผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเสียชีวิต
ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แนว
ปฏิบัติระดับมาก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพควรนำใช้ในการดูแลผู้ป่วย
สมองบาดเจ็บในแผนกศัลยกรรม

2. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปประยุกต์ใช้
ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ โดยอาจปรับให้เข้ากับบริบทของหน่วย
งาน และมีการทบทวนผลลัพธ์แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
พร้อมกับทบทวนแนวปฏิบัติหากมีการเปลี่ยนแปลงข้อค้นพบ
ใหม่ เพื่อให้มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย และเพื่อผลลัพธ์
ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านเวลาในการศึกษา
จากข้อกำหนดทุนวิจัย 1 ปี ซึ่งนำแนวปฏิบัติใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
4 เดือนระหว่างมิถุนายน - กันยายน 2565 จึงทำให้ไม่สามารถ
เปรียบเทียบกับผลลัพธ์กับตัวชี้วัดคุณภาพรายปีได้ ควรมีการ
ศึกษาวิจัยติดตามในระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล
ของแนวปฏิบัติต่อไป

References

1. Panjaisri S, Phuenpathom N, Veerasarn K. Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury. Bangkok : Tana Press & Graphic company Limited; 2013. (in Thai)
2. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. Journal of neurosurgery. 2018; 130(4): 1080 - 97.
3. Potaya S. The Glasgow Coma Scale. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (1) : 30 - 8. (in Thai)
4. Utaisang A, Pearkao C. Factors Associated with Severity Level of Post-Concussion Syndrome in Patients with Mild Traumatic Brain Injury. The National and International Graduate Research Conference. 2016: 668 - 77. (in Thai)
5. Nakhon Phanom Hospital. Top 5 Nakhon Phanom Hospital causes of deaths,2022; 2022. (in Thai)
6. Andelic N, Howe EI, Hellstrom T, Sanchez MF, Lu J, Lovstad M, et al. Disability and quality of life 20 years after traumatic brain injury. Brain and behavior. 2018; 8(7): 1-10.
7. Varghese R, Chakrabarty J, Menon G. Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury: A Narrative Review. Indian Journal of Critical Care Medicine. 2017; 21(10): 684 - 97.
8. Ganefianty A, Songwathana P, Nilmanat K. Transitional care programs to improve outcomes in patients with traumatic brain injury and their caregivers: A systematic review and meta-analysis. Belitung Nursing Journal. 2021; 7(6): 445 - 56
9. National Health and Medical Research Council. (NHMRC). A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council. Australia; 1999.
10. Smith LS. How to use Focus charting. Nursing. 2000; 30(5): 76 - 7.
11. Phunawakul S, Reungsri N, Montarak O, Kongros J. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Surgery from Traumatic Brain Injury in Phichit Hospital. Journal of the Department of Medical Services. 2017; 42(6): 102 - 7. (in Thai)
12. Issaraphan K, Rojcheewin P. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Surgery from Traumatic Brain Injury. Journal of Health Science. 2016; 5(5): 823 - 30. (in Thai)

13. Ongiem A, Vichitvejpaisal P. Validation of the Tests. Thai Journal of Anesthesiology. 2018; 44(1): 36-42 (in Thai)
14. Tayraukham S. Research methodology in social sciences and humanities. Kalasin: rasan Kanpim; 2008. (in Thai)
15. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. Journal of Chiropractic Medicine. 2016; 15(2): 155 – 63.
16. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2014 Edition: Systematic Review; Protocol; Effectiveness; Qualitative; Economic; and Methods. Australia : Graphic Design and cover photography by Martin Williams; 2014.
17. Khiewchaum R, Wattana C. Holistic Nursing for Traumatic Brain Injury Patient. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2017; 28(1): 129 - 39. (in Thai)
18. Kochaipath P, Intarit L. The Development of Nursing Care Model for Traumatic Brain Injury Patients in Community Hospital. Journal of phrapokklao nursing college. 2020; 30(2): 203 - 18. (in Thai)
19. Sopon A, Chumnabborirak P, Promtee P, Yutthakasemsunt S, Pochaisan O. The development model of severe traumatic brain injury: Case management study. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017; 29(3):126 - 38. (in Thai)
20. Phuenpathom N, Srikitwilaikul. Editors. Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury. Bangkok : Prosperous plus company Limited; 2020. (in Thai)
21. Kerdchuen K, Jittasuttho Y, Panyapradit C. The Role of Nurses in Caring for Severe Head Injury Patients from Hospital to Home Care. Journal of Health and Nursing Education. 2021; 28(1): 1-13. (in Thai)
22. Varghese R, Chakrabarty J, Menon G. Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury: A Narrative Review. Indian Journal of Critical Care Medicine. 2017; 21(10): 684 - 97.
23. Marshall S, Bayley M, McCullagh S, Velikonja D, Berrigan L. Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms. Canadian Family Physician. 2012; 58(3): 257 - 67.
24. Prachuablar C. Increased Intracranial Pressure in Patients with Brain Pathology: A Dimension of Evidence-Based Nursing Practice. Thai Journal of Nursing Council. 2018; 33(2): 15 - 28. (in Thai)
25. Yang L, Liao D, Hou X, Wang Y, Yang C. Systematic review and meta-analysis of the effect of nutritional support on the clinical outcome of patients with traumatic brain injury. Annals of Palliative Medicine. 2021; 10 (11): 11961- 69
26. Ganefianty A, Songwathana P, Nilmanat K. Transitional care programs to improve outcomes in patients with traumatic brain injury and their caregivers: A systematic review and meta-analysis. Belitung Nursing Journal. 2021; 7(6): 445 - 56.
27. Pattuwage L, Olver J, Martin C, Lai F, Piccenna L, Gruen R, et al. Management of spasticity in moderate and severe traumatic brain injury: evaluation of clinical practice guidelines. Journal of head trauma rehabilitation. 2017; 32(2): E1 - 12.
28. Plucktaweesak S, Thongtanunam Y, Yuadyong S. Development of care for patients with moderate to severe traumatic brain injury at Pranangklaao Hospital. Journal of health science research. 2020; 14(3): 71-82. (in Thai)
29. Thaiudom A, Lumnok N. Development and Evaluation of Evidence-based Nursing Protocol for Patients with Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(3):107-16. (in Thai)

การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล

Application of Contemplative Education to Enhance Nursing Students' Skills in Mental Health and Psychiatric Nursing

พรรณภา เรืองกิจ วณิดา ชวเจริญพันธ์ บุษบา สงวนประสิทธิ์*

Phannapa Ruangkit Wanida Chawajaroenpan Boosaba Sanguanprasit*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10230

Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira Bangkok Thailand 10230

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในห้องเรียนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ในการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติงานทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้ ทักษะและทัศนคติ สามารถวางแผนและให้การการดูแลผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยความเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 ที่ฝึกภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 24 คน ที่อยู่ในความดูแลของผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนการสอนที่ประยุกต์แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาและการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการเชิงคุณภาพ โดยการสังเกต พฤติกรรมการแสดงออกของนักศึกษา การสอบถาม แผนการพยาบาลและการบันทึกความรู้สึกของนักศึกษา วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้กิจกรรมการสอนตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา นักศึกษามีสมาธิ การสื่อสารปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล มีความเอื้ออาทรเห็นใจผู้อื่น คลายความวิตกกังวลและมีความสุขในการฝึกปฏิบัติงาน สามารถสร้างสัมพันธภาพและทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเอื้ออาทร

คำสำคัญ : แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา, นักศึกษาพยาบาล, สุขภาพจิตและจิตเวช, ความเอื้ออาทร

Abstract

This classroom action research aimed to evaluate the results of applying contemplative education principles in designing mental health and psychiatric nursing practicum learning activities in getting students ready in all aspects- mental, emotional, and required knowledge, skills, and attitudes. As such, they would be able to plan and provide nursing care to the patients in accordance with Mental Health and Psychiatric Nursing process with caring behaviors. Samples were 24 third-year nursing students enrolling in the Mental Health and Psychiatric Nursing practicum and under supervision of the principal investigator. Research instruments included learning activities applying contemplative education principles to get students ready for their prac-

tices in the Mental Health and Psychiatric ward. Qualitative methods including observing students' verbal and non-verbal behaviors, queries, nursing care plan, and students' journals were used for evaluation. Data were analyzed by using content analysis.

Results showed that the preparation activities applying contemplative education principles could improve students' concentration, communication and inter-personal interactions, self-awareness, caring behaviors, acceptance of individual differences; reduce their nervousness and anxiety. Such changes made them enjoy their clinical practice and able to build good relationship and trust among the patients, develop nursing care plan and provide effective care to the patients in accordance with Mental Health and Psychiatric Nursing process with caring behaviors.

Key words: contemplative education, student nurse, mental health and psychiatric nursing, caring behaviors

บทนำ

พยาบาลมีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติอยู่ตลอดเวลา จึงไม่เพียงแต่ต้องมีความรู้ในเรื่องโรคและการพยาบาลเท่านั้น แต่จะต้องเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น มีทักษะที่ดีในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹ การพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี ทำให้ผู้คนมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีความอดทนน้อยลงกว่าเดิม ขาดวิจารณญาณที่ดี มักใช้อารมณ์ ความรุนแรง มีการทำร้ายร่างกายและก่ออาชญากรรมมากขึ้น ความรักและความเอื้ออาทรต่อผู้อื่นน้อยลง ปัญหาด้านจิตเวชทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดปัญหาสังคมรวมทั้งปัญหาในการให้บริการสุขภาพที่มักเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เกิดการร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่ไม่พึงประสงค์ของบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง³

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้สถาบันการศึกษาทั้งในระดับมัธยมและอุดมศึกษาทั้งในและต่างประเทศหันมาให้ความสนใจการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกจากภายในของผู้เรียน (Transformative learning) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา ปลูกฝังการมีสติ สมาธิ ความรักและความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์^{4,5,6} ทั้งนี้เพราะการฝึกสมาธิจะช่วยให้สมองส่วนหน้า (anterior cingulate cortex) ที่มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์มีความหนาขึ้น ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์ดีขึ้น มีความยั้งคิด รับรู้ถึงความรู้สึก

และเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้แจ้งในตน มีคุณธรรมและความจำที่ดีขึ้น⁴ เกิดความผ่อนคลาย⁷

หนึ่งในวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในของผู้เรียนคือ จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) ซึ่งเป็นการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเอง โดยการใช้สติ สมาธิ ในการคิดใคร่ครวญประสบการณ์ที่ผ่านมา การรับฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจและด้วยใจที่เป็นกลาง พร้อมทั้งจะเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Growth Mindset and Life-long learning)^{4, 5, 6, 7}

การจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามีหลักการพื้นฐาน 7 ประการคือ การสร้างบรรยากาศเพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนรู้ โดยการใช้สติ สมาธิ พิจารณาใคร่ครวญ (contemplation) อารมณ์และความคิดของตนเอง การสร้างบรรยากาศของความรัก ความเมตตา (compassion) ความไว้วางใจ (Trust) ความรู้สึกปลอดภัย (Safety) การเห็นอกเห็นใจ (empathy) และการยอมรับซึ่งกันและกัน การเผชิญความจริง (confronting reality) ของตนเองและการเผชิญกับความเป็นจริงที่แตกต่างไปจากกรอบความคิด ความเคยชินของตน ความเชื่อมโยง (connectedness) คือการบูรณาการการเรียนรู้ในแง่มุมต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นองค์รวม สามารถวิเคราะห์เหตุปัจจัยได้อย่างเป็นระบบ ความต่อเนื่อง (continuity) ของกระบวนการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมประสบการณ์ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้เรียน ความมุ่งมั่น (commitment) ที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และการสร้างชุมชน

(community) แห่งการเรียนรู้ ความรัก ความสามัคคี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละคน^{8,9,10}

กิจกรรมที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง โดยการใช้หลักจิตตปัญญาศึกษา แบ่งเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ส่วนบุคคล คือ การทำความรู้จักและเข้าใจตัวเอง โดยการใคร่ครวญทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง (direct experience) เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง และการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น (indirect experiences)^{8,9,11} ซึ่งการเล่าเรื่อง การรับฟังด้วยความตั้งใจ และการสนับสนุนในกลุ่มเพื่อน เป็นการเสริมพลังสมาชิกในกลุ่ม เกิดความมั่นใจในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น (other-awareness) มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) และเกิดการตระหนักรู้ต่อสังคม (social-awareness)^{13,14}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประยุกต์หลักจิตตปัญญาศึกษาในการจัดการเรียนการสอน ทั้งในระดับมัธยม และอุดมศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาด้านการพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนมีสติ สมาธิ มีการตระหนักรู้ในตนเองและคุณค่าของตนเอง มีความรับผิดชอบ มีความรัก ความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อผู้อื่น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวมด้วยจิตวิญญาณที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์^{9,11,15-18} เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการประยุกต์จิตตปัญญาศึกษาในการจัดการเรียนการสอน ส่วนใหญ่เป็นการประเมินการรับรู้ตนเองของผู้เรียนในเรื่องความเอื้ออาทร^{11,20,21} ซึ่งมีองค์ประกอบหลักคือการให้บริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความยั้งยืน กระตือรือร้น ให้เกียรติและไม่ตำหนิ ส่วนความตระหนักรู้ในตนเอง มีองค์ประกอบคือ สามารถบอกอารมณ์และความรู้สึกของตนเองในขณะนั้นได้ รู้ว่าการแสดงออกของตนเองมีผลกระทบต่อผู้รอบข้าง²²

วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้วิธีการประเมินทางสุขภาพจิตและจิตเวช การใช้เครื่องมือในการบำบัดรักษา การใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร ซึ่งจากประสบการณ์การสอนการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเป็นเวลากว่า 10 ปีของผู้วิจัยพบว่า แม้จะมีการ

จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการแล้ว แต่นักศึกษาส่วนใหญ่ยังรู้สึกไม่มั่นใจ หวาดกลัว วิตกกังวล ที่จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เกิดความเครียดในระหว่างการฝึกงาน และส่งผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพ และการสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวช¹⁹

เพื่อเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยประยุกต์กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเตรียมนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติ จนกระทั่งสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงาน อันจะส่งผลให้นักศึกษามีทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในด้าน 1. ความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย ความตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองและของผู้อื่น เข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ทักษะการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ ความรู้และทัศนคติต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและการดูแลผู้ป่วย และ 2. ระหว่างการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และความสามารถในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชแบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาจะทำให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและคุณค่าของตนเอง มีการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น ไม่เครียด รับรู้ถึงความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความรัก ความเอื้ออาทร สามารถสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม คุณลักษณะดังกล่าวร่วมกับความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงและสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม สามารถวางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในห้องเรียน (Classroom Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จำนวน 76 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 24 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ในความดูแลของผู้วิจัยหลักซึ่งผ่านการอบรมการประยุกต์ใช้จิตตปัญญาศึกษา ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ นักศึกษาที่มีอาการป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งนักศึกษาเป็นสามกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน แต่ละกลุ่มทำกิจกรรมในการวิจัย กลุ่มละ 4 สัปดาห์

เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1. กิจกรรมการเรียนการสอน โดยการประยุกต์กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญของศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน การดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างเสริมแรงจูงใจ

วันที่ 1 เป็นการสร้างแรงจูงใจและเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ทั้งด้านวิชาการและด้านจิตใจ ก่อนพบผู้ป่วย โดยการฝึกให้นักศึกษามีสติ สมาธิ เข้าใจและยอมรับความเป็นตัวตนของตนเองและบุคคลอื่น ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) การสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้สอนกับนักศึกษา และระหว่างนักศึกษาด้วยกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น โดยไม่ต้องกังวลว่าจะถูกตำหนิ หรือกลัวว่าเรื่องของตนเองจะถูกนำไปเปิดเผย

2) ก่อนเริ่มกิจกรรมการเรียนการสอน ผู้สอนให้นักศึกษาได้ไตร่ตรอง คิดใคร่ครวญ ทบทวนตนเองว่าพร้อมที่จะเรียนรู้หรือไม่ ทั้งในด้านความคิด จิตใจ และ สภาพอารมณ์

3) ฝึกทักษะการฟังโดยให้นักศึกษาในกลุ่มผลัดกันเล่าเรื่องราวชีวิตของตนเอง และผู้ฟังตั้งใจที่เป็นกลางอย่างสงบ ปราศจากอคติ โดยไม่ตัดสินผู้พูด เพื่อทำความเข้าใจและตระหนักถึงความไว้วางใจของผู้เล่าที่มีให้กับผู้ฟัง

4) ทำกิจกรรมสายธารชีวิต โดยให้นักศึกษาวาดภาพเหตุการณ์ที่ผ่านมา จากวัยเยาว์จนถึงปัจจุบัน แนะนำตัวให้เพื่อนในกลุ่มได้รู้จักกันมากขึ้น เพื่อเป็นการฝึกสมาธิ และใคร่ครวญทบทวนชีวิตของตนเอง ให้เกิดความเข้าใจและยอมรับตัวตนของตนเองและผู้อื่น

5) ให้นักศึกษาชมคลิปวิดีโอชีวิตผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสะท้อนให้เห็นมุมมองของการเป็นมนุษย์ด้วยกัน ฟังเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตัวบุคคล ให้เกิดความรู้สึกเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย จากนั้นให้นั้นร่วมกันสะท้อนคิดในบทบาทของการเป็นพยาบาลจิตเวชที่จะให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

6) ให้นักศึกษาเข้าหอยผู้ป่วยเพื่อรับมอบหมายผู้ป่วยกรณีศึกษา เปิดโอกาสให้นักศึกษาพบกับผู้ป่วย เพื่อประเมินสภาพ สร้างปฏิสัมพันธ์ นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาล

7) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

วันที่ 2 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนการให้บริการ (Pre - Conference) เพื่อประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ ก่อนการให้การพยาบาลผู้ป่วย

วันที่ 3 - 5 นักศึกษาร่วมกันวางแผนการพยาบาล การจัดกิจกรรมบำบัด การฝึกทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2 การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) มอบหมายใบงาน ให้นักศึกษาตอบคำถาม และบรรยายความรู้สึกเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง ทบทวนจุดอ่อน จุดแข็ง และเป้าหมายของการฝึกปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2) การสะท้อนคิด (Reflection) เพื่อทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อการวิเคราะห์และสรุปสิ่งที่ต้องพัฒนา

สัปดาห์ที่ 3 - 4 การแสดงศักยภาพในการให้การพยาบาล

การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลหลังการฝึกแต่ละวัน เพื่อให้นักศึกษาได้ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติ เพื่อนำมาวิเคราะห์วางแผนในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

2. เครื่องมือประเมินผล

เป็นการประเมินผลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวทางในการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของนักศึกษา และการสอบถาม ในระหว่างการทำกิจกรรมในระยะเตรียมความพร้อมและระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การแสดงความคิดเห็นในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การเขียนแผนการพยาบาล และการเขียนสะท้อนคิดแสดงความรู้สึกของนักศึกษา โดยประยุกต์จากประเด็นการประเมินพฤติกรรม การแสดงความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล²⁰ การให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์²¹ การตระหนักรู้ในตนเอง²² และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด¹⁹ ประเด็นการประเมินมีดังนี้

1) พฤติกรรมแสดงออกของนักศึกษาในระยะการเตรียมความพร้อมคือ การสื่อสารเล่าเรื่อง การรับฟังอย่างตั้งใจ การตระหนักรู้ถึงความคิดและอารมณ์ของตนเอง การยอมรับความเป็นตัวตนของตนเอง การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ความวิตกกังวล ความรู้และทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวชและการดูแลผู้ป่วย

2) การแสดงความคิดเห็นในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ในประเด็นที่ได้เรียนรู้ในแต่ละวัน ตระหนักข้อดี ข้อเสียจากการปฏิบัติและบอกแนวทางในการพัฒนาตนเอง กล่าวแสดงความคิดเห็นและซักถามประเด็นที่สงสัยยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น

3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโดยมีข้อมูลสนับสนุน กำหนดกิจกรรมการพยาบาลโดยให้เหตุผลเชิงวิชาการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน มีการประเมินผลการพยาบาล

4) พฤติกรรมดูแลผู้ป่วย การให้บริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความยิ้มแย้ม กระตือรือร้น ให้เกียรติและไม่ตำหนิ ปฏิบัติการทางการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการและเทคนิค

5) การปฏิบัติต่อเพื่อนในกลุ่ม เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยและญาติ ด้วยความสุภาพและให้เกียรติ

6) ความรู้สึกของนักศึกษาเมื่อจบการฝึกปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระเชตุพน พระบรมราชชนก ใบรับรองเลขที่ ERB No.7/2566 ลงวันที่ 16 มกราคม 2566

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยร่วมซึ่งไม่ใช่ผู้สอน เข้าพบนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงโครงการและสิทธิของนักศึกษาในการที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และสามารถไปเรียนกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งใน 2 กลุ่มที่มีการเรียนการสอนตามปกติโดยอาจารย์ท่านอื่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลการศึกษามีความเที่ยงตรง ผู้วิจัยหลักเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสอบถาม การตรวจสอบแผนการพยาบาลของนักศึกษา และบันทึกข้อคิดเห็นและความรู้สึกของนักศึกษา มีการเก็บข้อมูลก่อนเริ่มกิจกรรมเพื่อตรวจสอบความพร้อมของนักศึกษาในการพยาบาลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในด้าน อารมณ์ ความรู้สึก ทักษะการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ ความรู้และทัศนคติต่อการพยาบาลจิตเวชและการดูแลผู้ป่วย ในระหว่างการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็นและการสอบถามนักศึกษา การวิเคราะห์แผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วย การวิเคราะห์เนื้อหาจากบันทึกความรู้สึกของนักศึกษาเพื่อสรุปและอธิบายข้อค้นพบ

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในห้องเรียนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาหลังจากการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ในการจัดการเรียนการสอน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้าน ความรู้และทัศนคติต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและการดูแลผู้ป่วย ความตระหนักรู้ในตนเอง คุณค่าของตนเองและผู้อื่น ทักษะการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติงาน และความสามารถในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย

ตามกระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแบบองค์รวม
ด้วยความเอื้ออาทร

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทำการกิจกรรมนักศึกษา มีความหวาดกลัว เครียดและวิตกกังวลที่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช
เนื่องจากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยประเภทนี้มาก่อน ไม่มั่นใจว่าจะสามารถรับมือกับผู้ป่วยได้หรือไม่ ขาดทักษะในการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม ไม่กล้าแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของตนเอง
นักศึกษาคนที่ 1 เขียนว่า “ตอนแรกรู้สึกเครียดกลัวผู้ป่วยว่าจะทำร้ายเรา เพราะก่อนขึ้นฝึกงานรู้สึกว่าผู้ป่วยมองเราแบบว่าไม่ค่อยเป็นมิตร....” นักศึกษาคนที่ 2 เขียนว่า “ตอนแรกหนูค่อนข้างกังวลเพราะกลัวมาก ๆ ค่ะ รู้สึกกระแวงผู้ป่วยตลอดเลยค่ะ เพราะเป็นครั้งแรกที่ได้ขึ้นฝึกด้วย.....”

เมื่อสิ้นสุดการทำการกิจกรรมการเตรียมความพร้อม
ในสัปดาห์แรกพบว่า นักศึกษามีความผ่อนคลายไม่เครียด
เกิดความตระหนักรู้ในตนเอง รู้สึกคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลเกิดความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจผู้ที่อยู่ในความทุกข์ สามารถเชื่อมโยงความรู้จากบทเรียนสู่แนวทางการปฏิบัติได้

นักศึกษาคนที่ 3 เขียนว่า “การฟังด้วยความตั้งใจ
ทำให้หนูฟังข้อมูลได้ครบถ้วนและไม่ด่วนตัดสินผู้อื่น เข้าใจผู้อื่น
และใจเย็นลง ..ทำให้หนูเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น”

นักศึกษาคนที่ 4 เขียนว่า “...ได้เรียนรู้และเข้าใจคนอื่นมากขึ้น ได้นึกถึงความรู้สึกของคนอื่นว่าเขารู้สึกอย่างไร....
การกระทำของคนคนหนึ่งย่อมมีที่มาและเหตุผลที่แตกต่างกัน
...เราไม่ควรจะตัดสินคนอื่นเพียงเพราะฟังคนอื่นพูดมาหรือเพียงเพราะเราไม่ได้รู้ถึงเหตุผลของเขามาก่อน”

นักศึกษาคนหนึ่งเล่าเรื่องราวของตนเองว่า

“...หนูเคยรู้สึกว่าเกิดมาเหมือนไม่มีตัวตน ไม่มีใครต้องการหนู หลังพอกับแม่เลิกกัน หนูอยู่กับพ่อและแม่เลี้ยงไม่นานพ่อก็เสียชีวิต หนูต้องไปขออาศัยอยู่กับป้าและลุงเขย..”
“...ลุงเขยคิดไม่ดีกับหนู เล่าให้ใครฟังก็ไม่มีใครเชื่อ ดีที่หนูหนีออกมาจากบ้านมาได้ คิดว่าจะมาขอพึ่งพี่ชาย แต่เขาก็ไม่พอใจ ดูด่าว่าหนูไม่อดทน เป็นภาระคนอื่น....หนูรู้สึกตัวเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการของใครเลย”

คำบอกเล่าของนักศึกษาค้นดังกล่าว ทำให้เพื่อน
นักศึกษาในกลุ่มน้ำตาซึม แสดงความเห็นใจและเข้าใจความรู้สึก
ของผู้เล่า หลายคนร่วมปลอบใจและให้กำลังใจบางคน
กล่าวขอโทษที่เคยคิดในแง่ลบกับผู้เล่ามาก่อน

นักศึกษาคนที่ 5 เขียนว่า

“การที่เราพูดแล้วมีคนฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตำหนิแต่ให้
ข้อคิดที่ดีแก่เรา ทำให้หนูมีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อน ๆ มีความมั่นใจ
ในตัวเองและมีกำลังใจในการปรับปรุงตัวเอง”

ในระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย นักศึกษา
สามารถสื่อสารสร้างความสัมพันธ์อันดีและความไว้วางใจกับ
ผู้ป่วย สามารถรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์และนำมาใช้ในการ
วางแผนการพยาบาล รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยตามหลัก
วิชาการและเทคนิคด้วยความกระตือรือร้น ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
ใช้คำพูดและมีกิริยาท่าทางให้เกียรติผู้ป่วย มีจิตอาสาในการช่วยเหลือผู้อื่น และเกิดความสุขในการฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่าง
จากการฝึกงานของนักศึกษารุ่นก่อนๆ ที่เต็มไปด้วยความกังวล
และความเครียด

หลังจากผ่านการทำการกิจกรรมเตรียมความพร้อม
และขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อ
ผู้ป่วยของนักศึกษาคนที่ 1 และ 2 ที่เคยมีความรู้สึกกลัวเครียด
และกังวลในการที่จะต้องสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดย
นักศึกษาคนที่ 1 เขียนไว้ว่า “...พอได้ทำความรู้จักและ
ทำการกิจกรรมร่วมกัน ก็รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นมิตรกับเรามากขึ้น”
ในขณะที่ นักศึกษาคนที่ 2 เขียนไว้ว่า “...พอได้ขึ้นฝึกงาน
ตอนแรกผู้ป่วยก็ยังระแวงนักศึกษาแต่สักพักก็ปรับตัวเข้ากันได้
และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รู้สึกมีความสุขและสนุกมาก
ที่ได้ทำการกิจกรรมกับผู้ป่วย”

นักศึกษาคนที่ 6 เขียนว่า “จากระแวงเปลี่ยนเป็น
ไวใจ ครั้งแรกของการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยรู้สึกกังวล ตื่นเต้นไป
หมด แต่พอได้คุยกับเขาแล้วรู้สึกดีมาก ๆ” “คนไข้ผ่านเรื่องราว
แรงมาอย่างไม่น่าเชื่อ หนูเข้าใจแล้วว่าทำไมเขาถึงมีโลกส่วนตัว
ของเขาเอง....”

นักศึกษาคนที่ 7 เขียนว่า “การได้รับความไว้วางใจ
จากผู้ป่วยในการพูดคุยและให้อาสาเราในการดูแลเขา
แม้ว่าเราจะต้องเตรียมกิจกรรมเยอะแค่ไหน แต่ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้
รู้สึกว่าคุณค่ามากที่ได้ทำลึกลงไป รู้สึกว่าเราเองก็สามารถ
ทำประโยชน์ได้..” “ประทับใจที่ได้เห็นรอยยิ้มที่มอบให้กัน”
“ผู้ป่วยทำให้หนูมีกำลังใจที่จะเรียนรู้และให้กำลังใจหนูเสมอ”

นักศึกษาสามารถวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยแบบ
องค์รวมได้อย่างเหมาะสมตามกระบวนการการพยาบาลจิตเวช
ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

นักศึกษาคนที่ 8 เขียนว่า “การใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือ
ในการช่วยบำบัด ทำให้หนูได้เห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์มาก

ขึ้น การมองโลกที่กว้างขึ้น”

นักศึกษาคนที่ 10 “....การที่ได้ขึ้นฝึกจิตเวช เปลี่ยนความคิดหนูหลายอย่าง ทั้งทัศนคติการใช้ชีวิตของตนเอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช” “...หนูจะตอบแทนอาจารย์ด้วยการเป็นพยาบาลที่ดี ทำงานอย่างซื่อตรง..”

นักศึกษาคนที่ 11 เขียนว่า “ในตอนที่ได้เจอผู้ป่วยครั้งแรกทั้งวิตกกังวล กลัว แต่พอได้สัมผัสกับผู้ป่วยก็รู้สึกดีอย่างประหลาด ถึงตอนนั้นก็ตระหนักได้ว่าท้ายสุดเราคือมนุษย์เหมือนกัน.... ดีใจที่ตนเองได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแม่จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ รู้สึกเหมือนก้าวเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ขึ้น” “การฝึกในครั้งนี้สอนให้เติบโตไปพร้อมกับเยียวยาจิตใจ และสอนให้ตระหนักว่าเราไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบ...เพียงแค่มีใจที่นึกถึงเพื่อนร่วมโลกนั้นก็มีความหมายมากเพียงพอแล้ว”

นักศึกษาคนที่ 12 เขียนว่า “การได้พบผู้ป่วยทุกวัน ได้เห็นพวกเขาร่วมทำกิจกรรม สามารถสู้และเผชิญกับปัญหาที่เจออยู่ ทำให้หนูยิ้มได้อย่างมีความสุข หนูอยากบอกเขาว่า คุณเก่งมาก..... ขอขอบคุณการฝึกครั้งนี้ ทำให้หนูเรียนรู้ที่จะเข้าใจคนอื่น ขึ้นชมและขอบคุณผู้อื่น และการเป็นผู้ให้...”

การเปลี่ยนแปลงระดับกลุ่ม พบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาในกลุ่มดีขึ้นกว่าก่อนการทำกิจกรรมและดีกว่ารุ่นก่อน ๆ ที่ผ่านมามีเห็นได้ชัด มีความสามัคคี กลมเกลียว รับฟังความเห็นของกันและกันด้วยความตั้งใจ และให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ เกิดกระบวนการช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิกในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เข้าใจ เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น

จากผลการพัฒนาดังกล่าว ทำให้นักศึกษาสามารถวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามหลักการของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างนักศึกษา ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ พลังบวกนี้ เป็นผลให้นักศึกษาเกิดจิตอาสาต้องการทำกิจกรรมเพื่อสร้างความสุขให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มนักศึกษาร่วมกันจัดกิจกรรมอาสาด้วยความคิดสร้างสรรค์ในวันสุดท้ายของการฝึกปฏิบัติงาน และจัดเลี้ยงอาหารให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้วยความเต็มใจ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การนำหลักการจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ ทำให้นักศึกษามีความผ่อนคลายไม่เครียด

เกิดความตระหนักรู้ในตนเอง รู้สึกคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เกิดความรักความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจผู้ที่อยู่ในความทุกข์ สามารถเชื่อมโยงความรู้จากบทเรียนสู่แนวทางการปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าสติ สมาธิ มีผลเชิงบวกต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้เรียน^{4,14} การรับฟังและการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในตนเอง สามารถสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี¹³ ทำให้สามารถวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักการการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การประยุกต์ใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ในกลุ่มนักเรียนมัธยมทำให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบและผลการเรียนดีขึ้น⁶ และการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ทำให้นักศึกษาตระหนักรู้ในตนเอง มีทักษะในการฟังอย่างใส่ใจ มีสติ สมาธิดีขึ้น สามารถควบคุมตนเองได้ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น มีความเอื้ออาทร^{9,15,17} สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์^{16,11}

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการสอดแทรกกิจกรรมที่ทำให้นักศึกษาได้ฝึกสติ สมาธิ ในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติ เช่น การทบทวนความคิด อารมณ์ความรู้สึกของตนเองทุกครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมการเรียนการสอน การวาดภาพ การรับฟังผู้อื่นด้วยความตั้งใจ การทบทวนการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของตนเองในแต่ละวัน ทำให้นักศึกษามีสติ สมาธิดีขึ้น เป็นผลให้เกิดความยั้งคิด รู้ผิดชอบชั่วดี และไตร่ตรองหาเหตุผล มีความรับผิดชอบ^{4,5,6} เข้าใจและยอมรับความเป็นตัวตนของตนเองและความแตกต่างของผู้อื่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น⁴

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องจากการสร้างสติสมาธิ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเวช การแลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิด และการเรียนรู้ภายในกลุ่ม และการนำประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในของบุคคลที่เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับระหว่างบุคคล สู่ระดับกลุ่ม/ชุมชน⁹ การเริ่มต้นจากการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ทำให้ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัย เกิดความไว้วางใจในตัวอาจารย์และเพื่อน

กล้าที่จะพูดแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างเสรี ปราศจากความกังวลว่าสิ่งที่พูดไปจะส่งผลเสียตามมา กล้าที่จะบอกเล่าความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตัวเอง เรื่องราวที่เป็นความอัดอั้นตันใจ เป็นเรื่องที่รู้สึกอับอายเป็นปกติ ไม่อยากเล่าให้ใครฟัง ทำให้ได้ปลดปล่อยความกดดันภายใน รวมทั้งการที่ผู้เล่า ได้รับความเห็นใจ กำลังใจจากกลุ่มเพื่อน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มองโลกในแง่ดี ไม่รู้สึกว่าตนเองอยู่อย่างโดดเดี่ยว ชีวิตมีคุณค่ามีความหมายมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกที่ต้องการทำความดีเพื่อผู้อื่นและสังคม ซึ่งเห็นได้จากการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของนักศึกษาระหว่างการ Post conference ซึ่งเป็นการเสนอความเห็นที่มีเหตุผล และสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดความรักความสามัคคี และความเอื้ออาทรต่อกันภายในกลุ่ม เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยตามหลักการของการพยาบาลจิตเวชอย่างแท้จริง บรรยากาศการฝึกปฏิบัติการในครั้งนี้ต่างไปจากที่เคยเป็นมา จากที่นักศึกษาเคยกลัวไม่มั่นใจ ขึ้นฝึกปฏิบัติเพียงเพื่อให้ครบตามข้อกำหนดของหลักสูตร กลับเป็นการฝึกปฏิบัติที่เปี่ยมไปด้วยพลังที่เกิดจากความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร และความมุ่งมั่นตั้งใจของนักศึกษา ในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ตามหลักการด้วยความเต็มใจ และด้วยความสุข ตามข้อความที่นักศึกษาคนที่ 10 ที่เขียนไว้ว่า “การได้พบผู้ป่วยในทุกวัน ได้เห็นพวกเขาร่วมทำกิจกรรม สามารถรู้และเผชิญกับปัญหาที่เจออยู่ ทำให้หนูยิ้มได้อย่างมีความสุข หนูอยากบอกเขาว่า คุณเก่งมาก..... ขอขอบคุณการฝึกครั้งนี้ ทำให้หนูเรียนรู้ที่จะเข้าใจคนอื่น ซึ่ซมและขอบคุณผู้อื่น และการเป็นผู้ให้...”

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ แต่สามารถทำให้นักศึกษาเกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด มีทัศนคติที่ดี ไม่ด่วนตัดสินผู้อื่น มีความรักและความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีความยั่งยืน หากนักศึกษานำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต แต่หากนักศึกษาอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อ ปล่อยตัวไปตามกระแสสังคมวัตถุนิยม อาจทำให้เกิดความย่อหย่อนในการปฏิบัติ หรือละเลยไม่ปฏิบัติ ทำให้การ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรโดยการบูรณาการกิจกรรมตามหลักการจิตตปัญญาศึกษาในหลักสูตรให้ครอบคลุมทุกวิชาและต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการธำรงความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน

2. ควรจัดให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะของอาจารย์ให้สามารถประยุกต์หลักการและกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาในการจัดการเรียนการสอนและสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงจากภายใน (transformative learning) อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการประยุกต์ใช้หลักการจิตตปัญญาศึกษาในองค์กรอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพัฒนาอาจารย์ การจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย และในชุมชน การสร้างวัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อให้บัณฑิตที่จบการศึกษาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

References

1. Kosolchuenvijit J. Caring: Central Focus of Humanistic Care. Journal of Boromarajonani College of Nursing. 2013; 15(2): 134-41.
2. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. Geneva; 2021.
3. Kamutthachai P. Case Studies of Medical Conflict Management in a Hospital. Public Health & Laws Journal. 2016; 2(2): 191-208. (in Thai)
4. Sherman GL. Transformative Learning and Well-Being for Emerging Adults in Higher Education. Journal of Transformative Education. 2021; 19(1): 29-49.
5. Onsrir P. Contemplative education: education for human development in 21st century. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(1): 7-11. (in Thai).

6. Phoemkhuen A, Kumsiripiman K, Mangkhang C. Applying Contemplative Education to develop student quality in Civic Duty courses at Darapittayakom school, Uttaradit province. *Journal of Education Naresuan University*. 2017; 19(4): 265-75. (in Thai)
7. Tang YY, Hölzel B, Posner M. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015; 16(4): 213-25.
8. Anantreechai S, editor. 60 Contemplative Education Ideas in Classrooms: introduction. Nonthaburi: Vatcharin P.P Ltd. Printing; 2022. (in Thai)
9. Barrs KS. Spiritual Care in Holistic Nursing Education: A Spirituality and Health Elective Rooted in T.R.U.S.T. and Contemplative Education. *Journal of Holistic Nursing*. 2020; 38(1): 122-30.
10. Paksa P. Contemplative Education: learning activity for students in higher education. *Journal of Education, Mahasarakham University*. 2020; 14(4): 7-18. (in Thai)
11. Choosang S, Nillapan M. The Paradigm of Contemplative Education Enhance Humanized Care of Nursing Student. *Silapakorn Educational Research Journal*. 2021; 13(1): 9-23. (in Thai)
12. Nuangchalerm P, Prachagool V. Promoting Transformative Learning of Preservice Teacher through Contemplative Practices. *Asian Social Science* 2010; 6(1): 95-9.
13. Eyre A. The Manchester Attack Support Group Programme: modelling a psychosocial response to collective trauma. *Journal of Psychosocial Studies* 2022; 15(1): 16-35.
14. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011; 6(6): 537-59.
15. Sornlob P, Prompuk B, Thiraphong, N. Effects of Contemplative Education Program on Self Awareness and Happiness in Learning of Nursing Students. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*. 2020; 26(1): 41-53. (in Thai)
16. Sornlob P, Sroisong S, Fuongtong P, Teerapong N. Effects of Contemplative Education on Happiness Learning and Holistic Nursing among Nursing Students. *Health Science Journal Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong*. 2022; 6(1): 112-26. (in Thai)
17. Anan K, Boontham A, Cheaplamp S, Songsawangthum M, Chaopipat Y, Bualuang T. The Development of Empathy in nursing students using the Contemplative Education. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19 Supplement: 68-77. (in Thai)
18. Polsingchan S, Rungruang K. The Integration of Contemplative Education Concepts and Problem-based Learning Method in a Selected Topic of Ethics and Laws in Nursing Profession Subject for Nursing Student. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2021; 30(2): 23-25. (in Thai)
19. Vipavanich S. Role of Psychiatric Nurses in Therapeutic Relationship Building. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021; 15(38): 732-43. (in Thai)
20. Liao HC, Huang CY, Wang YH. Development and psychometric testing of a scale measuring caring behaviors for healthcare students and providers, *Medical Education Online*. 2022; 27(1): 1-11. doi:10.1080/10872981.2022.2066496
21. Zhang J, Zhou X, Wang H, Luo Y, Li W. Development and Validation of the Humanistic Practice Ability of Nursing Scale. *Asian Nursing Research*. 2021; 15(2): 105-12.
22. Rasheed SP, Sundus A, Younas A, Fakhar J, Inayat S. Development and Testing of a Measure of Self-awareness Among Nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 2020; 43(1): 36-44.

ผลของโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดต่อความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหารในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

The Effect of Program to Reduce Blood Sugar on Knowledge Motivation
and Food Selective Skill in Women with Diabetic Mellitus Patients
with Uncontrolled Blood Sugar

กัลยาวิร อนนท์จารย์¹ สุนนทิพย์ บุญเกิด*² อลงกรณ์ สุขเรืองกุล² วริศรา ปันทองหลาง³

Kanlayawe Anonjarn¹ Sumonthip Boonkerd*² Alongkorn Sukrueangkul² Warissara Panthonglang³

¹สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี นครราชสีมา ประเทศไทย 30000

¹Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhonratchasima Thailand 30000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี ประเทศไทย 12110

²Faculty of nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani Thailand 12110

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา นครราชสีมา ประเทศไทย 30000

³Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhonratchasima Thailand 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ลดระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม ต่อความรู้ แรงจูงใจ ทักษะการเลือกอาหาร ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ป่วยเพศหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม ≥ 7 ขึ้นไป มารับบริการในคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองโรงพยาบาลราชสีมามหาสารคาม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ แรงจูงใจ ทักษะในการเลือกอาหาร และโปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมก่อนหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p\text{-value} < .05$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value} < .05$) แต่ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1497.882, df = 1, p\text{-value} < .01$)

คำสำคัญ: โปรแกรมลดน้ำตาลในเลือด, การให้ความรู้, การสร้างแรงจูงใจ, ทักษะการเลือกอาหาร

Corresponding Author* : E-mail: Sumonthip_b@mut.ac.th

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

วันที่รับ (received) 6 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 มิ.ย. 2566

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of using the program for reduce blood sugar levels on knowledge, motivation, and food selection skills in female diabetic patients who can't control their blood sugar levels by applying the Information Motivation Behavior skill model. The sample was Diabetes Mellitus type2 female patients with HbA1C ≥ 7 or higher who came to receive services at the Diabetes Clinic, Community Health Center, Muang Ratchasima Hospital. They were divided into experimental and comparison groups of 40 people each. Data were collected from questionnaire responses consisted of knowledge, motivation, food selection skills. and program to reduce blood sugar. Comparison of HbA1C levels before and after the experiment. and analyzed using frequency distribution, percentage number, Pair t-test, Independent t-test, and Repeated measures ANOVA statistics.

The results showed that the experimental group had average knowledge, motivation, and food selection skills scores after joining the program more incredible than before joining the program (p-value < .05) and more significant than the comparison group (p-value < .05). After joining the program more than the comparison group (p-value < .05). After the experiment and the follow-up period in the experimental group, the cumulative blood glucose level was higher than before the experiment. When comparing the mean by repeated ANOVA, it was found that the cumulative blood sugar level between the experimental group and the comparison group. There was a statistically significant difference ($F = 1497.882$, $df = 1$, p-value < .01).

Keywords: Program to Reduce Blood Sugar, Knowledge, Motivation, Food Selection Skills

บทนำ

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกเป็นอันดับที่ 4 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี มากถึง 15 ล้านคน¹ ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในภาพรวมของประเทศ พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2564 อยู่ที่ 74,518 ถึง 83,536 คนต่อปี² โดยสถิติการเสียชีวิตนี้เพิ่มขึ้นทุกปี ถึงแม้จะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรณรงค์เรื่องควบคุมป้องกันโรคและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อาทิ เช่น กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย คลินิกเบาหวานตามโรงพยาบาลต่างๆ ก็ตาม แต่อุบัติการณ์โรคเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันอีกร้อยละ 29¹ โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ได้

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 23

เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมให้น้อยกว่า 7% mg.% ได้³ ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของผู้ป่วยเบาหวานในระดับ พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองโรงพยาบาลราชสีมาสอสหพิทอล ตำบลในเมืองอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ทั้งสิ้น 400 คน มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 3 เดือน (HbA1C) น้อยกว่า 7 mg.% กว่า 200 คน หรือมากกว่าร้อยละ 60⁴

โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย เช่น โรคแทรกซ้อนทางไต (nephropathy) โรคแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) โรคเท้าจากโรคเบาหวาน และเกิดโรคซึมเศร้าจากการที่ต้องตัดขา ถึงแม้ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมค่ายาที่จำเป็นและค่ารักษาในผู้ป่วยใน แต่ก็ยังเป็นเพียงส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ไม่ได้รวมถึงค่าดูแลโดยอ้อม ค่าเดินทาง การขาดรายได้จากการขาดงาน

และภาวะทุพพลภาพที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับ³ จากการวิจัยที่ผ่านมา มีโปรแกรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด หลายรูปแบบที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทั้งในและต่างประเทศ อาทิเช่น โปรแกรมการให้ความรู้และการจัดการตนเอง^{5,6,7,8} โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง^{9,10,11} โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย^{12,13} ถึงแม้จะมีโปรแกรมเหล่านี้เพื่อลด และ/หรือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก็ยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญอยู่ เพราะพบสถิติเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องมาจากการจัดการเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นขาดความยั่งยืนของพฤติกรรม อีกทั้งการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีความซับซ้อน

แนวคิดทฤษฎีการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม Information- Motivation -Behavior skill Model กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีความเฉพาะเจาะจง มีการสร้างแรงจูงใจทางบวก และมีการพัฒนาทักษะพฤติกรรมที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเป้าหมายที่เหมาะสม ที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ที่ลดลง¹⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจนำมาสร้างโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงในระดับบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจที่ดีจากทัศนคติภายในตนเอง และบรรทัดฐานทางสังคม รวมทั้งมีการฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจง อาจจะสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้เป็นไปตามที่ต้องการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการ

ทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานงานวิจัย

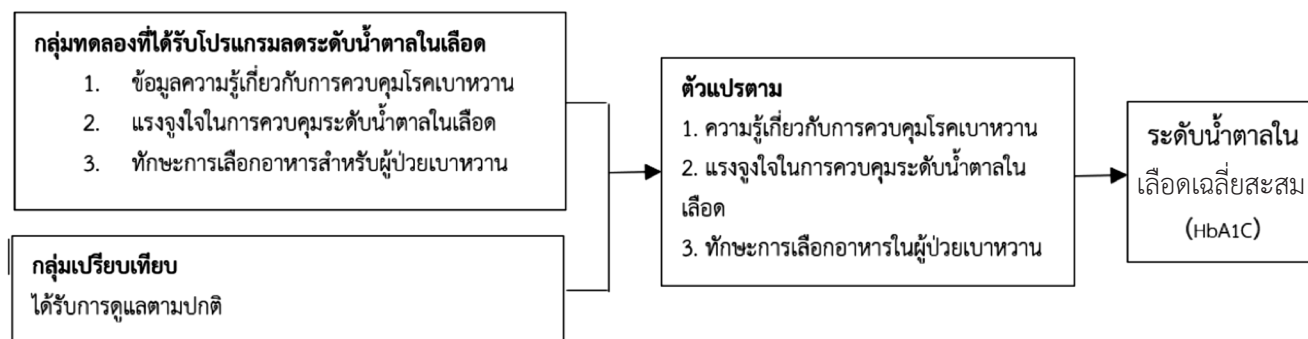
1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน ระดับแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และทักษะการเลือกอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองจะมีระดับน้ำตาลในเลือดระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ลดลงกว่าระยะก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ แนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม (The Information Motivation Behavioral Skill Model)¹⁴ เชื่อว่า คนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ 3 ปัจจัย คือ 1) ต้องได้รับข้อมูลความรู้ 2) ต้องเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน และ 3) ทักษะในการกระทำพฤติกรรม ส่งผลให้เกิด ความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหาร โดยทั้งหมดนี้ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ซึ่งผู้วิจัยได้เชื่อมโยงแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แสดงดังแผนภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง 3 ครั้ง วัดก่อน หลัง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรมประเมินความรู้ แรงจูงใจ ทักษะในการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพเขตเมืองโรงพยาบาลราชสีมาฮอสพิทอลมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ภายใน 3 เดือนก่อนดำเนินการทดลองมากกว่าหรือเท่ากับ 7

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยการคำนวณตามสูตรของคอคแรน (Cochran) ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน ประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร จากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรจากงานวิจัยที่ผ่านมา เรื่อง การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในผู้ใหญ่ โดยการให้พฤติกรรมสุขภาพ = 15^{15} ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่า $Z = 1.96$ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวมจำนวน 80 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวาน และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยการจับคู่ (matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกัน คือ (1) เพศหญิง (2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ (3) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) อยู่ในระดับความรุนแรงเดียวกัน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่มีความเท่าเทียมกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติข้างต้น สามารถเข้าใจ สนทนาได้ตอบรู้เรื่อง สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อน ไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป และโรคทางหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้มีพฤติกรรมการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุราเรื้อรัง อยู่ในภาวะมีเมามาหรือกำลังอยู่ในภาวะที่ต้องการการรักษาแบบฉุกเฉินในขณะที่ทำการศึกษาดิฉันไม่สมประกอบ มีความพิการทางสมอง/ปัญญาอ่อน และเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน สถานภาพการสมรส ตำแหน่งในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นคำถามให้เลือกตอบ มีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่จะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน แบบวัดความรู้นี้จะแบบทดสอบที่ให้เลือกตอบ ถูก ผิด มีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10

ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบไปด้วยความคิดเห็น ความสนใจ ความตั้งใจ การเห็นคุณค่า ความพอใจ ความต้องการ รวมทั้งคำชมหรือรางวัลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ประโยชน์ของการฝึกสมาธิแบบสั้น แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจ เป็นชนิด rating scale 4 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะในการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีทั้งหมด 10 ข้อ ชนิด rating scale 4 ระดับ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือส่วนที่ 2, 3 และ 4 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องตามแนวคิด ทฤษฎีแนวคิด การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม (Information Motivation Behavior Skill Model) ได้นำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ที่ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คนมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้เท่ากับ 0.96, 0.68 และ 0.60 ตามลำดับ การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หาค่าความเชื่อมั่นของ ความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

0.75 และ 0.71 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เป็นโปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามรูปแบบ แนวคิดทฤษฎีการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม (Information Motivation Behavior Skill model) ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้ที่เฉพาะเจาะจง การเสริมสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เดือนที่ 1 ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เดือนที่ 2 สร้างแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เดือนที่ 3 ฝึกทักษะในการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เดือนที่ 4 สรุปและทบทวน ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะเลือกอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Contents validity) แผนการสอน เรื่อง การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และทักษะในการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในการดำเนินโปรแกรมที่ช่วยระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 3 คนพิจารณา และมีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2565 เลขที่ใบรับรอง HE-134-2022 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อ และรายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม รวมถึงการลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

การรวบรวมข้อมูล วัดระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล และวัดผล การให้ความรู้ วัดแรงจูงใจ วัดทักษะการเลือกอาหาร 2 ครั้ง คือ ระยะก่อนการทดลองในเดือนที่ 1 และระยะหลังการทดลองในเดือนที่ 4 การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาศึกษาทั้งหมด 6 เดือน มีการวัดผลการทดลองเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมในครั้งที่ 4 ระยะติดตามผลของโปรแกรมอีก 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) ข้อมูลที่รวบรวมได้มีการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติ จึงสามารถใช้สถิติที่เป็นพารามิเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ แรงจูงใจ ทักษะในการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองทดสอบด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบจับคู่ (Pair t-test) ทั้งสองช่วงของการเก็บข้อมูล และเปรียบเทียบในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่า Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง สิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60.0 ส่วนอายุของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระหว่าง 50-54 ปีมากที่สุด ร้อยละ 34.0 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาที่ 4 หรือ 6 เป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่าในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 54.3 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 43.3 กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 51.4 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 51.4 ไม่มีโรคร่วม แต่กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 60.0 มีประวัติเป็นโรคร่วม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 71.4 เคยเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดอื่นๆ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 47.7 ซึ่งข้อมูลคุณลักษณะของประชากรมีความใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ แรงจูงใจ ทักษะการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะก่อน และระยะหลัง การทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	Mean	S.D.	t-test	p-value
ความรู้				
ก่อนทดลอง (n = 35)	7.37	1.816	-2.528	.016*
หลังทดลอง (n = 35)	7.74	1.244		
แรงจูงใจ				
ก่อนทดลอง (n = 35)	31.60	2.97	-2.711	.010*
หลังทดลอง (n = 35)	32.40	2.92		
ทักษะการเลือกอาหาร				
ก่อนทดลอง (n = 35)	28.17	3.78	-3.035	.005*
หลังทดลอง (n = 30)	30.28	2.81		

*p-value <.05

จากตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน แรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะการเลือกอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมด้านของความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p<.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน						
ก่อนทดลอง	7.37	1.816	7.06	2.05	0.710	.480
หลังทดลอง	7.74	1.244	7.00	2.10	1.763	.083
แรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนทดลอง	31.60	2.97	28.50	5.64	2.829	.006*
หลังทดลอง	32.40	2.92	28.93	5.95	3.048	.003*
ทักษะการเลือกอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน						
ก่อนทดลอง	28.17	3.78	25.20	3.98	3.086	.003*
หลังทดลอง	30.28	2.81	25.50	3.90	5.727	<.001*

*p-value <.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย แรงจูงใจ ทักษะการเลือกอาหารในผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p>.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาลสะสม	SS	df	MS	F	p-value ^a
ระหว่างกลุ่ม	17026.076	1	17026.076	1497.882	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	727.473	64	11.367		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	14..504	2	7.252	28.736	<.001*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	1.344	2	0.672	2.663	.074
ความคลาดเคลื่อน	31.798	126	0.252		

*p-value <.05

จากตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งการวัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างกันของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีปฏิสัมพันธ์กัน ในช่วงเวลาที่ต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน ระดับแรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหาร ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระยะก่อน และระยะหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมด้านของความรู้ แรงจูงใจ แรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>.05$) อธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร ที่สามารถเพิ่มความรู้ในเรื่องนั้นได้จะต้องเป็นข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่ขาดเท่านั้น แรงจูงใจทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งทักษะพฤติกรรม เป็นพื้นฐานที่มาจากองค์ประกอบ ทฤษฎีความสามารถตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถนำไปสู่การรับรู้เฉพาะบุคคล¹⁴ ซึ่งเป็นผลมาจาก ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีระดับความรู้เรื่องโรคแล้ว อีกทั้งเคยเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานหลายครั้ง ยกเว้นความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อน

จากโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงทำให้ค่าคะแนนในด้านแรงจูงใจ และทักษะการเลือกอาหารสูงตามไปด้วย

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ การศึกษาในอดีตกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย แรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทักษะการเลือกอาหาร ในผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ($p>.05$)^{16,17} ส่วนในด้านพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม ระยะก่อน ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งการวัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่ต่างกัน ไม่พบความแตกต่าง อธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีการให้ข้อมูล

การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรมว่า เมื่อ
บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีความเฉพาะเจาะจง
มีการสร้างแรงจูงใจทางบวก และมีการพัฒนาทักษะพฤติกรรม
ที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเป้าหมายที่
เหมาะสม ที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด
เฉลี่ยสะสม (HbA1c) ที่ลดลง¹⁴ จากการศึกษาเมื่อติดตาม
ทุก 3, 6, 9, 12, 15, 18 เดือน ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย
สะสมจะเริ่มลดลงที่ระยะ 9 เดือนหลังการได้รับโปรแกรม
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผ่านขั้นตอนลงเลใจ ขั้นตอนสนใจ
ขั้นลงมือปฏิบัติ เข้าสู่ขั้นของการกระทำอย่างต่อเนื่อง หรืออาจ
เกิดการย้อนกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมหากผู้ป่วยมีอาการ
จิตใจที่เปราะบาง ไม่แข็งแกร่งพอ โดยในขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลา
6 เดือนขึ้นไป¹⁴

ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ผลลัพธ์ของ
การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองระหว่างกลุ่ม
ศูนย์เบาหวานและกลุ่มคลินิกอายุรกรรมทั่วไปที่มีระดับ
น้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสมหลังรับบริการในเดือนที่ 3, 6, 9
และ 12 เดือน ที่ลดลงทั้ง 4 ช่วง อย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ อธิบายเพิ่ม
เต็มได้ว่า ในกลุ่มตัวอย่างยังเป็นวัยทำงานอาจติดภาระในการ
หาเลี้ยงชีพ ทำให้การควบคุมเบาหวานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
รวมถึงระยะเวลาที่เป็นเบาหวานนาน ร่วมกับ การเกิด
โรคแทรกซ้อน และ โรคร่วม ที่ทำให้การทำงานของเบต้าเซลล์
ของตับอ่อนมีการสูญเสีย และเสื่อมเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้การ
ควบคุมระดับน้ำตาลยากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. เชิงนโยบาย ควรมีการจัดฝึกอบรมทีมบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่าย ให้มีการพัฒนาศักยภาพด้าน
การสร้างแรงจูงใจ และการตั้งเป้าหมายในการลดระดับน้ำตาล
ในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

2. การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องใช้
ทักษะในการสร้างแรงจูงใจภายในตนเอง เสริมสร้างทัศนคติ
ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรม
ลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สามารถไปประยุกต์ใช้ในการ
การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ ซึ่งการฝึกทักษะพฤติกรรม
ในแต่ละพื้นที่นั้นควรจะต้องทำการวิจัยค้นหาความรู้ที่เฉพาะ

เจาะจงในส่วนที่ผู้ป่วยขาด ควรมีเก็บข้อมูลทั้งระดับน้ำตาล
ในเลือดเมื่ออดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลในเลือด
เฉลี่ยสะสม (HbA1c) เพื่อให้มีความครอบคลุมต่อผลการวิจัย
มากขึ้น และเพิ่มระยะติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล
ในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1c) จนถึงระยะ 9 เดือนเป็นต้นไป
รวมถึงควรจัดโปรแกรมกระตุ้นเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิต
ในระยะนี้ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรม

References

1. Department of disease control. The Situation
on NCDs, diabetes, hypertension and related
risk factors report. Bangkok: War Veterans
Organization of Thailand Under royal
patronage. 2019; 20-32. (in Thai)
2. Division of non-communication. Number and
mortality with 5 non-communication diseases
report (2017 - 2021). Ministry of Public
Health. 2023. (in Thai)
3. Rattarasarn C. The current situation and
cooperation for reforming disease care
diabetes in Thailand. Bangkok: Novo Nordisk
Pharma Thailand; 2017. (in Thai)
4. Community Health Center, Muang Ratchasima
Hospital. The report of patients with
diabetes number in the fiscal year 2021.
Nakhornratchasima: Ratchasima Hospital;
2021. (in Thai)
5. Nooseisai M, Viwattanakulvanid P, Kumar R,
Viriyautsahakul N, Muhammad Baloch G,
Somrongthong R. Effects of diabetes
self-management education program on
lowering blood glucose level stress and
quality of life among females with type 2
diabetes mellitus in Thailand. Primary Health
Care Research & Development. 2021; 22-34.
(in Thai)
6. Phomserance T, Yamasun S, Wongsas S. Effects of
a Case Management Program on Self-Care
Behaviors and Diabetic Retinopathy Clinical
Signs among Elderly with Diabetic Retinopathy
in Quality Elderly Clinic. Journal of The Royal
Thai Army Nurses. 2018; 19 :110-8. (in Thai)

7. Sayeed K A, Qayyum A, Jamshed F, Gill U, Usama S M, Asghar K, Tahir A. Impact of Diabetes-related Self-management on Glycemic Control in Type II Diabetes Mellitus. *Cureus*. 2020; 12(4) :e7845. doi: 10.7759/cureus.7845. PMID: 32483496; PMCID: PMC7253072.
8. Duangklad K, Lapvongwatana P, Chansatitporn N. Improvement of Self-Management Program in Uncontrolled Type II diabetes patients. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020; 36(1): 66-83. (in Thai)
9. Seepiboonbat J, Suksawan T, Sinakom T. The Effect of Health Behavior Modification Program on the Blood Glucose and HbA1c Level among Diabetic Patients Sawanpracharak Hospital. *Journal of Nursing and Education*. 2020; 13(2): 47-60. (in Thai)
10. Toonkeaw N, Aunban P, Chandeekeawchakool S. Effects of Health Behavior Changing Program (Food, Exercise, Emotion, Smoking and Alcohol Cessation, Medicine taking) and Vichai's 7 Color Balls Model on Knowledge of Health Behavior and Blood Sugar Levels of Diabetic Patient. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*. 2018; 24(2): 83-95. (in Thai)
11. American Diabetes Association; 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care*. 2020; 43(1) :48–65.
12. Phinyo P, Aphiphatkan W, Pangsuk P, Niyomsat Y, janhauna S, Mahem K. Effects of the North Eastern (Esan) Thai Folk Dance Exercise Program on Physical Fitness and Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2020; 40(3): 1-14. (in Thai)
13. Cannata F, Vadalà G, Russo F, Papalia R, Napoli N, Pozzilli P. Beneficial Effects of Physical Activity in Diabetic Patients. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*. 2020; 5(3):70. doi: 10.3390/jfmk5030070. PMID: 33467285; PMCID: PMC7739324
14. Fisher W A, Fisher J D, & Harman J. The Information-Motivation-Behavioral Skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness*. Malden, MA: Blackwell. 2003; 82-106.
15. Chandra Y O, Amico K R , Noemi C, Ann A O, Rafael P E, Seth C K, Scott A W, Jeffrey D F. Improving Diabetes Self-Care among Low-income Puerto Rican Adult. *Health Education Behavior*. 2010; 37(6): 849-62.
16. Punyapet K, Maharachpong N, Rodjarkpai Y. Effects of Self Care Model Pertaining to Self Health Care and Self Regulation Concepts for Controlling Blood Sugar of Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Journal of Health and Health Management*. 2022; 28 8(2): 105-18. (in Thai)
17. Duangklad K, Lapvongwatana P, Chansatitporn N. Improvement of Self-Management Program in Uncontrolled Type II Diabetes Patients. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020;36(1): 66-83. (in Thai)
18. Palapol T, Srisarakhum P, Srisarakhum R. Effects of Enhancing Perceived Self-Efficiency for Behavior in Prevention of Complications of Type 2 Diabetic Patients. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(1): 455-62. (in Thai)
19. Kunsathian J, Kiatpanabhikul P, Short-term outcome between DSMES at diabetes center versus service system as usual of internal medicine clinic for T2DM. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*. 2022; 18(2): 12-30. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effect of Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Hypertension Preventives among Persons at Risk Hypertension in Kantharalak District, Sisaket Province

จริยา กฤติยาวรรณ^{1*} ยูพาวดี แซ่เตีย²

Jariya Kittiyawan^{1*} Yuphawadee Sae-tia²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Faculty of Nursing, Ubonratchani Rajabhat University, Ubonratchani, Thailand 34000

²หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ศรีสะเกษ ประเทศไทย 33110

²Internal Medicine Ward, Kantharalak Hospital, Sisaket, Thailand 33110

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอร์ ด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน จับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในชุมชนควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

Corresponding Author: *Email: kittiyawan.jariya@gmail.com

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

The research funding from Ubon Ratchathani Rajabhat University,

วันที่รับ (received) 28 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 พ.ค. 2566

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest- posttest design. The research objectives were to study an effect of self-efficacy and social support enhancement program on hypertension preventives among persons at risk hypertension. The sample living in the area of responsibility of Don-Ow Sub-district Health Promoting Hospital. The sample consisted of 60 people, divided into the experimental group of 30 people and the control group of 30 people. The instrument used in study was the Self-efficacy with social support enhancement program. Data were collection by using the prevention of hypertension behaviors questionnaire. The content validity was .88 and the reliability was .87. The personal data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test. The results showed that the experimental group's mean scores for preventing high blood pressure behaviors were significantly higher than the control group ($p < .05$) and mean blood pressure level was at a different control level. statistically significantly different from the control group ($p < .05$).

Suggestions: Sub-district Health Promoting Hospital should apply the Self-efficacy with social support enhancement program in persons at risk hypertension lead to continuous and sustainable behavioral change

Keywords: preventing hypertension behaviors, self-efficacy, social support Behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคของหลอดเลือดแดงที่มีความดันค่าซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันค่าไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท^{1,2} ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเสื่อมลงที่นำมาสู่ความพิการทุพพลภาพ³ และเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.9 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ก่อให้เกิดผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็น ร้อยละ 3.7 ของ Disability-Adjusted Life Year (DALYs) โดยคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2025⁴ ในปี ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า 1.3 พันล้านคนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และตายจากโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ล้านคน/ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-79 ปี ทั้งนี้พบในวัยกลางคน (36-59 ปี) มากถึงร้อยละ 42⁵ ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าประชาชนไทยที่อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน ในจำนวนนี้ผู้ป่วย 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁶ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการแสดงในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้⁵ จากสถิติสาธารณสุขประเทศไทย พบอัตราการป่วยรายใหม่ของโรค

ความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) ในปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปจำนวน 19,339,645 คน พบว่ามีประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,311,219 คน (ร้อยละ 7.69)⁷ จากแนวโน้มที่สูงขึ้นส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้เฝ้าระวังการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องโดยให้ความสำคัญในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมให้ตระหนักถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.84 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งในวิถีชีวิตปกติกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่เป็นชาวบ้านตามชนบทจะไม่ได้วัดความดันและไม่มีเครื่องวัดความดันไว้ประจำบ้าน ดังนั้นการจัดกิจกรรมการวัดความดันที่ถูกต้องจะช่วยพัฒนาการตระหนักรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วย⁸ ข้อมูลปีงบประมาณ 2564 จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 22 อำเภอ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,013,815 คน พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3 อันดับแรกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป คือ อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอกุทุมพรพิสัย และอำเภอเมือง เท่ากับ 13,297, 11,589

และ 11,277 ราย ตามลำดับ ในอำเภอกันทรลักษ์ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 201,521 คน เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ มีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท¹ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี จำนวน 75,390 คน (ร้อยละ 37.43)⁹ จากการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่กระจายตัวทุกตำบลในอำเภอกันทรลักษ์ พบว่าส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สดมาเสมอ รับประทานอาหารรสเค็ม เช่น น้ำพริกแจ่ว อาหารพื้นบ้าน อาหารแปรรูป รับประทานผักน้อย ชอบรับประทานผลไม้รสหวาน นมเปรี้ยวและขนมหวานเพราะหาซื้อง่ายในท้องตลาด รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายความเมื่อยล้าหลังจากเลิกงานและช่วงเทศกาลเป็นประจำ เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงจึงเป็นพฤติกรรมที่พึงปรารถนาให้บุคคลกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนักตัว การลดอาหารที่มีโซเดียมสูง¹⁰ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงได้ให้ข้อมูลไว้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน อาทิ ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ รับประทานผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง จำกัดเกลือ รับประทานผัก ผลไม้ นมพร่องมันเนย หลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันจากสัตว์ เช่น หอยนางรม ปลาหมึก จะช่วยลดค่าระดับความดันโลหิตลงได้^{11,12}

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว นับเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เชื่อว่าบุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีเมื่อบุคคลได้เรียนรู้จากผู้ที่ประสบการณ และบุคคลจะสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อถูกโน้มน้าวด้วยการพูดซึ่งเป็นการกระตุ้นอารมณ์ โดยบุคคลจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์และแสดงพฤติกรรมที่คาดหวัง¹³ จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจะมีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่างจากกลุ่มควบคุม^{14,15} และจากทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่าบุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคม จึงจะส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายแห่ง

การมีสุขภาพดีและคงอยู่ให้ยาวนานขึ้น¹⁶ เมื่อบุคคลได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่างจากกลุ่มควบคุม^{17,18,19} ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับใด แตกต่างกันหรือไม่

2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอยู่ในระดับใด แตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม

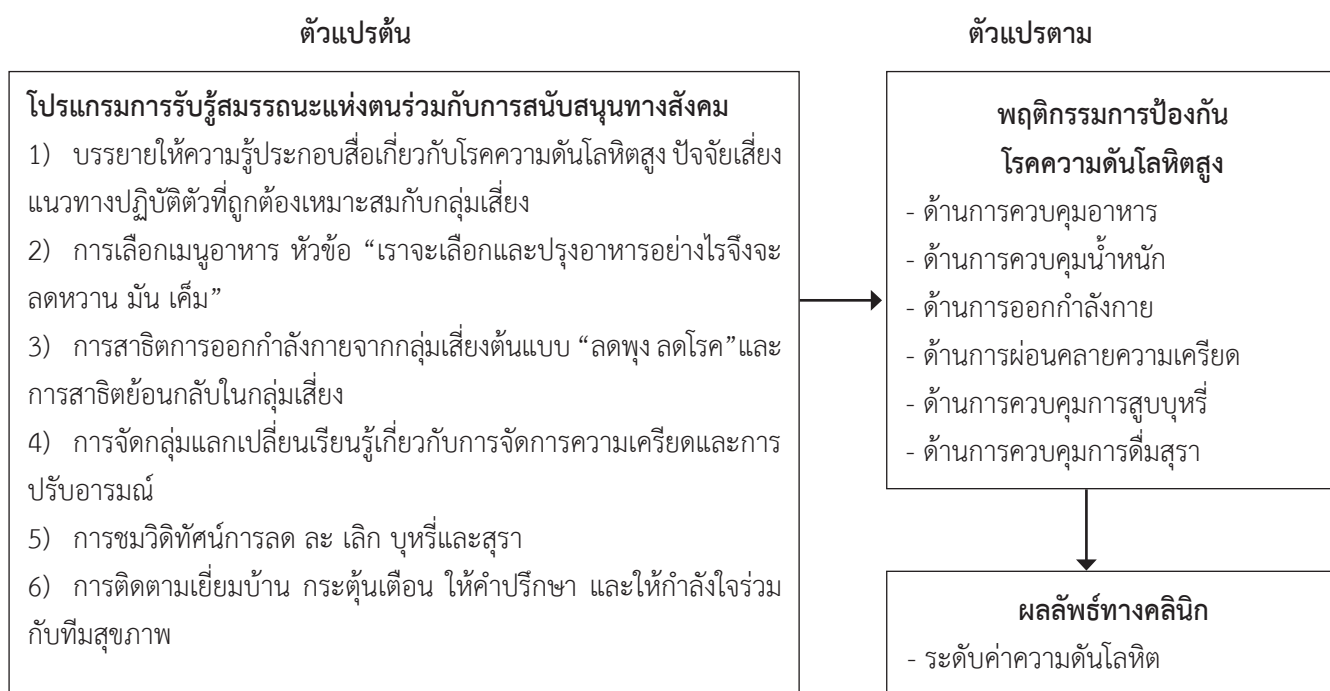
การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง

2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา¹³ ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ของคอบบ์¹⁶

ผนวกสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย บุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีเมื่อบุคคลได้เรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ บุคคลจะสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อถูกโน้มน้าวด้วยการพูดซึ่งเป็นการกระตุ้นอารมณ์โดยบุคคลจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์และแสดงพฤติกรรมที่คาดหวัง¹³ และจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน มั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคม จึงจะส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายแห่งการมีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่องและคงอยู่ให้ยาวนานขึ้น¹⁶ (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) นี้เป็นแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two group Pretest-Posttest design) การเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เพศชายและหญิงที่มีอายุ 35-59 ปี อาศัยในพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น

20 ตำบล จำนวน 75,390 คน⁹ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและพบว่า มีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 หาค่าอำนาจจำแนกในการวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนการควบคุม Type 2 error ได้กำหนด

ค่า effect size กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่นัยสำคัญ (α) ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80²⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันน้อยที่สุดได้ใช้วิธีจับเข้ากลุ่มในลักษณะเป็นคู่ (matched pair) กำหนดคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกัน คือ 1) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกแตกต่างกันไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท 2) ช่วงอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ 3) เพศ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เพศชายและหญิงอายุ 35-59 ปี 2) มีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท¹ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สื่อสารด้วยการพูด ฟังและเขียนด้วยภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ย้ายที่พักอาศัย 2) ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนามาจากกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²¹ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹³ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม¹⁶ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) บรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การเลือกเมนูอาหาร 3) การสาธิตการออกกำลังกายจากกลุ่มเสี่ยงต้นแบบ 4) การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดและการปรับอารมณ์ 5) การชมวิดีโอ การลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา และ 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจร่วมกับทีมสุขภาพ ระยะเวลาทดลองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน

พ.ศ. 2565 รวมจำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 60-90 นาที

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.83 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ตอนที่ 1 และตอนที่ 2 เท่ากับ 0.88 และ 0.84 และทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลกระแซง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2021-27 ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงการทำวิจัย สิทธิในการตอบคำถามหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่จะได้รับ ข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถามจะถูกรักษาไว้เป็นความลับทุกขั้นตอนและอภิปรายผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอาว์ ผู้วิจัยเข้าสำรวจประชากรกลุ่มตรวจระดับความดันโลหิตเพื่อเชิญและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) จัดโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 8 สัปดาห์ เป็นรายกลุ่มๆ ละ 12-15 ราย

ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที/ครั้ง/สัปดาห์ ใช้เวลาว่างของชุมชน คือ 19.00-20.30 น. ของทุกวันเสาร์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลและใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้เขินยินยอมร่วมโครงการวิจัย ทำการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในสัปดาห์แรก วัดความดันโลหิต และบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง แนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 และ 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเลือกเมนูอาหาร หัวข้อ “เราจะเลือกและปรุงอาหารอย่างไรจึงจะลดหวาน มัน เค็ม” 2) สาธิตและการสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย “ลดพุง ลดโรค” พบพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกลุ่มเสี่ยงต้นแบบ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้สำเร็จ

สัปดาห์ที่ 4 และ 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดและการปรับอารมณ์ 2) ชมวิดีโอทัศนคติการลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา สอบถามปัญหาอุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

สัปดาห์ที่ 6 และ 7 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพ เสริมแรงสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างร่วมกันฝึก วิธีสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง จดบันทึกพฤติกรรม เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขกับสมาชิกครอบครัว กล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างและกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) จัดกลุ่มสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว 2) วัดความดันโลหิต และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) ร่วมกันวิเคราะห์ผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความต่อเนื่องของพฤติกรรมและประโยชน์ที่ได้รับ และ 4) ยกย่องกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและมีผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้เป็นต้นแบบผู้ที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ขั้นตอนที่ 3 หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8

ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และวัดความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact Test และ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 54.49 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 รายได้ต่อเดือน 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 46.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.33 ไม่มีญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.67 สูบบุหรี่ ร้อยละ 13.33 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 43.33

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ย 50.71 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 36.67 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 รายได้ต่อเดือน 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 36.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.00 ไม่มีญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.67 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.67 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ค่าความดันซิสโตลิก (SBP)	135.96	16.12	134.80	16.72	- 6.11	.30*
ค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP)	86.50	10.66	85.89	11.41	- 7.61	.88*

*(p < .05)

ผลการทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลด้วย Chi-square test และ Fisher's Exact Test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยสถิติทีอิสระ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ค่าความดันซิสโตลิก (SBP)	124.65	12.64	133.80	12.62	- 6.01	.04*
ค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP)	76.04	11.96	83.33	10.91	- 7.66	.02*

*(p < .05)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n = 30คน)		กลุ่มควบคุม (n = 30คน)		t	P -value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	55.86	7.12	56.11	6.53	-.83	.34
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	83.44	8.24	60.27	7.06	11.07	.00*

*p .< 05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (Mกลุ่มทดลอง = 55.86, SD = 7.12 และ Mกลุ่มควบคุม = 56.11, SD = 6.53, $t = -.83$, $P = .34$) หลังให้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองภาพรวมอยู่ในระดับดีซึ่งสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง (Mกลุ่มทดลอง = 83.44, SD = 8.24 และ Mกลุ่มควบคุม = 60.27, SD = 7.06, $t = 11.07$, $P = .00$) ซึ่งหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีซึ่งสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองมีระดับที่สูงขึ้นนั้น ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้วิจัยส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการให้ข้อมูลความรู้ทางด้านโภชนาการ การเลือกเมนูอาหาร การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียด และวิธีการลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา รวมทั้งได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จ โดยพบปะและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

สำเร็จ และการได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹³ กับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม¹⁶ ซึ่งบุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีเมื่อบุคคลได้เรียนรู้จากผู้ที่มีการประสบการณ์ และบุคคลจะสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อถูกโน้มน้าวด้วยการพูดซึ่งเป็นการกระตุ้นอารมณ์โดยบุคคลจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์และแสดงพฤติกรรมที่คาดหวัง และบุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน จึงเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคม จึงจะส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายแห่งการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พบว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจะมีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹² และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ และเมื่อบุคคลได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14,15,16} จากผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องดังกล่าวส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองจะแปรผันตามระดับพฤติกรรมที่คาดหวัง ซึ่งเป็นผลจากโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ลดลง^{17,18,19}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมนี้ไปจัดกิจกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับความดันโลหิต

2) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถใช้เป็นต้นแบบให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมาก่อนได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมและความคงอยู่ของพฤติกรรม ควรเพิ่มระยะเวลาโปรแกรมการทดลอง 10-12 เดือนขึ้นไป และเพิ่มตัวแปรผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น

References

1. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Thai hypertension society. 2019. (inThai)
2. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, Chen J, He J. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016; 134(6):441-50.
3. Campbell NRC, Paccot BM, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, Espinosa Brito A, Irazola V, Brettler JW, Roccella EJ, Maldonado Figueredo JI, Rosende A, Ordunez P. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas. *The Lancet Regional Health Americas*. 2022 May; 9:None.

4. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. No. WHO/DCO/ WHD/2013.2. World Health Organization.2013
5. Campbell NR, Burnens MP, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, ... & Ordunez, P. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas. *The Lancet Regional Health-Americas*. 2022; 9 :100219. doi.org/10.1016/j.lana.2022.100219
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report of the division of non-communicable diseases fiscal year 2020. Graphic and design publishing house.2021. (in Thai)
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Details of indicators to determine supervise and monitor service quality non-communicable disease operations (diabetes and hypertension) for the fiscal year 2022. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control: indicators performance report.2020. (in Thai)
8. Srithumsuk W, Thummapol O. Home blood pressure monitoring: nurses' role for hypertension control management in patients' receiving antihypertensive medication. *The journal of the Royal Thai Army nurses*. 2020; 21(1): 35-45. (in Thai)
9. Sisaket Provincial Public Health Office. Statistics of high blood pressure screening in Kantharalak District: report. 2019. (in Thai)
10. Moinuddin A, Gupta R, Saxena Y. Assessment of anthropometric indices salt intake and physical activity in the a etiology of prehypertension.*Journal of clinical and diagnostic research*. 2016; 10(2):11-4.

11. James PA., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... & Ortiz, E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). The journal of the american medical association. 2014; 311(5) : 507-20.
12. Jantakot A, Sangsong U, Jaisue D, Khatichop N, Sihawong, S. The development of a model for the prevention of hypertension in risk group in a rural isan community through community participation. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2022; 32(2): 118-31. (in Thai)
13. Bandura A. Social foundations of thought and action : A social cognitive theory. Englewood Cliffs,NJ: Prentice Hall. 1986.
14. Wutieay R, Takaew T. Effects of Self-efficacy promoting program on self-care behaviors for hypertensive patients in mae Ing sub-district, phukamyao district, phayao provice. Thai. Journal of Health Education. 2021; 44(1): 102-14. (in Thai) Cobb S. Social support as a moderated of life stress. Psychosomatic Medicine.1976;38(5):300-314.
15. Charoenpong C, Nititham A, Teravechcharoenchai S, Chaleoykitti S. A development of health behavior promotion program of primary hypertensive patients. Journal of the royal thai army nurses.2018;20(1):157-64. (in Thai)
16. Cobb S. Social support as a moderated of life stress. Psychosomatic Medicine.1976;38(5) :300-14.
17. Jamkrajang T, Boonchun N, Mala J. The Effectiveness of the Self-efficacy and Social support Enhancement Program on Medication adherence and Blood pressure among Hypertensive Elderly in Community. The journal of the royal thai army nurses. 2017; 18 (Supplement) 2017; 270-9. (in Thai)
18. Maytasar S, Sartika RA. Family,Social,and Health Worker Support of Compliance Behavior to Patients with Hypertension In Boger,Indonesia. Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education. 2020;8(2):146-53.
19. Zhang O, Huang F, Zhang L, Li S, Zhang J. The effect of high blood pressure-health literacy, self-management behavior, self-efficacy and social support on the health-related quality of life of Kazakh hypertension patients in a low-income rural area of China: a structural equation model . Biomed central Public Health. 2021; 21(1):1-10.
20. Tato R. Nursing research : concepts to application. 4th Edition, Revised edition. Bangkok: Chulalongkorn university printing house. 2018.
21. Srichaiprawat T, Sarayut N, Serewiwattana M. The development of a model to promote health literacy and health behaviors towards cardiovascular disease in patients with diabetes and hypertension at health service network in Nonthaburi province. 2023; 17(1): 1-13. (in Thai)

โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Program to Promote Behaviors Prevention of Coronavirus – 2019 (COVID -19)
Disease of Parents Pre School-Aged Children in Child Development Center

นาฏอนงค์ แฟงพงษ์* ณัฐริดา ปัญญารณคุณ วิศนีย์ บุญหมั่น
Natanong Faengphong* Nattida Panyatanakun Wisanee Boonmun
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190
Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ (Chi-Square) ฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = 0.43$; $M = 4.19$, $SD = 0.58$) การรับรู้ประโยชน์ระดับมากที่สุด ($M = 4.75$, $SD = 0.35$) การรับรู้อุปสรรคน้อย ($M = 1.65$, $SD = 0.52$) และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นประจำ ($M = 2.73$, $SD = 0.44$) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการป้องกันโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.320$, $p = .020$, $t = 2.132$, $p = .019$, $t = 1.905$, $p = .031$ และ $t = 2.180$, $p = .019$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.083$, $p = .041$)

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน

Abstract

This study aimed to determine the preventive behaviors program coronavirus disease 2019. The participants were 60 of parents of pre-school-aged children whose divided into experimental group (n = 30) and comparison group (n = 30). These participants were randomly selected by using the multi-stage sampling technique. The research instruments were the preventive behaviors program, perceived susceptibility questionnaire, perceived severity questionnaire, perceived benefits questionnaire, perceived barriers questionnaire, and preventive behaviors questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Chi-Square, Fisher's exact test, and independent t-tests.

The results revealed that after the experimental group participated the preventive behaviors program they had a high level of mean score of perceived susceptibility and perceived severity (M = 4.10, SD = 0.43; M = 4.19, SD = 0.58) respectively. They had the highest level of mean score of perceived benefits of preventive behaviors (M = 4.75, SD = 0.35). They had low mean score of perceived barriers to preventive behaviors regarding COVID-19 (M = 1.65, SD = 0.52). They also had preventive behaviors as regularly (M = 2.73, SD = 0.44). The experimental group had perceived susceptibility, perceived severity, and perceived benefits of COVID-19 preventive behaviors statistically significant higher than the comparison group (t = 1.320, p = .020, t = 2.132, p = .019, t = 1.905, p = .031 and t = 2.180, p = .019 respectively) respectively. In addition, the experimental group had perceived barriers statistically significant higher than the comparison group (t = -2.083, p = .041).

Keywords: Coronavirus – 2019 Disease, parent of pre-school-aged

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ มีอุบัติการณ์การเกิดโรค และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั่วโลก พบสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไปทั่วโลกและตลอดทั้งปี¹ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศยกระดับโรคโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ หรือระยะ Pandemic จากการแพร่ระบาดลุกลามไปทั่วโลก ทำให้อัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จากรายงานในวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก 213,377,144 คน เสียชีวิต 4,451,014 คน ส่วนในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ 1,903,165 คน เสียชีวิต 19,158 คน

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แห่งชาติ ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนรักษาระยะทางทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่าง

ทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ¹ และการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังเป็นส่วนที่สามารถป้องกันโรคได้² สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อควบคุมโรค ในจังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ติดเชื้อสะสมวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 19,822 คน และในเขตอำเภอวารินชำราบมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 708 คน ซึ่งเป็นอำเภอที่มีการระบาดมากที่สุดในเขตจังหวัดอุบลราชธานี และยังมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจังหวัดอุบลราชธานีจึงกำหนดให้พื้นที่อำเภอวารินชำราบเป็นพื้นที่เสี่ยงที่จำเป็นต้องยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้มข้นขึ้น เป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการติดต่อโดยผ่านลมหายใจหรือสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มักมีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย สูญเสียการรับรสและกลิ่น ปวดกล้ามเนื้อ หรือบางรายอาจมีอาการปอดอักเสบ หายใจล้มเหลวร่วมด้วย และอาจเสียชีวิตได้¹ เมื่อเด็กมีการติด

เชื่อจะมีอาการค่อนข้างรุนแรง โดยเฉพาะอันตรายที่เกิดขึ้นที่ปอด เด็กมักจะเกิดภาวะปอดอักเสบได้ง่าย จนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นทุกภาคส่วนต้องร่วมมือในการหาแนวทางป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เหมาะสมสำหรับเด็ก

การป้องกัน และควบคุมโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นวิธีที่สำคัญที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปกครองเด็ก ผู้ปกครองเด็กถือเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เด็กอายุ 3-5 ปี ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ผู้ปกครองจึงมีบทบาทในการดูแลเด็กให้ทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการป้องกันโรค เช่น การล้างมือก่อน การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การสวมหน้ากากอนามัย³ การจัดให้มีแก้วน้ำ ถ้วย และช้อนส่วนตัวของเด็กเมื่อไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พร้อมทั้งมีการตรวจคัดกรองเด็กโดยการตรวจความผิดปกติของอุณหภูมิร่างกาย เด็กทุกวันก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และกำกับดูแลเด็กเล็กให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรค จะช่วยป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุตรของตน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ของบุคลากรทันตภิบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁴ และสอดคล้องกับ⁵ ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของเด็ก และการศึกษา⁶ ซึ่งได้ศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรค และการรับรู้อุปสรรคที่ต้องเผชิญในการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรค พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการโรคของผู้ปกครองเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคในเด็ก ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันการ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ปกครองเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

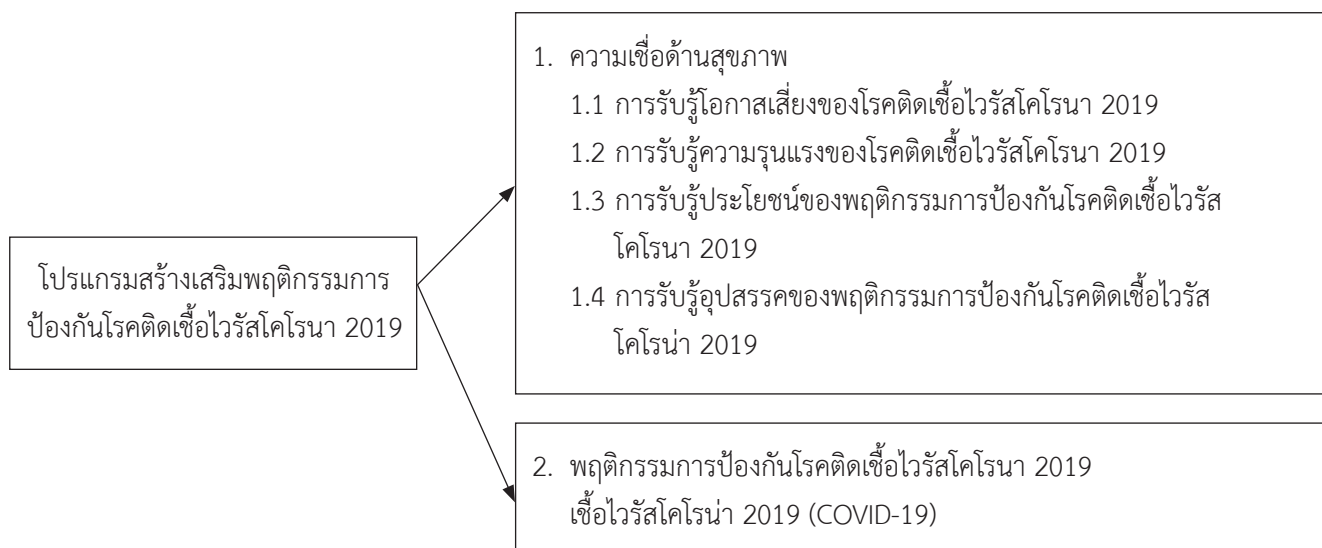
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการเรียนรู้สร้างทัศนคติที่ดี และฝึกประสบการณ์การป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปกครองสามารถร่วมป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตตามปกติ ลดอัตราการป่วย และการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ซึ่งกล่าวไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรคนั้นขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล จากการรับรู้ 3 มิติทัศน์ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (3) การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรค การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชากร คือ ผู้ปกครองที่มีเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2-5 ปี ที่มารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .60 และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Power Tables for Effect Size Cohen ซึ่งการวิจัยทางการพยาบาลจะสามารถเห็นผลการวิจัยที่ชัดเจนควรมีขนาดความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษาอยู่ในระดับ 0.4-0.67 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรค จำนวน 16 ข้อ แบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ คือ มีพฤติกรรม 5-7 วันในสัปดาห์ (3) ปฏิบัติบางครั้ง คือ มีพฤติกรรม 3-4 วันในสัปดาห์ (2) ปฏิบัติน้อยครั้ง คือ มีพฤติกรรม 1-2 วันในสัปดาห์ (1) ไม่ปฏิบัติเลย คือ ไม่เคยมี

พฤติกรรม (0) การแปลผลคะแนน ข้อมูลจากช่วงพิสัยตามมาตรวัด ดังนี้ คะแนน 2.51 ถึง 3.00 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนน 1.51 ถึง 2.50 คือ ปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 0.51 ถึง 1.50 คือ ปฏิบัติน้อยครั้ง และคะแนน 0.00 ถึง 0.50 คือ ไม่ปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เครื่องมือ 4 ชุด จำนวน 50 ข้อ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 11 ข้อ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 14 ข้อ

3.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ

ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) การแปลผลคะแนน จากช่วงพิสัยตามมาตรวัด ดังนี้ คะแนน 4.51 ถึง 5.00 คือ มีการรับรู้มากที่สุด คะแนน 3.51 ถึง 4.50 คือ มีการรับรู้มาก คะแนน 2.51 ถึง 3.50 คือ มีการรู้ปานกลาง คะแนน 1.51 ถึง 2.50 คือ มีการรับรู้น้อย และคะแนน 1.00 ถึง 1.50 คือ มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด

2. โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ประกอบด้วย กิจกรรม 3 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

การเกิดโรค และความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะเวลา 2 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 13:30-15:30 น. โดยมีกิจกรรม ดังนี้ ชมวีดิทัศน์สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบรรยายใน หัวข้อ การระบาดของโรค สาเหตุและการติดต่อ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบเมื่อเจ็บป่วย และ สนทนากลุ่ม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์การ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019

กิจกรรมที่ 2 สร้างการรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมการป้องกันโรค และรับรู้อุปสรรคน้อยเมื่อปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรค มีระยะเวลา 1 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 14:30-15:30 น. โดยมี กิจกรรมดังนี้ ชมวีดิทัศน์การล้างมือ 7 ขั้นตอน พร้อมทั้งฝึก ปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน การใช้ช้อนกลาง การสวมใส่ หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าและการจัดเก็บ พร้อมบรรยาย ในหัวข้อ ประโยชน์ของการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง การใช้แก้วน้ำ ถ้วย และช้อนส่วนตัว การสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า การตรวจคัดกรองเด็ก และการกำกับดูแล เด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และสนทนากลุ่ม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมอบพรทิวทัศน์ภูมิร่างกาย และคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

กิจกรรมที่ 3 ติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคและหาแนวทางการแก้ไขเป็นรายบุคคล โดยการโทรติดตามผู้ปกครอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์สาขา การพยาบาลเด็ก 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน และนายแพทย์เวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน โดย แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการ ป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ทุกชุด เท่ากับ 1 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ปกครอง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหา ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยพบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .90, .86, .88, \text{ และ } .91$ และ .87 ตามลำดับ)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-161/2564 ซึ่งรับรองวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอม การให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิดำเนินการโดย ใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังการวิจัย เสร็จสิ้น 5 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ ความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-Square ในกรณีที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ เซลล์ต่ำกว่า 5 จำเป็นต้องยุบกลุ่ม เพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละเซลล์ไม่ต่ำกว่า 5 เมื่อยุบกลุ่มจนเป็น ตาราง 2×2 หากเซลล์ Expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด ได้ใช้สถิติ Fisher's exact test แทน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้โอกาส เสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ การรับรู้อุปสรรคของ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบค่าที่แบบ อิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ สถิติ Independent t-test พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.70) เพศชาย (ร้อยละ 13.30) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.67) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและมัธยมศึกษาปีที่สูง (ร้อยละ 63.34) และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ

83.33) เพศชาย (ร้อยละ 16.67) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.67) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	M	SD	ระดับการรับรู้	M	SD	ระดับการรับรู้	M	SD	ระดับการรับรู้	M	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	3.77	.48	มาก	4.10	.43	มาก	4.12	.72	มาก	4.03	.44	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.78	.98	มาก	4.19	.58	มาก	4.32	.79	มาก	3.26	1.04	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรค	4.66	.47	มากที่สุด	4.75	.35	มากที่สุด	4.74	.35	มากที่สุด	4.55	.45	มากที่สุด
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรค	2.27	1.30	น้อย	1.65	.52	น้อย	1.78	1.31	น้อย	1.88	.95	น้อย

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ กลุ่มทดลอง ก่อน และหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (M = 3.77, SD = 0.48; M = 4.10, SD = 0.43; M = 3.78, SD = 0.98; M = 4.19, SD = 0.58 ตามลำดับ) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลองมีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.66, SD = 0.47; M = 4.75, SD = 0.35 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (M = 2.27, SD = 1.30; M = 1.65, SD = 0.52 ตามลำดับ) และกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (M = 4.12, SD = .72; M = 4.03, SD = 0.44 ตามลำดับ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน การทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (M = 4.32, SD = .79) และหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.26 , SD = 1.04) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.74, SD = .35; M = 4.55, SD = 0.45 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรค ก่อน และหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (M = 1.78, SD = 1.31; M = 1.88, SD = 0.95 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยภาพรวม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	M	SD	ความถี่ของการปฏิบัติ	M	SD	ความถี่ของการปฏิบัติ
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.58	.39	ประจำ	2.73	.44	ประจำ
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	2.52	.40	ประจำ	2.56	.36	ประจำ

จากตารางที่ 2 พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นประจำ (M = 2.58, SD = .39; M = 2.73, SD = 0.44 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นประจำทั้งก่อน และหลังการทดลอง (M = 2.52, SD = .40; M = 2.56, SD = 0.36 ตามลำดับ)

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการทดสอบค่าทีอิสระแบบทางเดียว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	M _{diff}	SD _{diff}	t	p-value (1-tailed)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
กลุ่มทดลอง	30	0.44	0.64	1.320	.020
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	0.32	0.76		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
กลุ่มทดลอง	30	0.64	0.43	2.132	.019
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	0.38	0.86		
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
กลุ่มทดลอง	30	0.54	0.72	1.905	.031
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	0.23	0.65		
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
กลุ่มทดลอง	30	-1.23	1.09	-2.083	.041
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	-0.31	.93		
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
กลุ่มทดลอง	30	0.53	0.58	2.180	.019
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	0.27	0.51		

**P< .01

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ ($t = 1.320$, p (1-tailed) = .020)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ ($t = 2.132$, p (1-tailed) = .019) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ ($t = 1.905$, p (1-tailed) = .031) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ ($t = -2.083$, p (1-tailed) = .041) และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ ($t = 2.180$, p (1-tailed) = .019)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผูปกครองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากงานวิจัยนี้ได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค คือ 1) ชมวิดีโอ 2) บรรยายให้ความรู้สาเหตุและการติดต่อของโรค 3) สนทนากลุ่ม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์โอกาสเสี่ยง ทำให้ผูปกครองเกิดความรู้มากขึ้นส่งผลให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา⁸ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด-19 จึงส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับ⁹ ได้สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโดยการบรรยายให้ความรู้ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แหล่งแพร่กระจายเชื้อ และการติดต่อของโรค และวิเคราะห์ความเสี่ยงทำให้ผูปกครองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมากขึ้น

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผูปกครองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการวิจัยนี้ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ บรรยาย และชมวิดีโอ เกี่ยวกับ

อาการ และอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และวิเคราะห์ความรุนแรงของการเกิดโรค ผลการวิจัยจึงพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรงของโรค เพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลให้ผูปกครองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้มีพฤติกรรมกำป้องกันโรคที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ได้สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยให้ความรู้แก่ผูปกครอง ผ่านกิจกรรมการบรรยาย และชมวิดีโอ ในหัวข้อ ความรุนแรงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผูปกครองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผูปกครองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยงานวิจัยนี้ได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค 3 วิธี คือ 1) ให้ความรู้ ประโยชน์ของการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง การใช้แก้วน้า ถ้วย และช้อนส่วนตัว การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การตรวจคัดกรองเด็ก และการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค 2) ชมวิดีโอ การล้างมือ การใช้ช้อนกลาง การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า และการจัดเก็บ และสนทนาแลกเปลี่ยน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ พบว่า การให้ความรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การล้างมือ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผูปกครองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การวิจัยนี้ได้มีการลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค โดยการฝึกปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน การตรวจคัดกรอง และการกำกับติดตามเด็กให้ทำพฤติกรรมกำป้องกันโรค มอบคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค และปรอหวัดไข้ ให้นำไปใช้ปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคที่บ้าน และโทรศัพท์ติดตามเพื่อทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษา⁸ ซึ่งได้มีการฝึกทักษะการล้างมือ การตรวจคัดกรอง และมอบชุด

สบู่เพื่อนำไปปฏิบัติ ทำให้ผู้ปกครองลดอุปสรรคในการปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

5. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ปกครองมีการ
เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ก่อน และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบ วิจัยนี้จึงได้จัดกิจกรรม เพื่อสร้างการรับรู้
ของผู้ปกครอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้
ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม
การป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม
การป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ปกครองได้ทบทวนก่อนเรียนมีการรับรู้
ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนน
การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเป็นประจำ จึงพบว่า
หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบ สอดคล้อง พบว่า การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง
ของการเกิดโรค การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค
การสร้างการรับรู้ประโยชน์ให้มาก และมีการรับรู้อุปสรรคน้อย
เมื่อจะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค จึงทำให้มีการปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค¹⁰

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหัวข้อ
การใช้ช้อนกลาง และการฝึกเด็กให้ใช้ช้อนกลาง ยังพบมีค่าเฉลี่ย
คะแนนน้อย จึงควรเพิ่มกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ โดยเน้น
หัวข้อการใช้ช้อนกลาง สร้างจิตสำนึกที่เห็นประโยชน์ของ
การปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ช้อนกลาง หรือการพัฒนาสื่อที่เป็น
รูปธรรมมากขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคติดเชื้อ
2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำกิจกรรม
ไปดำเนินการจัดเตรียมความพร้อมของเด็กและผู้ปกครอง
เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน เพื่อให้
ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. มีการพัฒนาแอปพลิเคชันในเรื่องการปฏิบัติตัว
เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อใช้เป็น
แนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019

References

1. Cheewawiwat N. Novel coronavirus 2019. Bangkok;
Matichon public, 2020. (in Thai).
2. Sangkhaphong A, Khansorn T & Techanirattisai V.
Predicting Factors of Intention to Vaccination
against COVID-19 among Old Adult in Rural
Communities. Journal of The Royal Thai Army
Nurses. 2023; 24(1) : 450-9. (in Thai)
3. Department of disease control. Guidebook for
Monitoring and Contingency Plan for the
Spread of Covid-19 Disease in the School.
Thailand: TS interprint; 2020. (inThai)
4. Singweratham N, Thaopan W, Nawsuwan K,
Pohboon C & Surirak S. Perception and
preventive behaviors on the coronavirus
disease-2019 (COVID-19) among dental
nurses under the Ministry of Public Health.
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases
Institute. 2020; 14(2) : 104-15. (in Thai).
5. Noimor A, Kasatpibal N & Chitreecheur J. Effect
of Protection Motivational Enhancement
on Parents' Behaviors in Preventing Acute
Respiratory Tract Infections of Children.
Nursing Journal. 2019; 46(1) : 137-48. (in Thai).
6. Bodeerat P. Factor affecting health-protective
behavior of hand, foot and mouth disease
among parent and babysitters of pre-school
children at Day-Care Center in Lankrabue
District Kamphaeng phet Province. 2018;
Faculty of Public Health. Naresuan University.
(in Thai).
7. Polit D F, & Beck C T. Nursing research: Generating
and assessing evidence for nursing practice.
Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins,
2008.

8. Sriratanaprat J & Klommek J. Knowledge, Attitudes, and Practices towards COVID-19 among Working-Age Population in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1) : 159-68. (in Thai)
9. Sanongyard J, Dhanawan W & Maungchang Y. The Effects of Program over Three-dimensional Comic Book Knowledge to Infection Control among Preschool Child. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2016; 26(2) : 34-42. (in Thai).
10. Peansukwech U & Banchonhattakit P. Effect of Health Education Program in Childhood Prevention of Hand-Foot-Mouth Disease by the Application of Health Belief Model and Social Support of Caregivers and Child's Parents in Child Care Center at Muang District, Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal. 2014; 29(2) : 158-63. (in Thai).

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์แผนไทย

Development of The Healthcare Model of Thai Traditional Medicine (TTM) for The Older Adults with Hypertension

อัชมา วารีย์* เยาวเรศ สมทรัพย์

Acha Varee* Yaowares Somsap

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50100

Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50100

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้แนวคิดระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research or PAR) การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ถูกใช้เพื่อคัดเลือก โดยมีผู้สูงอายุ 15 คนถูกเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้เข้าร่วมที่เหลือถูกเลือกจากบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพในชุมชนจำนวน 36 คน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์อย่างเจาะลึก การสังเกตแบบมี ส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2563 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถูกวิเคราะห์โดยการอธิบาย สรุป และ สร้างรูปแบบโดยการแจกแจงความถี่ที่ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนากลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว และ ดัชนีมวล กาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และการทดสอบสมมติฐานสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถนำมา ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนได้

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this research was to develop a model of healthcare based on Thai Traditional Medicine for the older adults with hypertension. By utilizing the Participatory Action Research or PAR. Simple random sampling was applied to select 15 participants, based on specific criteria using purposeful sampling. The remaining 36 participants were selected from individuals involved in healthcare in the community. The data were collected via a group discussion, in-depth interviews, participant observations, and field note recordings between July and December 2020. The qualitative data were analyzed by using interpreting, summarizing, and creating a model, whereas the quantitative data were analyzed by using frequency distribution including percentage, mean, and standard deviation. The results are as follows: it was found that after the trial, the mean of health status such as blood pressure, weight, waist circumference, and body mass

index was decreasing with statistically significance at $P < .05$. and the healthcare scores was increasing than before with statistical significance at $P < .05$. There for, the Healthcare Model of TTM could be a guideline for health care for the older adults with hypertension and also improved the health of individuals, families, and communities.

Keywords: Healthcare Model, Thai Traditional Medicine, Hypertension, older adult

INTRODUCTION

All countries face major challenges due to the fact that the proportion of older people is constantly increasing. The major health problems among Thai older adults are non-communicable diseases including hypertension (41 percent), diabetes mellitus (18 percent) and hyperlipidemia (16.8 percent).¹ To avoid hypertension in the elderly, it is crucial to control blood pressure levels, which seems to be unsuccessful in spite of different methods or strategies combined with conventional medicine. The Thai Government also has a policy to promote and support the application of Thai Traditional Medicine (TTM) in the public health care system.² TTM has long been applied in Thailand in every dimension of life. Its focus was on the alternative way of life under the concept of staying healthy by natural methods which consist of a healthy body, a healthy mind, and a healthy behavior.³ Nevertheless, because blood pressure level is related to a difficult-to-be-changed lifestyle, including consuming behavior, weight control, exercise, and stress management, the change in the behavior of the older adults in accordance with blood pressure is very significant. The cooperation of all stakeholders is needed in helping, supporting, encouraging, and reinforcing the older adults to change their behavior, take care of their health, and intensively change their lifestyle.⁴ For these reasons, with the awareness of and faith in TTM and also as a need for holistic care, the researchers were interested in implementing TTM for the older adults with hypertension in On Tai subdistrict, San Kamphaeng

district, Chiang Mai province and focus on Participatory Action Research or PAR because the participants could gain new knowledge and make a positive social change. Since the cooperation of all stakeholders and the application of TTM in this community for a long time might be conducive to the model development, it was expected that the obtained model would be applied continuously and sustainably and would become an alternative in the healthcare for the older adults with hypertension. And reduced stress of the older adults in controlling hypertension and improved the quality of life.

CONCEPTUAL FRAMEWORK

This study focus on Participatory Action Research or PAR that consisted of 4 processes which are Plan, Action, Observation, and Refection.

OBJECTIVES

1. To evaluate the effectiveness of the model in terms of. Blood pressure (SBP,DBP), weight, waist circumference, and body mass index.
2. To develop a model of healthcare based on Thai Traditional Medicine (TTM) for older adults with hypertension and to evaluate the effectiveness of self-care scores.

HYPOTHESIS

1. After the study, blood pressure (SBP, DBP), weight, waist circumference, and body mass index decreased significantly.
2. After the study, the quality of life of the

older adults in the community and their behavior to prevent hypertension was successfully effectively increasing.

MATERIAL AND METHODS

This Participatory Action Research or PAR was the cooperation of the stakeholders in planning, making decisions, doing activities, and evaluating to gain the final model. Based on the basic principles of action research, there were four steps in the research which were 1) Evaluating and planning, 2) Implementing, 3) Improving the model, and 4) Following up and evaluating the potential model.⁵

Population and samples

In this study, 51 samples who were selected using purposeful sampling consisted of two groups. The first group included fifteen 60-year-old or more elderly with hypertension who voluntarily participated in the research. All of them had got a medical diagnosis of having systolic blood pressure equal to or higher than 140 - 169 mmHg and/or diastolic blood pressure equal to or higher than 90 - 109 mmHg at least twice during the past 6 months and had been treated with conventional medicine. In addition, they lived and had been a senior member of the On Tai subdistrict community, San Kamphaeng district, Chiang Mai for more than 10 years. They could communicate well in Thai, both verbally and in writing, with neither hearing and vision problems nor systemic diseases caused by TTM, such as coronary heart disease and cerebrovascular disease. Additionally, they had been approved by their doctors to participate in the research.

The second group consisted of 36 persons of the main caregivers of the elderly and the workers who got involved with health care in the community.

Research instruments

These questions aimed to explore healthcare requirements as well as the supporting factors, the

obstacles, and the requirements for the application of TTM in healthcare. The content validity of all questions was assessed by three scholars. The interview form was divided into three parts. The first part focused on personal information, whereas the second part aimed to explore the health care and the requirements of the elderly with hypertension via an in-depth interview. As for the last part, the questions with a 4-level scale aimed to survey the health care of the older adults with hypertension and how they manage it. All the questions were adapted from the study.⁶ This questionnaire aimed to evaluate satisfaction with the TTM Healthcare Model for older adults with hypertension. The questions were applied to 15 members of the target population, and it was found that the value for Cronbach's Coefficient Alpha was 0.96.

The health care manual for the older adults with hypertension

This manual focused on blood pressure, weight, waist circumference, the body mass index, and healthcare before and after the implementation of the TTM Healthcare Model. The validity of the manual was accepted by three scholars with no suggestions.

Protection Rights and research ethics

This research was approved by the committees of research ethics in humans, Faculty of Nursing, number 2562-Full037, on 25 October 2019. The names of all participants were concealed to protect their confidentiality and anonymity. Before the interview and focus group, written consent was obtained. Participants had the right to refuse to participate at any time during the interview or focus group.

Methods

Studying health care situation: All the documents were submitted to the Dean of Nursing McCormick Faculty of Payap University, Chiang Mai,

and were forwarded to the community leader and the president of the elderly club in On Tai subdistrict community, San Kamphaeng district, Chiang Mai, for the permission of data collection.

1. Evaluation and Planning: The model created consisted of 5 activity bases. 1) the knowledge of hypertension based on conventional medicine and TTM, 2) the knowledge of Thai herbs that can decrease hypertension, 3) the practice of cooking food with Thai herbs that can help decrease hypertension, 4) relaxing exercise and stress management, and 5) contorted hermit exercise.

2. Implementing the draft model: The whole procedure took 6 months from July to December 2020.

3. Improving the model: During the implementation, the researchers visited the older adults at home every month to evaluate the efficiency of the model.

4. Evaluating the model: After getting the developed TTM self-care model, the satisfaction of the older adults, their main caretakers, the village health volunteers, the nurse, and the stakeholders were evaluated.

Data collection and analysis

The data were collected according to the procedure stated in the research methodology section. The qualitative data was analyzed by interpreting, summarizing, and creating a model, whereas the quantitative data was analyzed by using frequency distribution including standard deviation and percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

RESULTS

Part 1. The situation and the health care requirements of the older adults with hypertension

Among 1,268 older adults who lived in the On Tai Subdistrict community, 134 of them had

hypertension problem. According to the focus group discussion, the elderly samples were aware that hypertension could lead to illness, headache, occipital pain, fatigue, bad mood, regular medicine intake, and follow-ups at the hospital which could cause difficulties in their life. The focus group discussion revealed that the main causes of hypertension in elderly were their behaviors in the past, such as smoking, drinking, consuming spicy food, deep fried food, and monosodium glutamate, as well as genetics and aging. All the stakeholders were interested in applying TTM in the health care for the elderly with hypertension by using Thai herbs in cooking. Hence, they wanted to gain the knowledge and have the chance to practice. They also wanted the elderly to seriously exercise, have a thorough understanding about the diseases, and be happy with a healthy mind.

Part 2. The development process of the TTM self-care model for the older adults with hypertension

1) Designing the draft TTM self-care model for the older adult

This draft model was based on the results gained in the first step which led to seven activities according to the requirements of the stakeholders. The seven activities included 1) thorough knowledge about hypertension, 2) Thai herbs for preventing hypertension, 3) Thai herbal foods for preventing hypertension, 4) calmness for stress reduction, 5) contorted hermit exercise for body and mind, 6) self-massage, and 7) memory recall.

2) Implementing the draft TTM Healthcare Model for the older adults

With the cooperation of the stakeholders, all the activities in the model were completed within six months. The data was compared with that before implementing the model, as shown in Tables 1 and 2. The results of implementing “the TTM self-care

model for the older adults with hypertension” via the completion of seven activities are as follows. For the activity “**thorough knowledge about hypertension,**” it was found that the older adults paid full attention to the activity. Moreover, their main caretakers, who were their husband or wife and their children, got involved in the activity at least once a week. After that, the village health volunteers followed up to check their knowledge, with the encouragement and appreciation of the nurse at the sub-district health promotion hospital. Upon the completion of the activities “**Thai herbs for preventing hypertension**” and “**Thai herbal foods for preventing hypertension,**” it was revealed that the elderly samples recorded their daily diet and developed 45 kinds of Thai foods, desserts, and drinks cooked with 15 kinds of Thai herbs that helped reduce blood pressure level. The activity “**calmness for stress reduction**” was the activity that was most undertaken regularly by the older adults, both in the

morning and before bedtime, by sitting still with mindful breathing. The activity “**contorted hermit exercise for body and mind**” was an activity that the village health volunteers, the main caretakers, the older adults, and the stakeholders were trained by an expert. There has been researching that proved Yoga is a spiritual path that may reduce blood pressure.⁷ The activity “**self-massage**” was requested by the older adults as they wanted to learn how to self-massage for relaxing and reducing muscular pain. This was in accordance with the study on knee massage techniques can reduce the severity of symptoms.⁸ The activity “**memory recall**” let the older adults share their TTM experience and how to overcome their problems.

3) Evaluating and improving the model

All the data was given to the community, and the satisfaction of the sample groups with the TTM self-care model was evaluated.

Figure 1. The TTM self-care model for the older adults with hypertension



Part 3. The factors that supported and impeded the implementation of the TTM Healthcare Model

The supporting factors were the empowerment of the older adults in controlling hypertension and preventing complications as well as the perception of the benefits and the consequences of this model and the support of the main caregivers and the families. The obstacles were the deterioration that had an impact on their memory and practice skills.

Part 4: The consequences of the model implementation

1) By using a paired t-test (N = 15), it was found that the blood pressure level, weight, waist circumference, and body mass index of the older adults after the model implementation decreased significantly as shown in Table 1.

Table 1. The comparison of blood pressure, weight, waist circumference, and body mass index of the older adults before and after the TTM Healthcare Model implementation (N = 15).

	Standard deviation		t	p-value
	Pre-model	Post-model		
1. Systolic blood pressure (mmHg)	141 (5.02)	123 (3.7)	12.21	.000*
2. Diastolic blood pressure (mmHg)	83 (5.89)	76 (5.79)	4.33	.001*
3. Weight (kg)	56.39 (13.28)	54.60 (12.79)	8.15	.000*
4. Waist circumference (cm)	83.6 (7.21)	79.8 (6.36)	7.37	.000*
5. Body mass index (kg/m ²)	22.89 (4.12)	22.16 (3.95)	8.36	.000*

* P < .05

Table 1 shows a statistically significant difference between the Pre-model and Post-model of blood pressure, weight, waist circumference, and body mass index of the older adults before and after the TTM self-care model implementation at the p < .05 level.

2) According to the follow-ups for the self-care of the older adults, it was found that the average score of the healthcare of the older adults before the model implementation was 80 (S.D. = 11.71) and that after the implementation was 104.8 (S.D. = 2.78), which increased significantly (t = 8.04), as displayed in Table 2.

Table 2. The comparison of average scores of the healthcare of the elderly before and after implementing the model (N = 15).

The healthcare of the older adult	Scores		Mean (S.D.)	t	p-value
	Min	Max			
Before the model implementation	58	97	80 (11.71)	8.04	.000*
After the model implementation	98	110	104.8 (2.78)		

* P < .05

Table 2 shows a statistically significant difference between the Pre-model and Post-model of the healthcare of the older adults before and after the TTM self-care model implementation at the $p < .05$ level.

3) The three-point-scale questionnaire, with the most satisfaction at 3 points and the least satisfaction at 1, revealed that the satisfaction of the elderly, the main caretakers, the village health volunteers, and the stakeholders was at a high level with the mean scores of 2.84, 2.83, and 2.86, respectively.

DISCUSSION

The TTM Healthcare Model for the older adults with hypertension was created according to the reflections of the researchers and the sample groups including the older adults, the main caregivers, the village health volunteers, the nurse, and the stakeholders. The results are as follows: it was found that after the trial, the mean of health status such as blood pressure, weight, waist circumference, and body mass index was decreasing with statistical significance at $P < .05$. and the healthcare scores was increasing than before with statistical significance at $P < .05$. The strategies applied were creating good relationships, earning trust, encouraging, providing social support, and empowering. This was in accordance with a study of community participation and support in older adults health promotion in Eastern Thailand which claimed that empowering and networking could strongly encourage the health behaviors of the older adults.^{4,5} Continuing and coordinating care in the community should have good systems, good organizations, financial support, the spirit of healthcare providers and the use of technology to provide information supporting care will increase sustainable programs for patients' satisfaction and well-being.⁹ As a result, the developed

model was in accordance with to real life conditions. This is because TTM is the art of how to live a life, which aims at holistic, not specific, health care. Additionally, the culture, the belief, and the meaning and experience of each individual were considered and included in health care to get good results and success.¹⁰

There were both supporting factors and obstacles in changing the health behavior of the older adults with hypertension. The supporting factors were the empowerment of the older adults in controlling their hypertension with no complications, helping each other, being in a strong community, and obtaining family support. This was in accordance with the study on community participation in health promotion in the older adults with the AIC process at the Bantay Subdistrict Health Promotion Hospital in Kuan Kanoon district, Phatthalung which revealed that the older adults had better health behaviors after completing activities.¹¹ The problems of self-care among the older adults with hypertension were a lack of knowledge of the disease. It is essential for older adults to acquire knowledge on controlling high blood pressure. The significance of knowledge can be exemplified by the Akha population, which exhibited higher posttest scores in hypertension knowledge, attitudes towards hypertension disease, and hypertension prevention behavior compared to the pretest. ($P < .05$)¹² According to the study of Thakare subdistrict which is an old community that focused on community participation and strong empowerment that impact the health behaviors of the older adults.¹³ The implementation of this model brought about better health for the older adults: the decrease in blood pressure level, weight, waist circumference, and body mass index. To control the high blood pressure of the older adults according to the context and lifestyle of the community, the nurse in the sub-district health promotion hospital played a key role in

supporting the elderly by providing knowledge, changing their behaviors, empowering their ability recognition, and encouraging their family members to participate in their health care, which is similar to the study of the model of Thai traditional medicine health care in primary health care center, case study: Trang province that nurses served the elderly in four areas including medical treatment, health promotion, disease prevention, and rehabilitation which supported the older adults with hypertension well and Health Belief Model influenced the experimental group on knowledge, causation belief, symptoms of disease, self-perception of exposure risk and more serious complication.^{14,15,16} The factors that obstructed the practice of the TTM self-care model were the unavoidable deterioration, which resulted in slow learning, short memory, less perception, and fatigue.

CONCLUSION

The TTM health care for the older adults with hypertension at On Tai subdistrict, San Kamphaeng district, Chiang Mai, had challenged all the stakeholders on how to implement the TTM to the lifestyle of the older adults with hypertension and how to fit it with the social context and the culture of the community in the north of Thailand. The researchers made an attempt to understand, study, access, and cooperate with the community to develop a self-care model according to the context and the requirements of the people in the On Tai community. The researchers learned that the first thing to do when developing a model was to build up a network to gain trust and acceptance as a community member so that everyone could feel free to discuss their problems. Trust and acceptance could also lead to cooperation in brainstorming, planning, practicing, and learning the consequences together which caused the self-changes among the community by its members. The TTM self-care model for the older adults with

hypertension which was designed according to the requirements of the community members was then obtained, and this model would be sustainable and could be further developed. This study was the beginning of the network in On Tai subdistrict community, which encouraged the people there to recognize and understand the problems of hypertension that could impact the whole community. This led to the cooperation of all the stakeholders, which was evidenced by the continuous application of the TTM self-care model with conventional medicine by the elderly after the study had been completed. Integrative nursing principles that constitute a framework of holistic care of the older adults were an important guide. Integrative nursing allowed the individual to provide comprehensive, coordinated and systemic care that considers the body, mind and spirit as a whole.

SUGGESTIONS

1. Suggestions for applying the research results: From the TTM self-care model for the older adult with hypertension found that it was successfully effective in control hypertension and improve the quality of life so it should be continued via the network settings with a health team in a particular community by asking the team leaders who were the elderly participating in this study to be a leader for spreading the TTM practice to the members of that community. The TTM self-care model for the older adults with hypertension should be implemented in a hospital and become an alternative treatment for the older adults with hypertension.

2. Suggestions for further research: From the study found that it was a specific area and small sample size for the further study on the impact of the TTM self-care model for the older adults with hypertension should be conducted with a larger sample size using an experimental research or quasi-experimental research.

ACKNOWLEDGEMENTS

The researchers would like to thank the Thai Traditional Medical Knowledge Fund, the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, and the Minister of Public Health for financial support. Special thanks also go to all sample groups for their cooperation in the successful development of the TTM self-care model for the older adults with hypertension.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they hold no competing interests.

FUNDING

The authors are grateful for the research funding provided by the Thai Traditional Medical Knowledge Fund, the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, and the Minister of Public Health, Thailand.

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly in 2017. Bangkok: A-plus media publisher; 2017. (in Thai).
2. Pithaksa P, Salitool P. The Association between Thai Traditional Medicine Dhammanamai Health Promotion Program and Quality of Life in Diabetes Patients in Kantharalak District, Si Sa Ket Province. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*. 2012; 10(1): 43-51. (in Thai).
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Hypertension. Nonthaburi, Thailand; 2019. (in Thai).
4. Pongsaengpan P, Rodjarkpai Y. Community Participation on Elderly Health Promotion in Eastern Thailand. *The Public health journal of Burapha University*. 2014; 9(2): 13-20. (in Thai).
5. Sanithnid S, Banchonhattakit P. Effect of Promoting Ascetic Exercise Program for Elderly Group by Applying Self Efficacy Theory and Social Support in Namphong Districes, Khonkaen Province. *Srinagarind Medical Journal*. 2014; 29(3): 304-10. (in Thai).
6. Pragodpol P, Suwannaka Y, Chaiyarit A, Sosome B, Seethan S, Sroisrisawat M, Janthaphong S. Levels of Quality of Life and Method to Develop Quality of Life in Thai Chronically Ill Patients. 2015. (in Thai).
7. Tyagi A, Cohen M. Yoga and Hypertension: A Systematic Review. *Alternative Therapies In Health And Medicine*. 2014; 20(2): 32-59.
8. Abbasi Z, Abadi MHN, Ganji R, Asali R, Nabavi SH, Rezaeean SM, Poorbarat S. The Effect of Effleurage Massage Therapy on Symptoms of Osteoarthritis in Elderly Women with Osteoarthritis: A Cross-Clinical Trial. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2021; 9(G): 244-50.
9. Artsanthia J, Rungrojwattana W, Suyasa GPD, Swarjana K. Continuing and Coordinating Care in Communities of Chronic Illness by Using WHO Concept of Integrated Centered Health Services in Thailand and Indonesia. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(3): 167-75. (in Thai).
10. Buddharat U, Sen-Ngam K, Khamchan P. Using Eastern wisdoms in Nursing Care for Patients of Registered Nurse in The South of Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015; 35(2): 1-20. (in Thai).

11. Sukrung S, Pranpravit A, Pumprawi A. Community Participation for Health Promotion of The Elderly with AIC Technique in Rommanee Sub-District, Kapong District, Phangnga Province. Community Health Develop Quarterly Khon Kaen University. 2018; 6(2): 159-76. (in Thai).
12. Panya P, Gantagad T, Sareeso P, Praisn P, Viriyaratanakul B, Kantapan N. Effective of Akha Guide Program on Level of knowledge for Hypertension Prevention, Attitude to Hypertension Disease and Hypertension Prevention Behavior in the Pre-Hypertension Akha Population. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 121-30. (in Thai).
13. Piyasakulkiat O. Community Participation in The Development of The Elderly Quality of Life of Thakhae Sub-District Lopburi Province. Romphruek Journal. 2021; 36(3): 45-65. (in Thai).
14. Wutthitham N. Nursing Role in The Promotion of Controlling Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients. Nursing Journal. 2019; 46(4): 173-82. (in Thai).
15. Inthong K, Lojanapiwat S, Hongchayangkool K. Model of Thai Traditional Medicine Health Care Service in Primary Health Care Center Case Study: Trang Province. Journal Southern Technology. 2018; 11(1): 193-203. (in Thai).
16. Hirungerd S, Vutiso P, Srimongkol M. The Effects of Health Belief Model Program on Knowledge, Stroke Prevention Behavior and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients The Responsibility Area of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 478-87. (in Thai).

การเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ของนักเรียนวัยรุ่นที่ถูกรังแก บนโลกไซเบอร์ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น The Enhancement of Adolescent Students' Emotional Regulation on Cyberbullying by Solution Focus Group Counseling

กรรณิการ์ แสนสุภา*

Kannikar Sansupa*

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร 10240

Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ของนักเรียนวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 18 ปีขึ้นไป ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 16 คน ที่เคยมีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่น จำนวน 40 ข้อ มีค่า IOC = .89 และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น 6 ครั้ง มีค่า CVI = .90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยสถิติไคร์พารามิเตอร์ Mann-Whitney U test และ The Wilcoxon Signed-Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มมีคะแนนการกำกับอารมณ์ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มมีคะแนนการกำกับอารมณ์ในระยะหลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และ 3) กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มมีคะแนนการกำกับอารมณ์ในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

คำสำคัญ: กำกับอารมณ์, การปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น, การรังแกบนโลกไซเบอร์, นักเรียนวัยรุ่น

Abstract

The study aimed to study the effectiveness of group counseling programs based on solution-focused brief therapy (SFBT) for the enhancement of adolescents' emotional regulation of cyberbullying. The subjects in the experiment included sixteen adolescent students with a lower level of emotional regulation. A simple random sampling allocated eight participants to the experimental group and eight members to the control group. The research instruments consisted of 1) the emotional regulation scale with 40 items with a reliability coefficient of .89, and 2) a 6-session group counseling program based on solution-focused brief therapy. CVI = .90. Data were statistically analyzed by using percentage, mean, standard deviation, the Wilcoxon signed-rank test and the Mann-Whitney U. The findings were as follows: 1) Emotional regulation of the experimental group was significantly higher after the experiment and follow-up at a significance level of .05

Corresponding Author: *Email: Kanni3131@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 มิ.ย. 2566

2) Emotional regulation of the experimental group after the experiment was significantly higher than the control group's at a significance level of .05, and 3) Emotional regulation of the experimental group after a follow-up was significantly higher than the control group's at a significance level of .05.

Keyword: Emotional regulation / Solution Focus Group Counseling / Cyberbullying / Adolescent students

บทนำ

การรังแกบนโลกไซเบอร์ (cyberbullying) เป็นปัญหาสำคัญที่กำลังได้รับความสนใจทั่วโลก พฤติกรรมการรังแกบนโลกไซเบอร์เป็นรูปแบบพฤติกรรมความรุนแรงที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น จากการศึกษาเรื่องการถูกรังแกบนโลกไซเบอร์และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเยาวชน พบว่าวัยรุ่นหรือเยาวชนที่เป็นผู้ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 39.50 ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงในระดับรุนแรงร้อยละ 54.20¹ การรังแกบนโลกไซเบอร์เป็นการกระทำโดยเจตนา และนำไปสู่ความตึงเครียดทางอารมณ์ ทำให้เกิดความทุกข์อย่างช้า ๆ ผ่านรูปแบบการรังแกบนโลกไซเบอร์ในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ (1) Flaming การโจมตีด้วยข้อความที่รุนแรงหรือหยาบคาย (2) Harassment การคุกคามทางเพศ (3) Outgoing and Trickery การเผยแพร่ข้อมูลส่วนตัวที่เป็นความลับของผู้อื่น (4) Denigration การเผยแพร่ข้อมูลเท็จทำให้ผู้อื่นเสียหาย/อับอาย/และถูกดูหมิ่นเกลียดชัง (5) Impersonation การสวมรอยตัวตนของผู้อื่นเพื่อไปสร้างความเสียหาย (6) Cyberstalking การติดตามข่มขู่ผู้อื่นอย่างจริงจังและรุนแรง (7) Exclusion or Ostracism การลบ/บล็อก/ตัดขวางผู้อื่นจากกลุ่มสังคมออนไลน์ (8) Happy Slapping การทำร้ายร่างกายแล้วถ่ายภาพหรือวิดีโอประจานออกสื่อออนไลน์หรือส่งต่อกันทางมือถือ และ (9) Sexing การนำภาพหรือวิดีโอเชิงอนาจารไปเผยแพร่ส่งต่อโดยไม่ได้รับอนุญาต² ส่งผลกระทบททั้งทางตรงและทางอ้อมในด้านจิตใจ ร่างกาย และสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ถูกรังแกมักเกิดอารมณ์ด้านลบ อันยากที่จะจัดการและเกิดเป็นความคับข้องใจและเห็นคุณค่าในตนเองลดลงตามมาได้ ทั้งนี้วัยรุ่นโดยส่วนมากมักมีวิธีการจัดการที่หลากหลายและแตกต่างกัน บางส่วนใช้การโต้ตอบกลับทันที เพราะคิดว่าจะสามารถหยุดพฤติกรรมที่ถูกรังแกกับตนเองได้ บางส่วนคิดว่าเป็นการแค้น และสุดท้ายหากได้ผลจนเคยชินจากบุคคลที่เป็นเหยื่อจะแปรเปลี่ยนไปเป็นผู้กระทำหรือผู้ที่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นไปด้วย³

การกำกับอารมณ์ (emotion regulation) เป็นความสามารถในการควบคุมความรุนแรงของอารมณ์และระยะเวลาที่เกิดอารมณ์นั้น เป็นความพยายามในการเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่เข้มข้นและรุนแรงลงได้⁴ โดยผ่านกระบวนการวางแผน ควบคุมและติดตามอารมณ์เชิงลบ เช่น โกรธ ฉุนเฉียว หงุดหงิด เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง วิธีการและรูปแบบการกำกับอารมณ์ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการฝึกฝนของแต่ละบุคคล ทั้งนี้วัยรุ่นตอนปลายมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหลายด้านเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญในการที่จะฝึกฝนบ่มเพาะให้ได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการกำกับควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาให้มีความสามารถในการฝึกฝนตนเองให้อดทนต่อสภาวะการณ์ที่ไม่พึงพอใจ สามารถยับยั้งตนเองในการไม่แสดงออกตามอำเภอใจซึ่งเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในเด็กยุคปัจจุบัน⁶

จากการศึกษาแนวทางในการเสริมสร้างกำกับอารมณ์แนวทางหนึ่งที่ได้ผลดี คือ การใช้การปรึกษากลุ่ม ซึ่งจะส่งเสริมให้วัยรุ่นได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันทั้งทางด้านรูปแบบการถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ที่หลากหลายผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลรอบข้าง แนวทางการจัดการกับปัญหาที่หลากหลาย และเกิดความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกันและกัน รวมไปถึงลดปัญหาการตอบโต้อันทำให้บุคคลแปรเปลี่ยนจากการเป็นผู้ถูกรังแกเป็นผู้กระทำกลับคืน ซึ่งเป็นวัฏจักรของการรังแกบนโลกไซเบอร์ที่แผ่ขยายวงกว้างขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวรรณกรรมเพื่อใช้ประกอบการสร้างโปรแกรมการปรึกษาที่ช่วยแก้ไขปัญหาลงและช่วยเสริมสร้างให้วัยรุ่นเกิดทักษะในการกำกับอารมณ์ของตนเอง บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น (solution focus group counseling) ที่มีความเชื่อว่า บุคคลมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมการแสดงออก มีความสามารถที่จะมองเห็นความสามารถของตนเอง โดยการสร้างมุมมองด้านบวกว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ นั้นเป็น

ไปได้ เน้นการจัดการกับปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม ตระหนักถึงข้อดีของตน มองเห็นเป้าหมายที่ต้องการให้เกิด และรับรู้ถึงความเป็นไปได้ที่จะจัดการกับปัญหา⁷ อันจะเป็น ประโยชน์และนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเอง ในมุมมองเชิงบวก ลดความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและ การฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ทั้งนี้ทฤษฎีการปรึกษาเน้นทางออก ระยะสั้น เป็นทฤษฎีการปรึกษาในกลุ่ม Postmodern ซึ่ง เป็นการปรึกษาระยะสั้นสามารถทำได้ตั้งแต่ 5-10 ครั้ง โดยในการปรึกษาแต่ละครั้งเน้นที่การหาหนทางในการแก้ ปัญหาตามวัตถุประสงค์ของการปรึกษาในแต่ละครั้ง หากบรรลุแล้วและสมาชิกได้ค้นพบความหวังและแนวทาง ในการแก้ปัญหาที่สามารถยุติการปรึกษาได้⁸ ผลจากการวิจัย ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการและการนำสู่การปฏิบัติ ผู้ศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือวัยรุ่น ที่ถูกลั่นแกล้งในโลกโซเชียลได้ เนื่องจากผู้วิจัยได้นำเสนอ แนวทางการช่วยเหลือวัยรุ่นผ่านการให้การศึกษาด้วยทฤษฎี เน้นทางออกระยะสั้น ที่มุ่งเน้นการหาทางออกให้กับปัญหา ทั้ง 6 ครั้ง เหมาะกับการปรึกษากลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกระบวนการ ช่วยเหลือทางจิตใจที่สำคัญกับวัยรุ่น เพื่อหาวิธีการจัดการ อารมณ์อย่างเหมาะสม สะท้อนความรู้สึกของผู้ถูกรังแกให้ ก้าวข้ามความรู้สึกทางลบและเกิดการเปลี่ยนแปลงผ่านมุมมอง ใหม่ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพใหม่ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

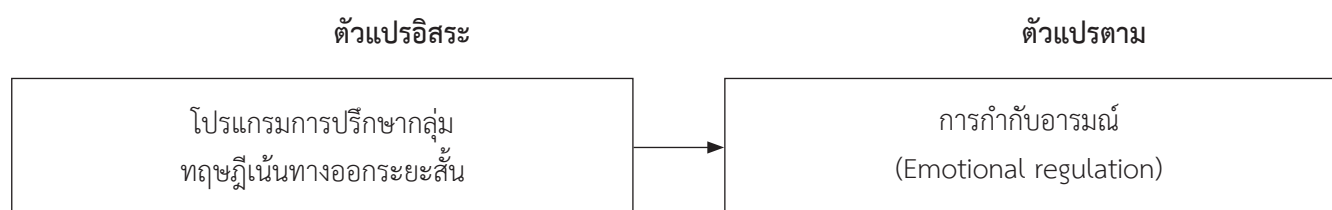
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎี เน้นทางออกระยะสั้นต่อการกำกับอารมณ์ของนักเรียนวัยรุ่นที่ ถูกรังแกบนโลกโซเชียล

สมมติฐานของการวิจัย

1. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออก ระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์สูงกว่านักเรียนวัยรุ่นที่ไม่ได้รับ การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นในระยะ หลังการทดลอง
2. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออก ระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะ ก่อนการทดลอง
3. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออก ระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อน การทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) พื้นที่วิจัย คือ โรงเรียนมัธยม ศึกษาแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด คือ 1) แบบวัดการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่น จำนวน 40 ข้อ 2) โปรแกรมการปรึกษากลุ่ม 6 ครั้ง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรึกษาตามแนวทฤษฎีเน้นทางออกระยะ สั้น ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบและวิธีวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ใช้การทดลองแบบ 2 กลุ่ม รูปแบบวัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (pre-test and post-test control group design) มีการทดสอบก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล โดยมีขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวัด คะแนนการกำกับอารมณ์ (Pre-test)
2. ระยะการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการเข้าร่วม โปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น จำนวน

6 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ให้การปรึกษาสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ

3. ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดการกำกับอารมณ์ฉบับเดิมแต่มีการสลับข้อคำถามเพื่อป้องกันการจดจำ เป็นการวัดหลังการทดลอง (Post-test)

4. ระยะติดตามผล ภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำแบบวัดการกำกับอารมณ์ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นข้อมูลในระยะติดตาม (Follow up)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนวัยรุ่นที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 66 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษา จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีคะแนนการกำกับอารมณ์ในระดับต่ำ 3) เป็นผู้เคยมีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจแต่ไม่รุนแรงถึงระดับความเครียดมากหรือเคยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นมาก่อน 4) มีความสมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มทดลอง 6 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีโรคทางจิตเวช 2) มีข้อจำกัดด้านเวลาที่ไม่สามารถเข้าร่วมการปรึกษาได้ครบทั้ง 6 ครั้ง 3) มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและจรรยาบรรณการวิจัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง เพื่อดำเนินการตรวจสอบและพิจารณาประเด็นทางจริยธรรมในการวิจัย หมายเลขการรับรอง RU-HRE65/0103 หมายเลขอ้างอิงโครงการวิจัย อว 0601.24/1005 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ แบบวัดการกำกับอารมณ์ของ

วัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวัดการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษากรอบแนวคิดการกำกับอารมณ์ 3 ทฤษฎี^{9 10 11} สรุปได้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับอารมณ์ การทบทวน การประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก และการอดกลั้นในการแสดงอารมณ์โดยข้อคำถามของแบบวัดที่สร้างขึ้นด้านละ 10 ข้อ รวมเป็นจำนวน 40 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ นำไปหาความเที่ยงตรง (validity) โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of Item Objectives Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของ Cronbach (Alpha) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ผู้วิจัยทำการศึกษา และทบทวนเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับแนวคิดและเทคนิคของทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น และสร้างโปรแกรมการปรึกษาจำนวน 6 ครั้ง ให้การปรึกษาดังต่อไปนี้ 6 สัปดาห์ ที่มีหัวข้อและจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ของนักศึกษาที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ ประกอบด้วยครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ, ครั้งที่ 2 ปรับตัวปรับใจในโลกไซเบอร์, ครั้งที่ 3 ปลดปล่อยอย่างไรให้ปลอดภัยในโลกไซเบอร์, ครั้งที่ 4 อยู่อย่างสบายใจในโลกไซเบอร์, ครั้งที่ 5 ฉันทะใจใจโลกไซเบอร์ และครั้งที่ 6 ปัจฉิมนิเทศและยุติการให้คำปรึกษา หากคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (percentage) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่าสูงสุด (maximum) คะแนนเฉลี่ย (M) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (n = 16) ผู้วิจัยจึงทดสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test ได้ค่า = .000 นั่นคือข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงต้องใช้สถิติไคร่พารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไป

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ The Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลการวิจัย

1. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น มีการกำกับอารมณ์สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ในระยะหลังการทดลอง ได้ผลการทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การกำกับอารมณ์	M	SD	Mean Rank	Z	p (2-tailed)
1. ด้านการยอมรับอารมณ์					
กลุ่มทดลอง	3.22	0.37	8.63	-0.107	.915
กลุ่มควบคุม	3.20	0.39	8.38		
2. ด้านการทบทวนอารมณ์					
กลุ่มทดลอง	2.90	0.39	8.25	-0.211	.833
กลุ่มควบคุม	2.91	0.64	8.75		
3. ด้านประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก					
กลุ่มทดลอง	2.96	0.41	8.25	-0.214	.830
กลุ่มควบคุม	3.03	0.42	8.75		
4. ด้านการอดกลั้นในการแสดงอารมณ์					
กลุ่มทดลอง	2.85	0.42	8.88	-0.317	.751
กลุ่มควบคุม	2.81	0.32	8.13		
5. ด้านภาพรวม					
กลุ่มทดลอง	2.98	0.18	8.50	0.000	1.000
กลุ่มควบคุม	2.99	0.21	8.50		

*p < .05

พบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น มีการกำกับอารมณ์ไม่แตกต่างกับวัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออก

ระยะสั้น ในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การกำกับอารมณ์	M	SD	Mean Rank	Z	p
1. ด้านการยอมรับอารมณ์					
กลุ่มทดลอง	3.95	0.33	12.19	-3.103*	.002
กลุ่มควบคุม	3.17	0.38	4.81		
2. ด้านการทบทวนอารมณ์					
กลุ่มทดลอง	4.01	0.72	11.56	-2.577*	.010
กลุ่มควบคุม	2.90	0.63	5.44		
3. ด้านประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก					
กลุ่มทดลอง	3.88	0.99	10.69	-1.860*	.043
กลุ่มควบคุม	3.00	0.37	6.31		
4. ด้านการอดกลั้นในการแสดงอารมณ์					
กลุ่มทดลอง	3.98	0.52	12.50	-3.366*	.001
กลุ่มควบคุม	2.75	0.38	4.50		
5. ด้านภาพรวม					
กลุ่มทดลอง	3.98	0.39	12.50	-3.368*	.001
กลุ่มควบคุม	2.96	0.17	4.50		

*p < .05

พบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการ
ปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์
ระยะหลังการทดลองสูงกว่าวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

2. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออก
ระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะ
ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ The Wilcoxon Signed-Ranks Test

การกำกับอารมณ์	M	SD	Z	p
1. ด้านการยอมรับอารมณ์				
ก่อนการทดลอง	3.22	0.37	-2.521*	.012
หลังการทดลอง	3.95	0.33		
2. ด้านการทบทวนอารมณ์				
ก่อนการทดลอง	2.90	0.39	-2.521*	.012
หลังการทดลอง	4.01	0.72		
3. ด้านประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก				
ก่อนการทดลอง	2.96	0.41	-1.963*	.049
หลังการทดลอง	3.88	0.99		
4. ด้านการอดกลั้นในการแสดงอารมณ์				
ก่อนการทดลอง	2.85	0.42	-2.520*	.004
หลังการทดลอง	4.06	0.54		
5. ภาพรวมรายด้าน				
ก่อนการทดลอง	2.98	0.18	-2.524*	.012
หลังการทดลอง	3.98	0.39		

*p < .05

พบว่า นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งด้านการยอมรับอารมณ์ ด้านการทบทวนอารมณ์ ด้านประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก ด้านการอดกลั้นในการแสดงอารมณ์ และภาพรวมรายด้าน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ในระยะก่อนและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ The Wilcoxon Signed-Ranks Test

การกำกับอารมณ์	M	SD	Z	p
1. ด้านการยอมรับอารมณ์				
ก่อนการทดลอง	3.22	0.37	-2.524*	.012
ติดตามผล	3.92	0.33		
2. ด้านการทบทวนอารมณ์				
ก่อนการทดลอง	2.90	0.39	-2.527*	.012
ติดตามผล	3.85	0.56		
3. ด้านประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก				
ก่อนการทดลอง	2.96	0.41	-2.524*	.012
ติดตามผล	3.95	0.78		
4. ด้านการอดกลั้นในการแสดงอารมณ์				
ก่อนการทดลอง	2.85	0.42	-2.521*	.012
ติดตามผล	3.98	0.52		
5. ภาพรวมรายด้าน				
ก่อนการทดลอง	2.98	0.18	-2.521*	.012
ติดตามผล	3.92	0.33		

*p < .05

พบว่า นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ ระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งด้านการยอมรับอารมณ์ด้านการทบทวนอารมณ์ ด้านประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก ด้านการอดกลั้นในการแสดงอารมณ์ และด้านภาพรวม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ดังตารางที่ 4)

3. นักเรียนวัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ในระยะติดตามผล (2 สัปดาห์) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ของนักเรียนวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ด้วยการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์สูงกว่านักเรียนวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นนั้น เป็นการปรึกษากลุ่มที่เน้นการใช้สัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลในการส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้สำรวจตนเอง เปิดเผยตนเองทั้งเรื่องราวปัญหาและความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิธีการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกและความคิดเห็น ได้สำรวจตนเองยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา ได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา¹² อีกทั้งการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการกลุ่มที่ช่วยเหลือบุคคลที่ประสบปัญหาและมีความต้องการที่จะแก้ไข ก่อให้เกิดความพยายามในการปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของตนเอง¹³ โดยจะเห็นได้จากผลการปรึกษาที่สมาชิกกลุ่มได้สะท้อนออกมา ภายหลังการปรึกษากลุ่มที่ผู้ให้การศึกษาใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (scaling questions) เพื่อให้สมาชิกประเมินระดับความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยใช้คำถามว่า “จากคะแนน 1-10 ในเรื่องของความรู้สึกต่อสถานการณ์ ใน Bully Card นั้น อยู่ในระดับใด เช่น หากสมาชิกบอกว่า ตนเองน่าจะโกรธคนที่มา Bully ผู้ให้การศึกษาจะถามต่อว่า คิดว่าความโกรธของคุณที่อาจจะเกิดขึ้นนี้น่าจะอยู่ในระดับใด ลองประเมินตามระดับ คือ 1 คือไม่โกรธเลย 10 คือน่าจะโกรธมาก” สิ่งให้ผู้ให้การศึกษาสนใจไม่ใช่สาเหตุของความโกรธที่เกิดขึ้นแต่ผู้ให้การศึกษาสนใจในคะแนนที่เหลือ เช่น หากสมาชิกกลุ่มบอกว่า โกรธผู้ที่มา Bully ประมาณ 7 ผู้ให้การศึกษาจะถามต่อว่า อีก 3 คะแนนที่เหลือ อะไรที่ทำให้คุณข้ามผ่านความโกรธนั้นมาได้ และจะมีวิธีใดบ้างที่จะช่วยลดความโกรธจากระดับ 7 ลงได้บ้าง การใช้คำถามนี้ ใช้เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกคิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่สามารถเกิดขึ้นได้ และสามารถจัดการกับปัญหาได้ง่ายยิ่งขึ้นในรูปของคะแนนความก้าวหน้า

2. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยระยะเวลาการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มละครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีหลักการสำคัญ คือ การสร้างความคาดหวังเชิงบวกกว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นไปได้ การปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ไม่ให้ความใส่ใจกับสถานะปัญหา แต่ให้ความสำคัญกับความสามารถที่มีอยู่ในตัวของผู้รับการปรึกษา และให้ความสำคัญกับความเข้มแข็งมากกว่าอ่อนแอ¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ วิจัยเรื่องผลของการปรึกษาทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นเพื่อสร้างพลังให้กับวัยรุ่นที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์โดยใช้การปรึกษารายบุคคล ซึ่งใช้เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ เทคนิคคำถามยกเว้น เทคนิคการชมเชย และเทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับพบว่า การให้การปรึกษาทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นสามารถช่วยให้ผู้ที่ถูกรังแกรับมือกับความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้น และเมื่อใช้การรับมือในเชิงบวกในการแก้ไข ปัญหาจะทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมการทดลองเพราะมีความต้องการเดียวกันคืออยากเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ ส่งผลให้กลุ่มการปรึกษามีบรรยากาศแห่งการแบ่งปันที่ดี

3. วัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีการกำกับอารมณ์ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการทดสอบสมมติฐานข้อนี้สะท้อนประสิทธิภาพการปรึกษากลุ่มที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการกำกับอารมณ์อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ในระยะยาวเมื่อวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับ การปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นมีความสามารถในการกำกับอารมณ์ของตนเองได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษา¹⁶ เรื่อง การปรึกษาแบบกลุ่มด้วยเทคนิคการสร้างความมั่นคงทางจิตใจเพื่อเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา สำหรับเยาวชนที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ พบว่า การปรึกษาแบบกลุ่มช่วยเพิ่มพูนทักษะการเผชิญปัญหาจากการถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ให้แก่ นักเรียน และยังช่วยลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าที่เป็นผลกระทบจากการถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษา¹⁷ การเสริมสร้างชุดความคิดเติบโตของนักเรียนวัยรุ่นด้วยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความคิด ที่พบว่าวัยรุ่นที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มมีชุดความคิดแบบเติบโตในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอันเป็นผลมาจากความคงทน

ของโปรแกรม อีกทั้งการกำกับอาธรมณในครั้งนี้ 5 ฉันทเข้าใจโลก
ไซเบอร์ เป็นการฝึกประเมินสถานการณ์ใหม่ผ่านมุมมอง
ด้านบวก ซึ่งการเสริมสร้างการคิดเชิงบวกจะทำให้บุคคลรู้สึก
มีชีวิตชีวา มีความสุขกาย สบายใจ การคิดเชิงบวกนั้นมีความ
สำคัญต่อการดำรงชีวิต สามารถแสดงออกได้ถึงกานิยมชมชื่น
กล้าคิด กล้าทำ กล้าเปลี่ยนแปลง (สายสมร) ส่งผลให้ผู้ได้รับ
การปรึกษากลุ่มยังมีความสามารถในการกำกับอาธรมณอย่าง
ต่อเนื่องและยาวนาน¹⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้การวิจัย

1. นักเรียนวัยรุนที่ได้รับการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้น
ทางออกระยะสั้นมีการกำกับอาธรมณโดยรวมอยู่ในระดับมาก
ดังนั้นครอบครัว ผู้ใกล้ชิด หรือโรงเรียน จึงควรมีการส่งเสริม
และรักษาระดับการกำกับอาธรมณของนักเรียนวัยรุน และ
พัฒนาการกำกับอาธรมณให้เพิ่มขึ้นโดยการสนับสนุนให้นักเรียน
วัยรุนได้รู้เท่าทันอาธรมณตนเองและจัดการกับอาธรมณด้านลบ
เช่น ความไม่พึงพอใจ การโทษตนเอง และความรู้สึกด้อย
คุณค่า ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผลของโปรแกรมการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้น
ทางออกระยะสั้น สามารถเสริมสร้างการกำกับอาธรมณของวัย
รุนได้เป็นอย่างดี สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในอนาคได้
โดยเฉพาะเมื่อประสบกับสถานการณ์แห่งการเปลี่ยนแปลง
หรือสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ เช่น การกลั่นแกล้งในโรงเรียน,
การขัดแย้งหรือเห็นต่างในกลุ่มเพื่อนเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ
และสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของตัวแปร
ทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกำกับอาธรมณของวัยรุน
เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากสังคม ปัจจัยด้าน
สภาพแวดล้อมของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงแนวทางการ
ช่วยเหลือวัยรุนที่ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ได้อย่างครอบคลุม
ยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาการกำกับอาธรมณของกลุ่มตัวอย่าง
ที่หลากหลายมากขึ้น ได้แก่ นักเรียนวัยรุนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี
หรือในบุคคลวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากความแตกต่างด้านพัฒนาการ
ตามวัย ประสบการณ์ และการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
อาจทำให้การกำกับอาธรมณมีความต่างกันออกไปได้

References

1. Chainwong P., Sakulpan S., Tabinta D. Being
Cyberbullied and Suicide risk among youths.
Psychiatric Nurse Association of Thailand. 2020;
34(3) : 133-51. (in thai)
2. Kowalski R. M., Giumetti G. W., Schroeder A. N.,
& Lattanner M. R. Bullying in the digital age:
A critical review and meta-analysis of
cyberbullying research among youth.
Psychological Bulletin. 2014; 140(4): 1073-137.
3. Tudkuea T., Laheem K., Sittichai R. Guidelines for
Preventive Cyber Bullying Behaviors among
Secondary School Students in the Three
Southern Border Provinces. Journal of
Behavioral Science for Development. 2019;
11(1): 91-106. (in thai)
4. Bergins C.C., Bergins D.A. Child and adolescent
development in your classroom. 2nd ed.
Belmont CA: Wadsworth Cengage Learning;
2014.
5. Wanthaneeekun T., Kulnapadol P. The Effect of
Individual Solution Focus Brief Therapy on
Emotion Regulation of Adolescent Mothers.
Research Methodology & Cognitive Science.
2015; 13(1): 18-26. (in thai)
6. Mukdee S., Srikrueadong S., Kongsuriyanawin W.
Development of a Self-Regulation
Program Based on the Concept of Buddhist
Psychology for Nursing Students at
Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj
University. Journal of Royal Thai Army Nurses.
2017; 18(1): 46-55. (in thai)
7. Corey g. Theory and practice of group counseling.
8th ed. Belmont CA: Brooks/Cole; 2012.
8. Koolnaphadol P. Family Counseling. 2nd ed.
Chachoengsao: Ham compute offset; 2017.
(in thai)

9. Gross J.J., John O.P. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003; 85(1): 348-62.
10. Gratz K. L., & Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1): 41-54.
11. Garnefski N, Kraaij V, Van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*. 2005; 28(5): 619-31.
12. Linton, J. M., Bischof, G. H., & McDonnell, K. A. Solution-oriented treatment groups for assaultive behavior. *Journal for Specialists in Group Work*. 2005; 30(1): 5-22.
13. Thompson, Rosemary A. *Counseling Techniques Improving Relationships with Others Ourselves, our Families, and our Environment*. 4thed. Philadelphia: Taylor & Francis; 2003.
14. Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. *Groups process and practice*. 9th ed. Australia: Brooks Cole Cengage Learning; 2014.
15. Hicks, J. G. F., Skoog, S., & Crews, C. *Empowering Cyberbullied Youth: A Solution-Focused Adlerian Counseling Model*. Proceedings of the American Counseling Association Conference and Expo, March 27-30, 2014, Honolulu, HI: Vistas; 2015.
16. Kwamkanung J., Kaewchinda M. Group counseling with Stabilization techniques to enhance coping skills for Cyberbullied youth. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*. 2016; 10(2): 40-52. (in thai)
17. Boonboot K, Koolnaphadol P, Inang P. The Enhancement of Adolescent Student's Growth Mindset Through Integrated Group Counseling Program with Cognitive Behavioral Theory and Cognitive Group Activities. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2): 372-80. (in thai)
18. Chaleoykitti S., Wongpanarak N. *Family Therapy: Counseling and Empowerment of positive thinking in family*. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015; 16(1): 14-21. (in thai)

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย

Factors Predicting Postpartum Depression among Cesarean Section Mothers with Sick Newborns

ณัฐยา อ่อนผิว* ประไพรัตน์ แก้วศิริ นิชาพร ทิพลิงห์ พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน เปรียบแก้ว ฝาระมี
Nuttaya Onpiw* Prapairat Keawsiri Nichaporn Tipsing Panyupa Naosrisorn Priabgeaw Faramee
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University,
Nakhon Phanom, Thailand, 48000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย กลุ่มตัวอย่างคือมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย จำนวน 123 ราย ณ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม โดยศึกษาในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยได้ร้อยละ 62.20 (Adjust $R^2 = .60$, $F = 31.80$, $p < .001$) โดยความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยมากที่สุด ($\beta = .23$, $p < .001$)

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ทารกแรกเกิดป่วย

Abstract:

The present study adopted a predictive correlational research design with the aim of investigating the predictability of postpartum depression among cesarean section mothers with sick newborns. The samples were 123 cases at a public hospital in Nakhon Phanom Province. This study was carried out during the period of May 2022 – February 2023. The research instruments were a demographic and obstetrics questionnaire, a childbirth experience questionnaire, a postpartum social support questionnaire, a parenting stress questionnaire, and a postpartum depression questionnaire. The collected data were analyzed by multiple regression.

Corresponding Author: *E-mail: nuttaya828@gmail.com

วันที่รับ (received) 5 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 มิ.ย. 2566

The results indicated that mothers' age, family income, childbirth experience, the length of infants' treatment at the sick newborn care unit, social support, and parenting stress could predict 62.20 percent of postpartum depression among the cesarean section mothers with sick newborns (Adjust $R^2 = .60$, $F = 31.80$, $p < .001$). The most significant predictive factor was parenting stress ($\beta = .23$, $p < .001$).

Keywords: postpartum depression, cesarean section mothers, sick newborns

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งคาดการณ์ว่า ค.ศ. 2030 แนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะเพิ่มขึ้น ในแถบลาตินอเมริกาและแคริบเบียน อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 44.30 ในภูมิภาคเอเชีย ประเทศจีนพบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 62¹ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันพบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 30 - 50² การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ คลื่นไส้ อาเจียนจากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก เป็นต้น³ ผลกระทบด้านจิตใจมารดาเกิดความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดคลอดเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ปวดแผลผ่าตัดรวมถึงการคลอดที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁴ สำหรับผลกระทบต่อทารกโดยเฉพาะมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกฉีกเนื่องจากทารกมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่อยู่ในครรภ์ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ติดเชื้อ ภาวะหายใจเร็ว เป็นต้น⁵ ทำให้ทารกต้องแยกจากมารดาส่งผลให้การสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกล่าช้ารวมถึงอาจส่งผลทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของบุตร^{6,7}

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือ กลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในระยะหลังคลอด เช่น อารมณ์เศร้ามากผิดปกติ วิตกกังวล ร้องไห้ง่าย อยากทำร้ายตนเอง ไม่มีความสุข นอนไม่หลับ เป็นต้น⁸ อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่ามารดามีภาวะซึมเศร้าในระยะ 72 ชั่วโมง

หลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 13.80⁹ มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดพบร้อยละ 18.80¹⁰ และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกฉีกในระยะ 4-8 สัปดาห์ พบว่ามารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 20.20¹¹ สำหรับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในต่างประเทศ พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดชาวอิหร่าน คิดเป็นร้อยละ 33.40 ซึ่งแบ่งเป็นมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกฉีก ร้อยละ 13.80 รองลงมาคือมารดานัดผ่าตัดคลอดล่วงหน้าและมารดาคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 8 และร้อยละ 7.20 ตามลำดับ¹² การศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาชาวสวีเดน พบว่ามารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกฉีกมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 16.70 และมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดชาวญี่ปุ่น พบว่ามารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 40⁵

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่เกิดขึ้นพบว่า มีปัจจัย 3 ด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล สำหรับปัจจัยทางด้านชีวภาพเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่ลดลงอย่างรวดเร็วหลังคลอด ส่งผลทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹³ สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่ามารดาหลังคลอดที่ทารกเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁶ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่ามารดาในกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 26⁷ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่อาจจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกฉีกและมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับสูง¹⁴ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกัน

ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดฉุกเฉินได้ร้อยละ 56¹¹ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีอิทธิพลบวกทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะ 6 เดือนหลังคลอด¹⁵ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสถิติศาสตร์ที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ เช่น อายุมารดา รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการคลอด วิธีการคลอด เป็นต้น ซึ่งพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่ามีการศึกษาค่อนข้างจำกัดส่วนใหญ่ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยเป็นการศึกษาในมารดาหลังคลอดปกติ มารดาครั้งแรก มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน และยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษา 6 ปัจจัย คือ อายุของมารดา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาทันทีที่ทารกแรกเกิดป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรที่คาดว่าจะทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือให้ความช่วยเหลือหากเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยรวมทั้งสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

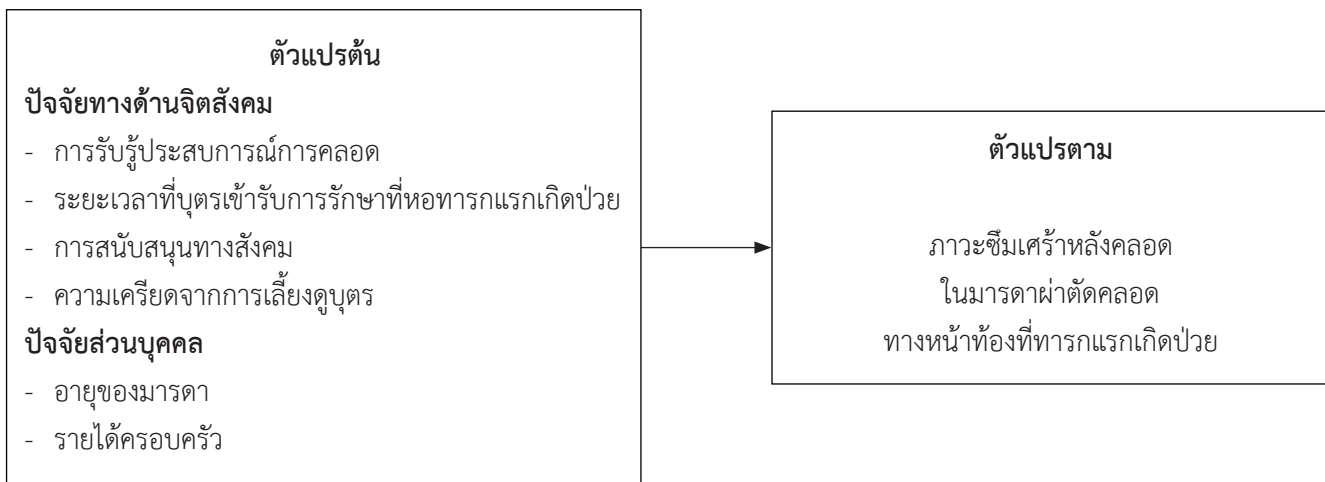
เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุของมารดา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาทันทีที่ทารกแรกเกิดป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย

คำถามในการวิจัย

อายุของมารดา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาทันทีที่ทารกแรกเกิดป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือ กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในช่วงหลังคลอด⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด¹⁶ ซึ่งหากมารดามีความรู้สึกหรือรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในระหว่างคลอดในทางลบ อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹¹ การสนับสนุนทางสังคม¹⁷ หากมารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาทันทีที่ทารกแรกเกิดป่วย การที่มารดาต้องแยกจากบุตรป่วยส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวลความรู้สึกผิดโทษตนเองอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹¹ และความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เมื่อบุตรมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิดมารดาจึงเกิดความยากลำบากในการดูแลบุตรป่วยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁵ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของมารดา หากมารดามีวุฒิภาวะด้านจิตใจยังไม่พร้อมในการเปลี่ยนแปลงบทบาทภายหลังคลอดอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹² และรายได้ครอบครัวภายหลังคลอดเมื่อมีสมาชิกใหม่ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹¹ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่บุตรมีประวัติเข้ารับการรักษาท่อนาทแรกเกิดป่วยเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในระยะหลังคลอด สามารถอ่านออกเขียนได้ อายุ 20 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ตัวแปรต้น คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) .90 และขนาดอิทธิพล (effect size) 0.15 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน¹¹ และกำหนดขนาดอิทธิพลที่ใช้เป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลางสำหรับการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ¹⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 123 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ข้อมูลทาง

สูติศาสตร์ ประกอบด้วย ประวัติทางสูติกรรม อายุครรภ์ที่คลอด ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ความตั้งใจในการคลอด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สภาวะของทารกหลังคลอด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด Apgar score ข้อบ่งชี้ที่เข้ารักษาตัวที่หอทารกแรกเกิดป่วย ระยะเวลาที่รับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดป่วย

2. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด²⁰ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด²¹ มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 24 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 14 ข้อ และคำถามด้านลบจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 24 - 120 คะแนน การแปลผล พิจารณาจากคะแนนรวม หากคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางบวก คะแนนรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางลบ

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด²² ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านทรัพยากร คะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 37-185 คะแนน ค่าคะแนนมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับมาก ค่าคะแนนน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับน้อย

4. แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร¹⁵ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ คะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 16 - 80 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง มารดาที่มีความเครียด

จากการเลี้ยงดูบุตรสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรต่ำ

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับแปลเป็นภาษาไทย (The Edinburgh Postnatal Depression Scale)²³ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน ซึ่งหมายความว่าคะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 11 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้ การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจากผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงข้อมูลและแบบประเมินตรงกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา จึงไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา²⁴ ซึ่งแต่ละเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้ แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดค่า CVI เท่ากับ .95²⁰ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมค่า CVI เท่ากับ 1²² แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรค่า CVI เท่ากับ .80¹⁵ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 100 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 88²³ สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเท่ากับ .88 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .88 แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรเท่ากับ .82 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม ใบรับรองอนุมัติ NP - EC11 - No.13/2565 ลงวันที่ 17 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม เก็บรักษา

ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและคณะรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าไปในห้องที่เตรียมไว้สำหรับอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วมอบแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้กลุ่มตัวอย่างตอบอย่างเป็นอิสระ ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน โดยทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คะแนนการสนับสนุนทางสังคม และ คะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของมารดา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาทันทีที่ทารกแรกเกิดป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติไคโมโกรอฟซามิโนฟ พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ้ดัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย ซึ่งข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่องมาวัดแบบช่วง 2) ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ พบ Scatter plot มีจุดกระจายรอบๆ ตำแหน่ง 0 3) ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) พิจารณาจากค่า Variance Inflation

Factor (VIF) อายุมารดา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประสบการณ์ การคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาทันที หอทารกแรกเกิดป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร มีค่าเท่ากับ 1.08, 1.35, 1.80, 1.13, 1.80 และ 1.36 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าไม่สูงกว่า 4 และพิจารณาจากค่า tolerance มีค่าเท่ากับ .91, .74, .55, .88, .55 และ .73 ตามลำดับ ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.2 4) ค่า Durbin-Watson = 1.99 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อน (Error Team) มีการแจกแจงปกติเป็นอิสระต่อกัน และ 5) ไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์เชิงเส้น²⁵ จึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาในระยะ 6 – 8 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 123 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี

โดยอายุเฉลี่ย 27.12 ปี (S.D. = 4.62) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 10,224 บาท (S.D. = 5,926) ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 47.20 อายุครรภ์เมื่อมาคลอดครั้งนี้เฉลี่ย 37.86 สัปดาห์ (S.D. = 1.96) มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 33.30 ระยะคลอดคิดเป็นร้อยละ 61 การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 62.60 ซึ่งข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ส่วนใหญ่ คือ ภาวะ CPD คิดเป็นร้อยละ 50.64 รองลงมาคือ ภาวะ Fetal distress คิดเป็นร้อยละ 18.19 และภายหลังคลอดทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 72.40 Apgar score นาทีที่ 1 อยู่ระหว่าง 8 – 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 77.20 รองลงมาคือ 4 – 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 22.80 ส่วนใหญ่ ข้อบ่งชี้ที่ทารกเข้าพักรักษาตัวที่หอทารกแรกเกิดป่วย คือ ย้ายสังเกตอาการเนื่องจากมารดามีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 52.04 ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาทันที หอทารกแรกเกิดป่วยเฉลี่ย 6.98 วัน (S.D. = 3.93)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (n = 123)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย		
$\bar{X}$ = 8.55, S.D. = 3.31, Min = 2, Max = 14		
ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (2-10 คะแนน)	89	72.35
มีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (11 คะแนนขึ้นไป)	34	27.65

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่าง 2 – 14 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 8.55 คะแนน (S.D. = 3.31) โดยกลุ่มมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-14 คะแนน

จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.65 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีคะแนนอยู่ระหว่าง 2 – 10 คะแนน จำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.35

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประสบการณ์ การคลอด การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 123)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	S.D.
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	52-85	67.02	6.63
การสนับสนุนทางสังคม	87-130	111.63	8.57
ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	32-65	42.89	5.96

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดโดยรวมอยู่ระหว่าง 52-85 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ย 67.02 (S.D. = 6.63) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 87-130 คะแนน และมี

ค่าคะแนนเฉลี่ย 111.63 (S.D. = 8.57) และคะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรโดยรวมอยู่ระหว่าง 32 – 65 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ย 42.89 (S.D. = 5.96)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปร (n = 123)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุของมารดา	1.00						
2. รายได้ครอบครัว	.266**	1.00					
3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	.029	.368**	1.00				
4. ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษา ที่หอทารกแรกเกิดป่วย	-.098	-.204*	-.242**	1.00			
5. การสนับสนุนทางสังคม	.054	.366**	.635**	-.263**	1.00		
6. ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	-.045	-.352**	-.420**	.278**	-.414**	1.00	
7. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	-.214*	-.535**	-.591**	.426**	-.603**	.560**	1.00

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.214, p < .05$) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.535, p < .01$) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.591, p < .01$) ระยะเวลาที่บุตร

เข้ารับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .426, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.603, p < .01$) ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .560, p < .01$)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย

ตัวแปรทำนาย	B	S.E	Beta	t	p-value
อายุของมารดา	-.07	.043	-.107	-1.79	.075
รายได้ครอบครัว	.010	.010	-.220	-3.32	.001
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	-.10	.038	-.213	-2.77	.006
ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษา ที่หอทารกแรกเกิดป่วย	.16	.051	.191	3.15	.002
การสนับสนุนทางสังคม	-.09	.038	-.232	-3.02	.003
ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	.13	.037	.239	3.58	.001

ค่าคงที่ = 22.26; SEest = 2.09; $R^2 = .622$; Adjusted $R^2 = .602$; $F = 31.80$; p-value < .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ตัวแปรต้นสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยได้ร้อยละ 62.20 (Adjust $R^2 = .60$, $F = 31.80$, $p < .001$) โดยความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยมากที่สุด ($\beta = .23$, $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. อายุของมารดา พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงภายหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี โดยอายุเฉลี่ย 27.12 ปี (S.D. = 4.62) จึงทำให้สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุของมารดาไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹¹ และมีการศึกษาที่พบว่า อายุของมารดาหลังคลอด ที่ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 74 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะและสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีส่งผลให้อายุของมารดาไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด²⁶

2. รายได้ครอบครัว พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยสามารถอธิบายได้ว่า การที่ครอบครัวมีรายได้เดือนน้อยส่งผลให้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว และเมื่อมีสมาชิกใหม่ครอบครัวจึงมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นทำให้มารดาเกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁷

3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยสามารถอธิบายได้ว่ามารดาที่มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ต้องดูแลสุขภาพทารกที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่คาดหวังไว้จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและท้อแท้ รวมถึงวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและสุขภาพของบุตร ซึ่งสถานการณ์ที่มารดาต้องเผชิญส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ^{4,5} นอกจากนี้ประสบการณ์การคลอดทางลบที่เกิดขึ้นในระยะคลอดอาจส่งผลกระทบให้

มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกประเมินส่งผลให้มารดาเกิดประสบการณ์การคลอดทางลบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (odds ratio 1.45, 95% confidence interval 1.04–2.01)²⁸

4. ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดป่วย พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าทารกต้องเข้าพักรักษาตัวในหอทารกแรกเกิดป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 72.40 ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษามีค่าเฉลี่ย 6.98 วัน (S.D. = 3.93) สามารถอธิบายได้ว่าการผ่าตัดคลอดที่มีสาเหตุมาจากทารกมีความผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้มารดามีความเครียด วิตกกังวลส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้^{6,7} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษารวมทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกประเมินได้ ($\beta = .17$, $p < .05$)¹¹ และการศึกษาพบว่ามารดาที่คลอดทารกป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถึงร้อยละ 36²⁹

5. การสนับสนุนทางสังคม พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยสามารถอธิบายได้ว่าการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การที่ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างทำให้มารดาเกิดภาวะเครียด ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก³⁰ โดยการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรกคิดเป็นร้อยละ 47.20 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ แบ่งเป็นการสนับสนุนด้านการไว้วางใจ ($\beta = 2.98$, $p < .05$) และด้านสิ่งของเครื่องใช้ ($\beta = 1.71$, $p < .05$)²⁷

6. ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยสามารถอธิบายได้ว่าการคลอดบุตรที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงทำให้มารดาต้องคอยดูแลบุตร กลัวว่าบุตรจะได้รับอันตรายทำให้มารดามีความเครียด ความวิตกกังวลนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹⁵ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกสูงถึงร้อยละ 47.20 อาจมีความไม่มั่นใจในการดูแลทารก ความอดทนต่อความเครียดลดลง³¹

ส่งผลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดาทำให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรจึงเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมีอิทธิพลบวกทางตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้าในระยะ 6 เดือนหลังคลอด ($\beta = .284, p < .05$)¹⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า รายได้ครอบครัว การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย ดังนั้นจึงควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร่วมกับปัจจัยเหล่านี้ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วยเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือส่งต่อพบจิตแพทย์หากมารดามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบโปรแกรมหรือสร้างแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย

References

1. Josi R. Cesarean section epidemic: Tackling the rise of unnecessary cuts. *European Journal of Midwifery*. 2019;3:1-2.
2. Tienmontree K, Chunuan S, Kala S. Factors Influencing Decision-Making for Cesarean Section among Primigravidae. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2020;31(1): 96-109. (in Thai)
3. Pinchaleaw D, Bhoosahas P. Factors Related to Women's Distress after Cesarean Section. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;16(1):101-8. (in Thai)

4. Carquillat P, Boulvain M, Guittier MJ. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences?. *Midwifery*. 2016;(43):21-8.
5. Benton M, Salter A, Tape N, Wilkinson C, Turnbull D. Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):535.
6. Raksapakdee R, Srisaeng P, Ungpansattawong S. The relationships of selected factors and postpartum depression among postpartum mothers with hospitalized preterm infants. *Journal of Nursing Science & Health*. 2018; 41(1):1-11. (in Thai)
7. Brownlee MH. Screening for Postpartum Depression in a Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in neonatal care*. 2022;22(3):102-10.
8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150: 782-86.
9. Kittichotiwat W. Prevalence and Associated Factors of Postpartum Depression in Kaengkhoh Hospital, Saraburi Province. *Journal of the Department of Medical Services*. 2018; 43(5):125-30. (in Thai)
10. NuanChawi W, Kasiphon T, Nathithanasombat K. The prevalence of postpartum depression and factors predicting depression in postpartum mothers. *HCU Journal*. 2018;21(42):65-78. (in Thai)
11. Saenbunma K, Deoisres W, Chuahom U. Predictors of Postpartum Depression Among Women with Emergency Cesarean Section. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019;27(3):23-31. (in Thai)
12. Sarah SB, Forozan SP, Leila D. The relationship between model of delivery and postpartum depression. *The Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2017;10(4):874-77.

13. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Alden KR. Maternity and women's health care. 12th ed. St. Louis: Elsevier; 2020.
14. Alexandroaia C, Sima RM, Balalau OD, Olaru GO, Ples L. Patients' perception of childbirth according to the delivery method: The experience in our clinic. *Journal of Mind and Medical Sciences*. 2019;6(2):311-18.
15. Suriyanimitsuk T, Deoiseres W, Wongnum P, Williams PD. A causal model of late postpartum depression and its effects on maternal roles. *Journal of Health Science Research*. 2015;9(1):16-25. (in Thai)
16. Marut JS, Mercer RT. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*. 1979;28(5):260-65.
17. House JS. Work stress and social support. MA: Addison-Wesley; 1981.
18. Cohen J. Multiple regression and correlation analysis. In: Cohen J, editor. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Sanitlou N, Sartphet W, Naphaarrak Y. Sample Size Calculation using G*Power program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*. 2019;5(1):497-507. (in Thai)
20. Saeliw P, Kantaruks K, Chaloumsuk N. Perceptions of Childbirth Experience, Social Support and Maternal Role Attainment among Mothers with Cesarean Section. *Nursing Journal*. 2015;42 (Suppl):69-81. (in Thai)
21. Parisunyakul S, Baosoung C, Prasitwatanasaree P. Predictors of Women's Perceptions of the Positive Childbirth Experience. *Nursing Journal*. 2013;40(1):84-93. (in Thai)
22. Sitthiboonma N, Kantaruksa K, Supavititpatana B. Stress, Social Support and Postpartum Depression Among First-time Mothers. *Nursing Journal*. 2015;47(2):169-79. (in Thai)
23. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*. 2007;149 (1-3):253-59.
24. Pattanasombutsook M. Validation of Nursing Research Reports and Proper Use of Social Science Research Instruments in Publishing. *Journal of Nursing and Public Health*. 2020; 8(2):189-204. (in Thai)
25. Aree P, Chitpakdee B, editors. *Statistics for Nursing Research*. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2014. (in Thai)
26. Pumek S, Kovavisarach E, Keanoppakun M, Sangpitak W. Factors Predicting Depression of Postpartum Mother in Rajavithi Hospital. *Journal of Health and Nursing Research*. 2019;35(3):158-68. (in Thai)
27. Sukasem N, Ruangphornwisut R, Sriareporn P, Siririth W, Watcharaprapapong P. Predictors of Postpartum Depression. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016;34(1):47-55. (in Thai)
28. Eckerdal P, Georgakis KM, Kollia N, Wikstrom A, Hogberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018;97(3):301-11.
29. Cherry AS, Blucker RT, Thornberry TS, Hetherington C, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: program development, implementation, and lessons learned. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2016;(9):59-67.
30. Pukdeesamai A, Sriarporn P, Xuto P. Factors Predicting Postpartum Depression Among First-time Mothers. *Nursing Journal*. 2017; 44(3):19-29. (in Thai)
31. Anusornteerakul S, Harnklar S, Ounkaew A, Chaiwan W, Boonmala N. Mental Health and Adaptation among Postpartum Mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(1):116-24. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี

The Effects of A Cognitive-Behavioral Therapy Program in Conjunction with Social Support on the Social Functioning and Mental Health of Patients with Comorbid Amphetamine Dependence and Psychotic Disorders in a Treatment Center in Pathumthani Province.

ศศิภรณ์ วิงวอน* นิตยา ตากวิริยะนันท์ อังคณา จิรโรจน์

Sasiporn Wingwon* Nidtaya Takviriyannun Angkana Jirarode

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ของสถานบำบัดสารเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี 75 คน กลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 11 กิจกรรม ร่วมกับการดูแลตามปกติ วัดผลก่อนและหลังการทดลองสิ้นสุด 1 สัปดาห์ โดยแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์แปรปรวนพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

คำสำคัญ : การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, การสนับสนุนทางสังคม, การทำหน้าที่ทางสังคม, ภาวะสุขภาพจิต, โรคร่วม

Corresponding Author: *e-mail: sasiporn118@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 1 ธ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ม.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 ก.พ. 2565

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in conjunction with social support on the social functioning and mental health of patients with comorbid amphetamine dependence and psychotic disorders. The seventy-five samples had comorbid amphetamine dependence and psychotic disorders undergoing rehabilitation at a treatment center in Pathum Thani Province,

Thailand. The samples were randomized evenly into experimental and control groups. Thirty-eight samples in the experimental group received eleven sessions of the cognitive and behavioral therapy program in conjunction with social support and standard care. The thirty-seven samples in the control group received standard care. Data were collected before and a week after the trial, using questionnaires that evaluated the patients' social function and mental health (DASS-21). Personal information forms were used to collect the data. The participant's social functioning and mental health status scores were measured using questionnaires that evaluated the patients' social function and mental health (DASS-21) before and after the cognitive and behavioral therapy program in conjunction with social support. Descriptive statistics were used to represent the personal information about the participants; a dependent t-test was used to compare the mean of the social functioning and mental health status scores before and after the intervention in each group; and MANOVA was used to examine the mean differences social functioning and mental health status scores between the experimental and control groups.

The results showed that after the trial, the mean scores for the social functioning of the experimental group were statistically higher than before the trial and for those of the control group ($p < .001$). Additionally, the mean scores for mental health related to the depression, anxiety, and stress of the experimental group were significantly lower than before the trial and for those of the control group ($p < .001$).

Keywords: cognitive-behavioral therapy, social support, social functioning, mental health, comorbid

บทนำ

ปัญหาการติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนเมื่อเสพยาเป็นระยะเวลานาน ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย และบางรายเกิดอาการทางจิตอย่างถาวร การศึกษาในหลายประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมจิตเวช มีร้อยละ 11-31^{1,2} และจากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่ามีผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศเกือบสี่พันรายต่อปี โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้นจนส่งผลให้ผลการรักษาไม่ดีสูงกว่าบุคคลทั่วไป 5 เท่า¹ ซึ่งการติดสารเสพติดเป็นปัญหาซับซ้อนที่ต้องใช้เวลาการรักษาที่มีประสิทธิผลไม่น้อย

กว่า 3 เดือน เพราะต้องบำบัดทั้งอาการทางกายจากการขาดสารเสพติดและการบำบัดทางจิตสังคมในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่หากผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมกับการติดสารเสพติด การบำบัดรักษาจะยุ่งยากซับซ้อนและอาจใช้เวลานานขึ้น³ ในการบำบัดด้านจิตสังคมที่ใช้เวลานาน ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตทุเลาลง มีความคิดบิดเบือนว่าการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพไม่มีความจำเป็น และตนเองสามารถเลิกยาเสพติดได้เอง² ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดภาวะเครียดที่ต้องอยู่บำบัดรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ ประกอบกับการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ มีกิจกรรมค่อนข้างมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งแสดงออกด้านการทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องและมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิตที่เคยทุเลาลงกลับเกิดขึ้นอีก

และไม่สมัครใจอยู่รักษาต่อ

การมีพฤติกรรมและสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาจากการไม่สามารถปรับตัวได้นี้ สะท้อนถึงปัญหาการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน⁴ สามารถนำมาอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินและการปรับตัวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเวลาค่อนข้างนานภายใต้สิ่งแวดล้อมใหม่ ผู้ป่วยบางรายมีการประเมินว่า การบำบัดฟื้นฟูไม่จำเป็นกับตนเอง มีความคิดบิดเบือนว่าตนเองเลิกลยาเสพติดเองได้^{5,6} และไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดได้ว่ามีประโยชน์กับตนเองหรือไม่ นอกจากนี้ยังขาดแหล่งประโยชน์และทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา^{2,7} รวมทั้งขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบำบัดรักษาว่ามีประโยชน์อย่างไร และขาดการตอบสนองทางอารมณ์ในการระบายความรู้สึก หรือการสื่อสารให้กำลังใจกัน^{5, 8} ผลจากการประเมินทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด และแก้ไขปัญหาในลักษณะมุ่งจัดการกับอารมณ์เป็นหลัก ทำให้เกิดปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมและสุขภาพจิต⁵ เช่น แยกตนเอง เครียด วิตกกังวล จนทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สามารถรับการฟื้นฟูตามระบบการรักษาได้² ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้ลดความเครียดลงจนสามารถปรับตัวได้จึงเป็นเรื่องจำเป็น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าได้ผลดี^{7,9,10} ในด้านภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น¹¹ ซึ่งในประเทศไทยการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมใช้รูปแบบการรักษาแบบชุมชนบำบัดซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กฎระเบียบ และการช่วยเหลือตนเอง¹³ โดยยังไม่มิกิจกรรมที่เน้นการแก้ไขด้านความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2550-2564 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบน้อย ในต่างประเทศพบว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม ช่วยในการปรับความคิดที่บิดเบือน¹⁰ โดยมุ่งเน้นการช่วยเหลือในการเลิกยาเสพติด ซึ่งโปรแกรมจะใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่เหมาะสม ตลอดจนอาการทางจิตติ

ขึ้น^{11,12} ส่วนประเทศไทยพบว่ามีกรนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้กับผู้ป่วยใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเพื่อช่วยผู้ป่วยในเรื่องการเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดรักษา⁵ โดยการบำบัดที่ศึกษาจะมุ่งเน้นการช่วยเหลือเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง⁶ โดยยังไม่ครอบคลุมสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย กลุ่มนี้ในเรื่องการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการสนับสนุนทางด้านจิตใจรวมทั้งระยะเวลาของโปรแกรมการบำบัดในบางการศึกษาที่ผ่านมา มีระยะเวลานานเนื่องจากมีเป้าหมายในการเลิกสารเสพติดซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการบำบัด^{11,12} ขณะที่งานวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในระยะแรกที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงอาจจะไม่จำเป็นที่จะใช้ระยะเวลานานในการบำบัด ส่วนโปรแกรมระยะสั้นการศึกษาที่ผ่านมาแม้จะให้ผลในเรื่องความร่วมมือในการบำบัดรักษา แต่ไม่ได้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมที่จัดมีปริมาณเนื้อหาและความถี่หลายครั้งต่อสัปดาห์^{5,6} ซึ่งน่าจะไม่เหมาะกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้เรื่องนี้นจึงมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ออกแบบให้เหมาะสมกับสาเหตุของปัญหาผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีจิตเป็นโรคร่วม ในการเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมและลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บำบัดรักษาได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อผลระยะยาวในการเลิกยาเสพติด

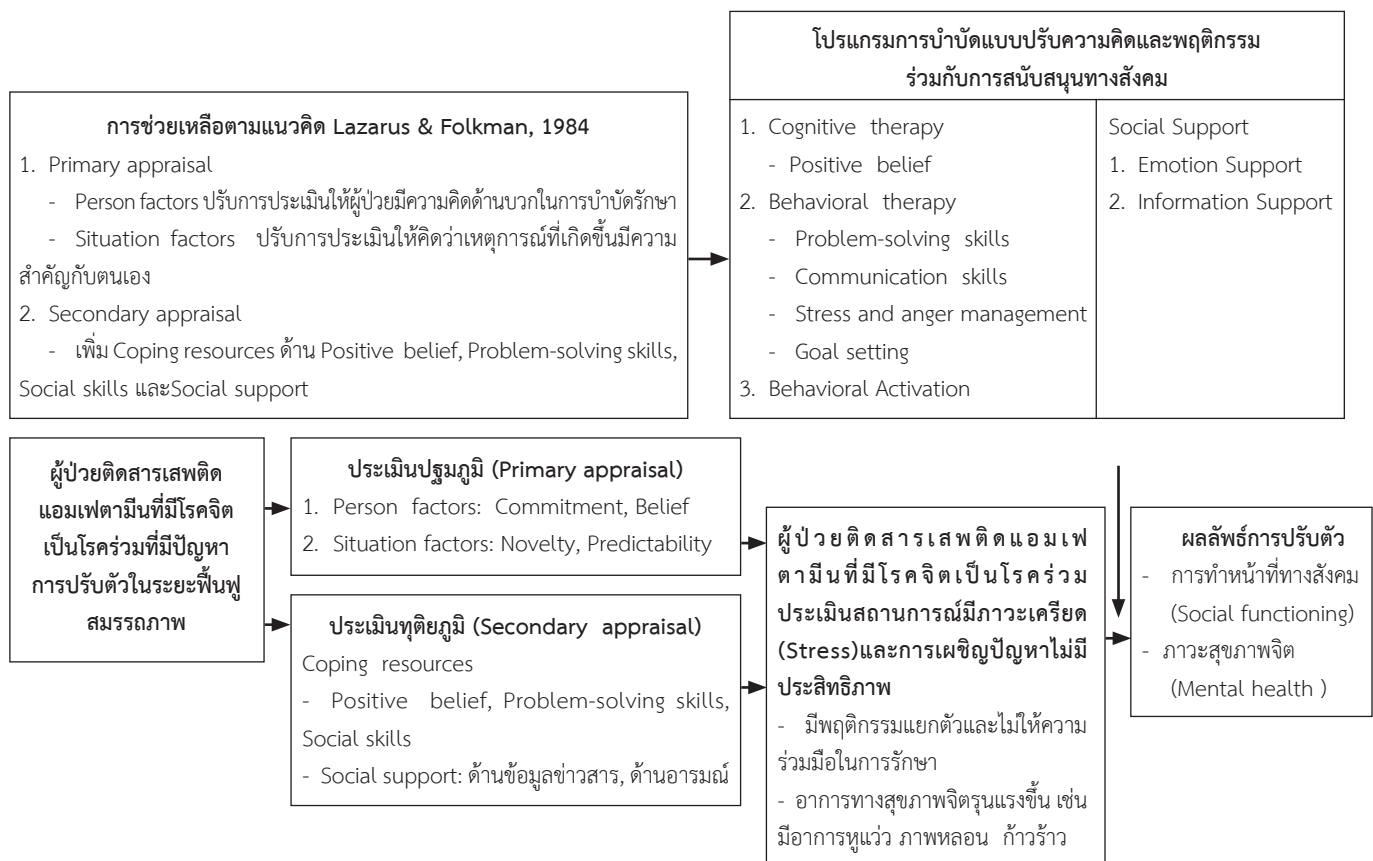
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินเหตุการณ์และการปรับตัวของผู้ป่วยตลอดจนแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวในด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตได้ของลาซารัสและโพลค์แมน⁴ ในการอธิบาย มโนทัศน์ที่สำคัญ คือ ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ที่ประสบใน 2 ลักษณะ คือ 1) การประเมินปฐมภูมิ โดยประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญกับตนเองหรือไม่ และ 2) การประเมินทุติยภูมิ โดยประเมินว่าตนเองมีความสามารถและมีแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่มีผลกับตัวเองหรือไม่ ผลของการประเมิน คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง หรือเกี่ยวข้องกับตนเองและทำให้ตนเองรู้สึกเครียด โดยผลลัพธ์ของการปรับตัวแสดงออกในลักษณะของสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม

การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมที่มีปัญหาการปรับตัว ที่มีภาวะเครียดในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัว อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ภายใต้แนวคิดนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองในการประเมินให้ถูกต้องและลดความรุนแรงของเหตุการณ์ลง โดยปรับความคิดที่บิดเบือน ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหา^{9,10} พร้อมทั้งช่วยพัฒนาทักษะสำคัญต่าง ๆ ที่มีไม่พอ^{2,7} พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารการบำบัดรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เพียงพอ เพื่อให้ผลลัพธ์การทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เก็บข้อมูลที่สถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2563 ถึง 24 มกราคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาในระหว่างที่พ้นจากระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งอาการทางจิตเวชสงบจนสามารถสื่อสารและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ กลุ่มตัวอย่าง 75 คน เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาในระหว่างที่พ้นจากระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) ด้วยกลุ่มรหัส F 15.5 ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง [คัดกรองโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale) โดยมีคะแนนรวมที่น้อยกว่า 36 จาก 126 คะแนน คะแนน ซึ่งแสดงว่าอาการทางจิตสงบและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้] และไม่มีภาวะบกพร่องทางความคิด [คัดกรองโดยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment) โดยมีคะแนนไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน จาก 30 คะแนน ซึ่งแสดงว่าไม่มีภาวะบกพร่องทางความคิด] สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จับคู่อายุและเพศ ได้กลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน

ขนาดตัวอย่าง 75 คนได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.2¹⁴ โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of the test) ที่ระดับร้อยละ 90 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (Medium effect size) ที่ระดับ .25 สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ MANOVA ที่มีตัวแปรตาม 4 ตัว (การทำหน้าที่ทางสังคม และสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการให้ทดลอง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวน 7 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน

เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือให้การทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีของลาซารัสและโพลล์แมน³ ในการช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองในการประเมินเหตุการณ์ให้ลดความรุนแรงและเพิ่มแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญปัญหาผ่านกลไก 4 ประการ คือ 1. การปรับความคิด (Cognitive therapy) 2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) 3. การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม (Behavioral activation) และ 4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) กิจกรรมในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้จากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น¹⁵ และจากแนวทางการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเด็ก¹⁶ กิจกรรมทั้งหมดมี 11 กิจกรรม จัดลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ และมีการบ้านทุกครั้งหลังการฝึก

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับกิจกรรมของโปรแกรม (Index of item – objective congruence [IOC]) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยค่า IOC ของแต่ละกิจกรรมเท่ากับ 0.67-1 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่ 0.5

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้เก็บข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจิตเวช

2) แบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scales [DASS-21]) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะความเครียด สร้างโดยโลไวบอนด์และคณะ¹⁷ ต่อมาแปลเป็นภาษาไทยโดยสุกัลยา สว่างและคณะ¹⁷ และดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมโดยฉัตรพิทยรัตน์เสถียรและณัฏฐวรรต บัวทอง แบบประเมินชุดนี้ผู้ป่วยจะประเมินตนเองตามข้อคำถามซึ่งมีจำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัด ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมในแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ยิ่งมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตในด้านนั้น ๆ มาก

เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.83¹⁷ และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) จากการทดสอบในการศึกษานี้มากกว่า 0.8 ทุกด้าน

3) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม เป็นแบบประเมินที่พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วย เครื่องมือนี้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก พัฒนาขึ้นโดยใช้โครงสร้างของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (The functional assessment tool for chronic schizophrenic)¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินชุดนี้มี 4 องค์ประกอบ รวม 19 ข้อ คือ 1. การดูแลตนเอง (4 ข้อ), 2. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (2 ข้อ), 3. ความสามารถในการทำงาน (5 ข้อ) และ 4. ความร่วมมือในการรักษา (8 ข้อ) คำตอบในแต่ละข้อจะเป็นคำอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีพฤติกรรมในการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวมยิ่งดี

เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และได้ค่าเที่ยงจากการสังเกต (Interrater Reliability) เท่ากับ 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) และผู้ช่วยวิจัยอีก 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและคัดกรองภาวะบกพร่องทางความคิดและอาการทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมตามลำดับที่กำหนดในโปรแกรมฯ ในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยได้ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามฉบับเดียวกับก่อนเข้าร่วมการวิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัยที่ COA No. 057/2563 เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2563 และผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อำเภอดุสิตบุรี จังหวัดปทุมธานี รหัสโครงการวิจัยที่ 63023 เอกสารใบรับรองที่ 036/2563 เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2563 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลต่างๆ เป็นภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกต์ (Fisher's Exact test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตทั้งสามด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติวิเคราะห์แปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรตามทั้งสี่ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนในช่วงก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติทีแบบอิสระจากกัน (independent t-test) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทุกชนิดก่อนการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบคล้ายคลึงกันคือส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.9 และ 78.4 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 81.6 และ 81.1 ตามลำดับ) และ

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
Vol. 24 No.2 May - August 2023

ภายหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน
การทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้นและมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า
ภาวะวิตกกังวลและ ภาวะเครียดต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดูรายละเอียด
ในตารางที่ 2

4. เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะ สุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตรายด้านหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 75$)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	p-value
	M	SD	M	SD		
การทำหน้าที่ทางสังคม	64.08	1.08	53.95	3.43	301.11	.001
ภาวะซึมเศร้า	3.53	0.83	9.92	1.09	819.64	.001
ภาวะวิตกกังวล	3.55	0.95	9.57	1.57	404.26	.001
ภาวะเครียด	6.21	1.53	10.22	1.29	149.79	.001

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน
การทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่า แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึม
เศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คุณลักษณะ ประวัติการใช้สารเสพติดและการ รักษา และประวัติการเจ็บป่วยทาง จิตเวชและการรักษาของ กลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะ ทั้งกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
(ร้อยละ 78.9 และ 78.4 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ
(ร้อยละ 81.6 และ 81.1 ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 50 มีอายุ
อยู่ในช่วง 18-30 ปี (ร้อยละ 52.7 และ 56.8 ตามลำดับ)
สารเสพติดที่ใช้คือแอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 84.2
และ 81.1 ตามลำดับ)¹³ สาเหตุที่ใช้สารเสพติดเพราะเพื่อน
มากที่สุด⁵ (ร้อยละ 47.4 และ 51.4 ตามลำดับ) สำหรับอาการ
ทางจิตเวช ส่วนใหญ่มีอาการหูแว่ว^{1,2} (ร้อยละ 63.2 และ
75.7 ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 50 รับประทานยา กลุ่ม
antipsychotic drugs ชนิดเดียว (ร้อยละ 44.7 และ 48.7
ตามลำดับ)

2. การทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน
การทำหน้าที่ทางสังคม อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง
สำหรับด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล
ภาวะเครียด) มีค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสามด้านใกล้เคียงกัน อยู่ใน
ระดับมาก-มากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมี
ปัญหาพฤติกรรมการทำหน้าที่ทางสังคม และปัญหาสุขภาพจิต
ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยทันที โดยเฉพาะ
ปัญหาสุขภาพจิตคือ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และแยกตัว
ซึ่งเสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบจนไม่สามารถ
ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ในระหว่างการทำงานที่สมรรถภาพ
ได้^{2,5}

3. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติด แอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาที่พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย
คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อน
การทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .001$) ขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต คือ ภาวะซึม
เศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด ของกลุ่มทดลองภายหลังการ
ทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบำบัด
ที่ทดสอบนี้มีประสิทธิผล และสามารถช่วยกลุ่มตัวอย่างในการ

เพิ่มพฤติกรรมการทำหน้าที่ทางสังคม และลดปัญหาสุขภาพจิต ในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด การที่ผล การศึกษาเป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วม การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มพฤติกรรมการทำหน้าที่ทาง สังคม และช่วยลดภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติด แอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมได้นั้น เป็นผลมาจากการ ออกแบบกิจกรรม เพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมิน เหตุการณ์จนมีผลต่อสุขภาพจิต และเพิ่มแหล่งประโยชน์ ในการปรับตัว ผ่านกลไก 4 ประการ คือ 1. การปรับความคิด (Cognitive therapy) 2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) 3. การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม (Behavioural activation) และ 4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

โปรแกรมนี้ได้จัดกิจกรรมด้านการปรับความคิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรูปแบบความคิด (Cognitive model) ที่ กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) ความรู้สึกทางจิตใจ (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การปรับความคิด (Cognitive therapy)^{7,9,10} จะทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มี โรคจิตเป็นโรคร่วมมีความคิดทางบวกกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จนเห็นได้ว่าการบำบัดรักษามีประโยชน์กับตนเอง เมื่อความคิด เปลี่ยนไปเป็นความคิดบวกจะส่งผลให้มีอารมณ์ที่ดีขึ้นทำให้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่ม นี้ลดลง^{10,11} นอกจากนี้ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มี โรคจิตเป็นโรคร่วมหลายราย ประเมินว่าตนเองขาดความ สามารถและแหล่งประโยชน์สำคัญในการเผชิญปัญหาที่จะ จัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) โดยพัฒนาทักษะที่สำคัญ ซึ่งโปรแกรมนี้ได้จัดกิจกรรม ด้านการปรับพฤติกรรมไว้หลายทักษะ ได้แก่ ทักษะการจัดการ ความเครียด ทักษะการจัดการความโกรธ^{2, 10} ทักษะการเผชิญ ปัญหาและแก้ไขปัญหา และทักษะการสื่อสารและการปฏิเสธ ทักษะการจัดการความเครียดและความโกรธ โดยฝึกการหายใจ อย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกจับความคิดของตนเองได้ทันก่อน ความโกรธจะเกิดขึ้น และจัดการกับความโกรธอย่างสร้างสรรค์ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมตนเองต่ออารมณ์เครียดและ ความโกรธที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับปัญหา ต่างๆ และวางแผนการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้อง ทำให้การทำ หน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นและสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับงาน

วิจัย ที่มีการช่วยเหลือและพัฒนาทักษะต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วย แอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ส่งผลให้การทำหน้าที่ทาง สังคม ภาวะอารมณ์ทางลบ และอาการทางจิตเวชดีขึ้น^{10, 11}

ทักษะการสื่อสารและการปฏิเสธนับเป็นอีกทักษะที่ จะช่วยให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง สามารถสื่อสาร และปฏิเสธในการกระทำที่ไม่เหมาะสม⁷ กล่าวที่จะบอกความ ต้องการบอกความรู้สึกของตนเองกับเพื่อน หรือกับบุคคลอื่นๆ โดยพบว่าการศึกษา ที่ให้ความรู้ และฝึกทักษะการดำเนินชีวิต ในสังคม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกของ โรคจิตเภทในโปรแกรมจะให้ความรู้การสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือ พบว่ากลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ทางสังคม และการปรับ ตัวที่เร็วขึ้นและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม^{11,12} อย่างไรก็ตามการบำบัด ในระยะเริ่มแรกที่ยังผู้ป่วยอาจยังไม่มีความพร้อมในการปรับ เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความคิดและพฤติกรรม ที่ซ้ำ การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม (Behavioural activation) โดยให้ผู้ป่วยเริ่มลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยชอบทำ หรือวางแผนไว้ เพื่อให้มีอารมณ์ที่ดีขึ้น¹⁹ นอกจากนี้การให้ แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารด้านการบำบัดฟื้นฟูใน กิจกรรมแรก ๆ ก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการ ฟื้นฟูสมรรถภาพมีประโยชน์อย่างไรกับตนเอง และการได้ ข่าวสารผ่านคลิปวิดีโอของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการบำบัด รักษาเสถียรภาพได้ก็ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติ ในด้าน การสนับสนุนทางอารมณ์^{2,6} กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้ป่วย ทุกคนได้ประเมินความรู้สึกของตนเอง ระบายความรู้สึกที่มี และให้สมาชิกในกลุ่มได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันทุกครั้งก่อนเริ่ม กิจกรรมในแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่โดดเดี่ยว สุดท้าย การมอบหมายการบ้านเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ¹⁵ เนื่องจากเป็นการฝึกฝนความชำนาญในทักษะต่างๆ ซึ่งในกลุ่ม ตัวอย่างนั้นพบว่าการสนใจในการทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ

4. การทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตใน กลุ่มควบคุม

ในการศึกษานี้ผลการศึกษาพบเช่นเดียวกันว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก็มีค่าเฉลี่ยคะแนน การทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้นและมีค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะสุขภาพจิตทั้งสามด้าน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการดูแลตามปกติ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการทำหน้าที่ทางสังคมและลดภาวะ ปัญหาสุขภาพจิตทั้งสามด้านได้ แม้จะไม่มากเท่ากลุ่มทดลอง ก็ตาม แสดงว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานบำบัดรักษา

แห่งนี้ มีประสิทธิผลในการช่วยเหลือผู้ป่วย¹³ ในผลลัพธ์เหล่านี้ เช่นกัน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน (D) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตทั้งสามด้าน ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกด้าน ผลการศึกษานี้ สะท้อนว่าโปรแกรมบำบัดที่ทดสอบนี้มีประสิทธิผล และสามารถช่วยกลุ่มตัวอย่างในการเพิ่มพฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคมและลดปัญหาสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียดได้มากกว่า^{11,12} การดูแลตามปกติที่หน่วยงานดำเนินการอยู่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการนำไปใช้

สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ติดยาเสพติดที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม ในกลุ่มที่มีปัญหาหลักขณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และควรมีการจัดฝึกอบรมสำหรับผู้ให้การบำบัดให้มีทักษะและความรู้ความเข้าใจในทฤษฎี เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบำบัดได้ตรงตามทฤษฎี

2. ด้านการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยืนยันผลในเรื่องทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์คแมน จากการทดสอบสาเหตุ และผลที่เกิดขึ้น ซึ่งได้ผลตามที่ทฤษฎีอธิบายไว้ ผู้ให้การบำบัดควรมีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบำบัดได้ตรงตามทฤษฎี

3. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1. ควรศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพจิตและอาการทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองเป็นระยะ เพื่อดูความคงทนของโปรแกรมว่าจะอยู่ได้นานเพียงใด และจำเป็นต้องมีกิจกรรมกระตุ้นหรือไม่ และเมื่อใด

3.2. ควรขยายผลไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมที่มีปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นและศึกษาอิทธิพลของโปรแกรมในระยะยาว

References

1. Department of Mental Health. Department of mental health annual report 2019. Nonthaburi. 2019. (in Thai)
2. Kotchaporn, P., Nuchanart, B. & Chomchuen, S. The effects of an empowerment program on the self-control of amphetamine use disorder patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(Supplement): 118-28. (in Thai).
3. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide (3rded). National Institute on Drug Abuse: U.S.; 2018.
4. Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
5. Amawasee, K., Niddaya, T. & Tawanchai, J. The effect of a motivational interviewing together with cognitive behavioral therapy program on the adherence behaviors of amphetamine dependent patients in a treatment center in pathum thani province. Journal of The Department of Medical Services. 2018; 43(1): 90-5. (in Thai).
6. Sukuma, S., Sumnang, N., Wanpen, J., Suwapat, K., Yada, J., & Tunya, S. The effect of cognitive behavior therapy on relapse prevention of methamphetamine dependence among in-patients. Thai journal of addiction. 2016; 4(1): 1-16. (in Thai).
7. Kanlaya, T., Nuchanart, B. & Chomchuen, S. The effect of a cognitive-behavioral therapy program on the aggressive behaviors among delinquent adolescents in observation and protection center. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 262-74. (in Thai).
8. House, J.S., James, M. LaRocco, & John, R. P. French. Social support occupational stress and health. Journal of Health and Social Behavior. 1981; 21: 202-18.

9. Beck, A.; et al. Cognitive therapy of substance abuse. USA: Guilford; 1993.
10. Wallapa, K., Nuchanart, B. & Sararud, V. The effect of a cognitive behavioral therapy program on the depression among abused adolescent. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 329-37. (in Thai).
11. De Giorgi R, Cassar C, Loreto D'alo G, Ciabattinill M, Minozzi S, Economou A, et al. Psychosocial interventions in stimulant use disorders: a systematic review and qualitative synthesis of randomized controlled trials. Riv Psichiatr. 2018; 53(5): 233-55.
12. Harada, T., Tsutomi, H., Mori, R & B Wilson, D. Cognitive behavioural treatment for amphetamine type stimulants (ATS) use disorders. Campbell Collaboration. 2019; 15: 1-19.
13. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Community Therapy Rehabilitation Therapy Standards and FAST model. Pathumtani: TU print; 2015. (in Thai).
14. Faul, F. G*Power Version 3.1.9.2. Germany: University of Kiel; 2014.
15. Jantira, M., Nidtaya, T. & Sararud, V. The effects of a cognitive-behavioral therapy program on the depression and impulsivity among adolescents in juvenile training centers in bangkok and vicinity areas. Journal of Nursing and healthcare. 2018; 36(1): 154-63. (in Thai).
16. Nuttorn, T., Thanvaruj, B., & Sirirat, U. Book series: Happy...Study. Nonthaburi: Parbpim; 2016. (in Thai).
17. Sawang, S., Goh, YW., Oei, TP., & Mukhtar, F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. International Journal of Psychology. 2013; 48: 1018-29.
18. Paitoon, S., Jularat, W., Somsri, K., & Rossukon C. Development the functional ability assessment tool for chronic schizophrenic. journal of mental health of Thailand. 2015; 24(3): 189-201. (in Thai).
19. Solomonov, N., Bress, J. N., Sirey, J. A., Gunning, F. M., Flückiger, C., Raue, P. J., Areán, P. A., & Alexopoulos, G. S. Engagement in Socially and Interpersonally Rewarding Activities as a Predictor of Outcome in "Engage" Behavioral Activation Therapy for Late-Life Depression. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2019; 27(6): 571-78.

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด -19 โรงพยาบาลสกลนคร

The Development of Nursing System for Critical ill patients with covid-19 at Sakon Nakhon Hospital

สายทิพย์ ไชยรา* ไพลิน นัดสันเทียะ อิศรา ศรีทอง จีรวรรณ ศรีมนตรี

Saithip Chaiyara* Pailin Nadsantia Isara Srithong Jeerawan Sirimontri

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47000

Nursing department, Sakon Nakhon hospital, Sakon Nakhon Province Thailand 47000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร ดำเนินการ 6 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ รวม 52 คน ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 จำนวน 152 ราย เครื่องมือในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล แบบนิเทศทางคลินิก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signs Ranks test และ Chi square test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล 2 ระยะ สมรรถนะพยาบาล 9 ด้าน และการนิเทศทางคลินิก 4 ด้าน 2) ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนา พบว่า ด้านปฏิบัติการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การเสียชีวิต ภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะช็อก ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะไตวายเฉียบพลัน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ด้านสมรรถนะพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ด้านนิเทศทางการพยาบาล พบว่า มีการปฏิบัติตามระบบการพยาบาล ร้อยละ 88.24 และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.53, SD = 0.51)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ระบบการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

The objectives of this research were to develop and to evaluate a nursing system for critically ill patients with COVID-19 at Sakon Nakhon hospital by carrying out six stages. The sample were a head of nurse, heads of nursing department, heads of nursing ward and registered nurses, totally 52 nurses and 152 of critically ill patients with COVID-19. The research instruments were the nursing practice guideline, the nursing competency assessment form, the nursing demonstration, the group discussion guideline, the critically ill patient data collection form and the satisfaction assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics with Wilcoxon Signs Ranks test and Chi square test.

The results found that 1) The nursing system consisted of 3 components: 2 phases of nursing practice guideline, 9 aspects of nursing competency and 4 aspects of nursing demonstration. 2) The post-development results showed that the adverse incidence rates such as death, cardiac arrest, shock, acute respiratory failure

and acute kidney injury were statistically significant differences ($P < .05$). The nursing competency was statistically significant difference ($P < .05$), also the nursing demonstration found that nurses follow the nursing system as 88.24% and the overall satisfaction towards the nursing system was at highest level (mean = 4.53, SD = 0.51).

Keywords: Critically ill patient with COVID-19, The nursing system, Nursing care for critically ill patient

บทนำ

การติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ในทุกระบบของร่างกาย ส่งผลให้มีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วิกฤตอย่างรวดเร็ว และคุกคามชีวิต¹ โรงพยาบาลสกลนคร ปี 2564 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการ จำนวน 411 ราย โดยเป็นผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบสำคัญต่างๆ ส่วนใหญ่พบมากกว่า 1 ระบบ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 288 ราย ภาวะช็อก 184 ราย ภาวะหายใจล้มเหลวแต่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ 112 ราย ภาวะหัวใจหยุดเต้น 89 ราย ภาวะไตวายเฉียบพลัน 29 ราย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง 24 ราย และภาวะปอดแตก 3 ราย ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยทรุดลงในขณะที่รับไว้ดูแล จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักนานถึง 12.5 วัน และเสียชีวิตสูงร้อยละ 18.49

จากการทบทวนอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง หรืออาการทรุดลง และผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบการพยาบาล² ดังนี้ 1) ด้านอัตราค่าลงพยาบาล พบว่า มีการหมุนเวียนพยาบาลจากหลายหน่วยงาน มาปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แต่ยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และยังไม่มีความสามารถในการเตรียมสมรรถนะที่เป็นแบบแผน 2) ด้านแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข แต่แนวทางไม่ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่มีภาวะวิกฤต การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และ 3) ด้านการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า มีการนิเทศจากหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่ยังไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน และขาดเครื่องมือในการนิเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ควรประกอบด้วย³⁻⁶ 1) พยาบาล

วิชาชีพที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ได้แก่ การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต และการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตในระบบที่สำคัญเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 การใช้อุปกรณ์ชุดป้องกัน และการใช้เครื่องพิเศษขั้นสูง การช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการ ด้านการสื่อสารและประสานงาน 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลตามระบบที่เกี่ยวข้อง⁵ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาทและสมอง ระบบไตและการขับถ่ายของเสีย ระบบทางเดินอาหารและตับ และ 3) การนิเทศทางการพยาบาล² ที่เฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ลดการเสียชีวิต และผู้รับบริการพึงพอใจ

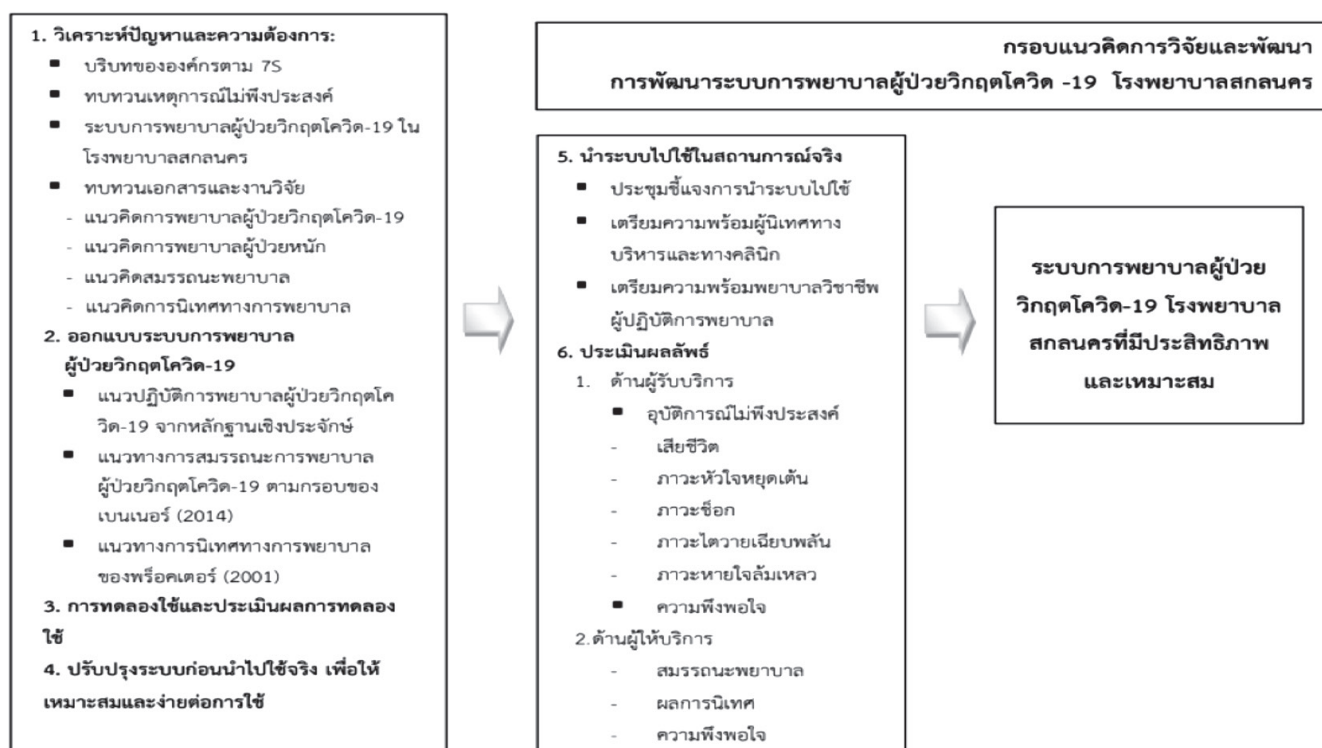
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร
2. ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา⁷ 6 ขั้นตอน ได้แก่ วิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหา และความต้องการ ออกแบบระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ทดลองใช้ระบบและประเมินผลการทดลองใช้ ปรับปรุงระบบก่อนนำไปใช้จริง นำระบบไปใช้ในสถานการณ์จริง และประเมินผลลัพธ์ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ 1) แนวคิดการบริหารองค์กร⁸ 2) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

หน้า 3) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล¹⁰ และ 4) การนิเทศทางคลินิก¹¹ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 3 องค์ประกอบ
ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) ⁷ 6 ขั้นตอน ดำเนินการวิจัย ระหว่าง ตุลาคม 2565 -มีนาคม 2566

ประชากร ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาล สังกัดกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 -มีนาคม 2566

2. ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนครในระหว่างเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566

3. เวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-มิถุนายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 และความต้องการพัฒนาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 1 ปี และประสบการณ์ด้านการนิเทศทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวนรวม 10 คน

1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลที่จบปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาการพยาบาลโรคติดเชื้อ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลวิชาชีพที่จบเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่อย่างน้อย 3 ปี และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่อย่างน้อย 3 ปีและดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 อย่างน้อย 3 เดือน จำนวน รวม 24 คน

1.3 เวชระเบียน ผู้ป่วยโควิด-19 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากเวชระเบียนที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ผู้ป่วยทรุดลง ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 76 ฉบับ

2. กลุ่มประเมินความเหมาะสมของระบบการพยาบาล เลือกเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 1 ปี และด้านการนิเทศทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวนรวม 10 คน

2.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 อย่างน้อย 3 เดือน และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนรวม 14 คน

2.3 ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 คุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่มี ผล RT-PCR หรือ Gene X-pert detected และค่า CT น้อยกว่า 30 อายุ 18 ปีขึ้นไป แรกรับ Glasgow coma score มากกว่าหรือเท่ากับ 3T ไม่เป็นผู้ป่วยวิกฤตทางด้านสูติกรรม หรือเป็นผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคอง และไม่ต้องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ เข้ารับการรักษาสิ้นสุด ไม่ย้ายโรงพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษา ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 152 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNHREC No. 030 /2565 ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2565 การนำเสนอข้อมูลและผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชบำบัดวิกฤต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 1 ท่าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ CVI 0.8 ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 2) สมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ และ 3) การนิเทศทางคลินิกผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม พัฒนาขึ้นตามกรอบการบริหารองค์กร⁸ 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน พัฒนาขึ้นตามกรอบมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 3) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพัฒนาขึ้นตามกรอบสมรรถนะของเบนเนอร์¹⁰ และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เป็นแบบประเมินความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ จำนวน 195 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม 4 ตัวเลือก 4) แบบนิเทศทางคลินิก¹¹ พัฒนาขึ้นมา 4 ด้าน คือ ด้านการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ด้านการรายงานแพทย์ และด้านการบันทึกการพยาบาล 5) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบบริการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยมี 5 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด ช่วงคะแนน 4.50-5.00 ระดับมาก ช่วงคะแนน 3.50-4.49 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 2.50-3.49 ระดับน้อย ช่วงคะแนน 1.50-2.49 และน้อยที่สุด ช่วงคะแนน 1.00-1.49 และ 6) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 และแบบบันทึกอุบัติการณ์ ทุกเครื่องมือได้ค่า CVI 0.8

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (ตุลาคม 2565) ดำเนินการ ดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสาร และค้นคว้างานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 สมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 และการนิเทศทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 และจากประสบการณ์ผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดกรอบในการตั้งคำถามในการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

1.2 การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ด้านบริหารทางการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 34 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน เกี่ยวกับสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร พร้อมปัญหา อุปสรรค และความต้องการการพัฒนา ตามกรอบการบริหารองค์กร⁸ ได้แก่ โครงสร้างกลยุทธ์ ระบบ ทักษะ รูปแบบ บุคลากร และคุณค่าที่มีร่วมกัน

1.3 ทบทวนเวชระเบียนที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้อง สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต

ระบบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 การปฏิบัติ
การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และการ
พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการสนทนา
กลุ่ม ใช้วิธีการจัดกลุ่มเนื้อหา และข้อมูลจากการทบทวน
เวชระเบียน วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
จะนำไปสู่การทบทวนวรรณกรรมและออกแบบในการพัฒนา

ผลการศึกษาค้นตอนที่ 1

ผลการศึกษาศาสนาการณ พบประเด็นที่นำสู่การ
พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่พึงประสงค์
ด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตโควิด-19 ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
และมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ 2) สมรรถนะพยาบาล
เฉพาะสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โควิด-19 และแนวทาง
การพัฒนาสมรรถนะ และ 3) แนวทางการนิเทศทางคลินิก
ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

**ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตโควิด-19** (พฤศจิกายน 2565) ผู้วิจัยนำผลการศึกษามา
ระยะที่ 1 พัฒนาระบบการพยาบาล โดย

2.1 การออกแบบระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โควิด-19 ดังนี้

2.1.1 กำหนดส่วนประกอบ (ร่าง) ระบบบริการ
พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่
1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 2) สมรรถนะ
พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด -19 และ 3) การนิเทศทางคลินิก
ผู้ป่วยวิกฤตโควิด -19

2.1.2 ดำเนินการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ
ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตโควิด -19 ดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์
และเป้าหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด -19
ให้สอดคล้องกับปัญหา และสภาพความจำเป็นในการปฏิบัติการ
พยาบาล 2) นำผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการ
ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตโควิด -19 มาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตโควิด -19 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การ
ประเมินผู้ป่วยวิกฤตโควิด -19 ผู้ใหญ่ 3 ระยะ คือ 1) การ
ประเมินระยะแรกเริ่ม 2) การประเมินต่อเนื่องขณะรับไว้ดูแล
และ 3) การประเมินก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และ ส่วนที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตโควิด -19 ตามระบบ ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วย
โควิด -19 ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบ
ต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและสมอง ระบบทางเดินอาหาร
และตับ และระบบภูมิคุ้มกัน

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการ
การสร้างแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของ
การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการ
การพัฒนา 2) กำหนดสมรรถนะเฉพาะทางคลินิก ด้านการ
พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ผู้วิจัยกำหนด และประยุกต์ใช้
ตามแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิกฤตของ เบนเนอร์ ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
ภาวะวิกฤตผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบหัวใจ
และหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและ
สมอง ระบบทางเดินอาหารและตับ และระบบภูมิคุ้มกัน
2) การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 3) การพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤต 4) การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์และเครื่องพิเศษ
5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ 6) การบริหารยา
เสี่ยงสูง 7) การจัดการอาการรบกวน 8) การสวมอุปกรณ์
ป้องกัน และ 9) ด้านการสื่อสาร และประสานงาน

องค์ประกอบที่ 3 แนวทางการนิเทศทางการพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดรูปแบบ
การนิเทศทางการพยาบาล ในรูปแบบการนิเทศทางคลินิก
(clinical supervision)¹¹ ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่
การนิเทศตามมาตรฐาน การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความ
สามารถ และการนิเทศเพื่อธำรงรักษา 2) กำหนดกิจกรรมการ
นิเทศ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมปรึกษาเชิง
เนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ทีม
พยาบาลได้ร่วมอภิปรายเสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติ
การสอนแนะพยาบาลรายบุคคลในขณะปฏิบัติงาน การให้
คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน ระหว่างการรับ
ส่งเวร หรือ ระหว่างการตรวจเยี่ยม การประชุมปรึกษา
การพยาบาลในช่วงเข้าก่อนการปฏิบัติงาน การตรวจเยี่ยม
ทางการพยาบาล เพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การสังเกตการปฏิบัติ และ
การร่วมมือปฏิบัติงาน 3) กำหนดแผนการนิเทศ โดยกำหนดผู้รับ
ผิดชอบในการนิเทศ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย และจัดทำแผน
การนิเทศ เป็นรายวัน และรายสัปดาห์ 4) กำหนดการประเมิน

ผลการนิเทศ ผู้วิจัยกำหนดการประเมินผลการนิเทศ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ตามระบบการรายงานแพทย์ และด้านการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ระบบการพยาบาลและการประเมินผลเบื้องต้น (พฤศจิกายน 2565)

3.1 นำระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 5 ราย

3.2 ประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยผู้บริหารการพยาบาล 5 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 12 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินการเกิดอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์หรืออาการทรุดลง ใช้ความถี่ จำนวนและความคิดเห็นต่อระบบการพยาบาล ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 3

ผลการทดลองใช้ระบบการพยาบาล พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หรืออาการทรุดลง ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง คือ ด้านการพัฒนาศมรรถนะ ควรมีการฝึกทักษะการประเมินภาวะวิกฤตในผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ด้านการนิเทศทางการพยาบาล ควรเพิ่มการนิเทศเพื่อให้เกิดสมรรถนะทางคลินิกโดยเรียนรู้จากกรณีศึกษาที่น่าสนใจ และตามระบบที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงระบบการพยาบาลใหม่ (ธันวาคม 2565) ปรับแนวทางการเตรียมสมรรถนะ โดยปรับเพิ่มวิธีการฝึกทักษะในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนผู้ป่วยจากการกำหนดสถานการณ์เสมือนจริง และฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

ขั้นตอนที่ 5 การนำระบบการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง (มกราคม 2566-มีนาคม 2566)

ผู้วิจัยกำหนดรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 152 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 76 คน และกลุ่มควบคุม 76 คน ดำเนินการ ดังนี้

5.1 ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้น

5.2 เตรียมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการเรียน

การรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

5.3 นำระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้จริงในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามระบบเดิม และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามระบบการพยาบาลแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

5.4 ประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยเสียชีวิต ภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะช็อก ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว ความพึงพอใจ ด้านผู้ให้บริการ สมรรถนะพยาบาล ผลการนิเทศและความพึงพอใจ เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน และหลังการพัฒนา ระบบบริการพยาบาลวิกฤตโควิด-19

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาล ใช้จำนวน ร้อยละ และ Chi square test 2) สมรรถนะพยาบาล เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และWilcoxon Signed Ranks Test 3) การนิเทศการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ และ 4) ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการพยาบาล ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการพยาบาล และการเผยแพร่ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ด้านระบบการพยาบาล ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โดยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 การประเมินระยะแรกเริ่ม การประเมินต่อเนื่องจนรับไว้ดูแล และการประเมินก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ส่วนที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ตามระบบประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และสมอง ระบบทางเดินอาหารและตับ และระบบภูมิคุ้มกัน องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะพยาบาลโดยการประยุกต์แนวคิดของเบนเนอร์¹⁰ ประกอบด้วยสมรรถนะ 9 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตผู้ป่วย

วิกฤตโควิด-19 ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและสมอง ระบบทางเดินอาหาร และตับ และระบบภูมิคุ้มกัน 2) การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3) การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 4) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุปกรณ์และเครื่องพิเศษ 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ 6) การบริหารยาเสี่ยงสูง 7) การจัดการอาหาร รบกวน 8) การป้องกันการติดเชื้อ และ 9) ด้านการสื่อสาร และประสานงาน และองค์ประกอบที่ 3 แนวทางการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 โดยการประยุกต์แนวคิด

การนิเทศทางคลินิกของฟร็อกเตอร์¹¹ ประกอบด้วยการนิเทศ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ตามระบบ การรายงานแพทย์ และด้านการบันทึกทางการพยาบาล

2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิกฤตโควิด-19

2.1 ด้านผู้รับบริการ เปรียบเทียบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาล

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Chi square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
■ ผู้ป่วยเสียชีวิต	14	18.42	6	7.89	22.860	.000
■ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น	6	7.89	1	1.32	5.242	<.001
■ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อก	6	7.89	2	2.63	10.859	.000
■ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน	9	11.84	1	1.32	4.369	.006
■ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน	5	6.58	1	1.32	5.644	.000

*Chi square test, ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น อัตราการเกิดไตวายเฉียบพลัน อัตราการเกิดภาวะช็อก และอัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน น้อยกว่ากลุ่มใช้ระบบการพยาบาลแบบเดิม และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบเดิมและกลุ่มที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบใหม่ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

2.2.1 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล

ด้าน	สมรรถนะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		P-value*
		Mean	SD	Mean	SD	
1	การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต	18.13	4.44	22.83	2.35	<.001
2	การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	22.08	4.33	27.25	3.96	<.001
3	การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19	24.79	3.35	28.96	1.60	<.001
4	การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ	15.83	3.21	18.96	1.37	<.001
5	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ	16.46	2.59	19.38	0.88	<.001
6	การบริหารยาเสี่ยงสูง	16.75	1.98	19.33	0.77	<.001
7	การจัดการอาการรบกวน	17.17	2.43	19.25	0.79	<.001
8	การป้องกันการติดเชื้อ	8.21	2.21	9.71	0.55	<.001
9	การสื่อสาร และประสานงาน	17.13	2.96	19.46	1.10	<.001

*Wilcoxon Signed Ranks Test ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 พบว่า ภายหลังการพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทั้ง 9 สมรรถนะสูงกว่าก่อนการได้รับการพัฒนา และเมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

2.2.2 ผลลัพธ์ด้านการนิเทศการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

ตารางที่ 3 แสดงผลการนิเทศการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต-19

หัวข้อการนิเทศ	จำนวนข้อ	Mean	SD	Min	Max	%
1. ด้านการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต	17	15.00	1.12	13.00	17.00	88.24
2. ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ตามระบบและการจัดการ	6	5.65	.49	5.00	6.00	94.12
3. ด้านการรายงานแพทย์	4	3.47	.62	2.00	4.00	86.76
4. ด้านการบันทึกทางการพยาบาล	3	2.35	.49	2.00	3.00	78.43
ภาพรวมทั้งหมด	30	26.47	.87	25.00	28.00	88.24

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาพรวมมีการปฏิบัติตามแนวทาง ร้อยละ 88.24 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ร้อยละ 94.12 ด้านการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตปฏิบัติ

ร้อยละ 88.24 ด้านการรายงานแพทย์ ร้อยละ 86.76 และด้านการบันทึกพบว่า ต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 78.43

2.2.3 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้นิเทศการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการพยาบาล

ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการพยาบาล	Mean	SD	แปลผล
1. ความครอบคลุมด้านเนื้อหา	4.59	0.51	มากที่สุด
2. ความชัดเจนในการปฏิบัติ	4.47	0.62	มาก
3. สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.53	0.51	มากที่สุด
4. สามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกต่อการใช้	4.82	0.39	มากที่สุด
5. สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวทางได้	4.41	0.51	มาก
6. แนวทางการปฏิบัติงานที่ทันสมัยมีการใช้หลักฐานการวิจัย	4.71	0.47	มากที่สุด
7. ผู้รับบริการปลอดภัยมากขึ้น	4.76	0.44	มากที่สุด
8. ผู้ให้บริการปลอดภัยและลดการฟ้องร้อง	4.59	0.51	มากที่สุด
9. ผู้ให้บริการมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น	4.53	0.51	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการพยาบาลนี้	4.53	0.51	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้ระบบการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยพึงพอใจมากที่สุด ในด้านสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกต่อการใช้ รองลงมา คือ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และแนวทางการปฏิบัติงานที่ทันสมัยมีการใช้หลักฐานการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19
โรงพยาบาลสกลนครที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 3 องค์ประกอบมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสกลนคร ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด 19 สามารถอธิบายได้ว่า เป็นระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมทั้งผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และการทบทวนอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น มาออกแบบในการพัฒนา ตลอดจนมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยอย่างเป็นระบบ การประยุกต์ใช้แนวคิด และมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง โดยองค์ประกอบด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เป็นการสร้างแนวทางการปฏิบัติที่ครอบคลุมพยาธิสรีรภาพตามระบบร่างกายที่สำคัญ สามารถคาดการณ์ปัญหา วางแผนเพื่อป้องกัน และให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตซึ่งเป็นผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19¹ สำหรับองค์ประกอบด้านสมรรถนะพยาบาล

ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ทั้ง 9 สมรรถนะ ผู้วิจัยได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยด้านองค์ประกอบด้านสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ตามการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาที่ผู้ป่วยอาจมีอาการอาการทรุดลงได้ตลอดเวลา^{4,5,6} และตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก⁹ และองค์ประกอบด้านการนิเทศทางคลินิกทั้ง 4 ด้าน เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการนิเทศของพร็อกเตอร์¹¹ ซึ่งเป็นการนิเทศทางคลินิกที่มีแบบแผน มีการกำหนดผู้นิเทศแผนการนิเทศที่ชัดเจน และกำหนดกิจกรรมในการการนิเทศที่หลายกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ระบาดของโรค

2. ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการพยาบาล อัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น อัตราการเกิดภาวะช็อก อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว และอัตราการเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และอัตราการเกิดไตวายเฉียบพลันลดลงนั้นสามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลจาก 1) มีระบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ที่ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 พัฒนารายได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก มีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การใช้สถานการณ์เสมือนจริง และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะตามกรอบการ

พยาบาลผู้ป่วยหนัก ส่งผลผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น การเกิดภาวะช็อก และภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และ 2) ระบบการนิเทศทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย การนิเทศตามมาตรฐาน และการนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ และการนิเทศเพื่ออำนวยการรักษาผ่านกิจกรรมการนิเทศ 7 กิจกรรม ได้แก่ (1) การประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลได้ร่วมอภิปรายเสนอความคิดเห็นในการการปฏิบัติ (2) การสอนแนะพยาบาลรายบุคคลในขณะปฏิบัติงาน (3) การให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน ระหว่างการรับส่งเวร หรือ ระหว่างการตรวจเยี่ยม (4) การประชุมปรึกษาการพยาบาลในช่วงเช้าก่อนการปฏิบัติงาน (5) การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลเพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (6) การสังเกตการปฏิบัติ และ (7) การร่วมมือปฏิบัติงาน อีกทั้งมีการกำหนดแผนการนิเทศ โดย กำหนดผู้รับผิดชอบในการนิเทศ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย และจัดทำแผนการนิเทศ เป็นรายวัน และรายสัปดาห์ มีการกำหนดรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจาก เกิดกระบวนการค้นหาปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน โดยการเฝ้าตรวจ การร่วมมือปฏิบัติ และการสังเกต ทำให้มีการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยการให้ความรู้เชิงเนื้อหา การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการประชุมปรึกษา นอกจากนี้แล้วยังทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การที่ผู้นิเทศเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับการนิเทศซึ่งเป็นผู้ได้บังคับบัญชา ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติ⁴

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร ควรส่งเสริมให้ใช้ระบบการพยาบาลที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และขยายผลพัฒนาระบบการพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่าย
2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้นำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 หรือ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยต่อเนื่องด้านการวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

References

1. Smith V, Devane D, Nichol A, Roche D. Care bundles for improving outcomes in patients with COVID-19 or related conditions in intensive care - a rapid scoping review. Cochrane Database Systematic Reviews. 2020;12(12). doi: 10.1002/14651858.
2. Sathira-angura T. Handbook for Nursing Management in the Situation of the COVID-19 Pandemic. Nonthaburi: Suetawan; 2022. (in Thai)
3. Potarin W, Chaiyasit Y, Chanbunlawat K, Piboonrunroj P, Imnamkhao S. The Outbreak of Novel Coronavirus (COVID-19): The Nursing Roles. 2020, 4(2);1-19. (in Thai)
4. Channakorn N, Daekhunthod T, Sridama U, and Boonkong P. Development of Early Warning Signs Assessment Model for Adult Critical Patients at Sakon Nakhon Hospital. January of Nursing Division. 2020;47(1): 40-60. (in Thai)
5. Stathaworn D., Piyavejwirat K, Morakul S., & Fuengfu P. Covid and crisis in critical care. 1st. Bangkok: Society for Critical Medicine of Thailand;2020. (in Thai)
6. Thongngam S., Pumool S. & Ratanarat R. Nursing care for patients with COVID-19 in the isolation unit, Siriraj Hospital. Siriraj Medical Bulletin. 2020; 13 (3): 221-31. (in Thai)
7. Mahdjoubi D. Four Type of R&D. Austin, Texas: Research Associate, Integrated circuit Institute; 2009.
8. Michalski A. The McKinsey 7-S Framework: Invented in the 1980s and Still a Possibility for Success Today. Munich: GRIN; 2011.

9. Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. nursing standards in hospitals (2nd update). Nonthaburi: Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2008. (in Thai)
10. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. MenloPark: Addison-Wesley; 1984.
11. Proctor B. Training for the supervision alliance Attitude, Skills and Intention. London: Routledge; 2001.

การศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5

Study of Age-Friendly City in Health Region 5th

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก^{*1} เพ็ญจมาศ คำธนะ² จิรียา อินทนา² ปริญญารณณ์ ธนะบุญปวง² ลักคณา บุญมี² สุภาภรณ์ วรอรุณ³

Yaowaluck Meebunmak^{*1} Phenchamat Khamthana² Jiriya Intana² Parinyaphorn Thanabunpoung²

Lukkana Boonmee² Supaporn Voraroon³

¹วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 73000

¹Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand 73000

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 70000

²Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand 70000

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 72000

³Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand 72000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและลักษณะเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 445 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Taro Yamane และใช้ G*Power กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คนในการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เครื่องมือการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ลักษณะเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = .81 เก็บข้อมูลระหว่าง ธ.ค. 65 – ก.พ.66 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์ถดถอย (multiple regression) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธี Thematic analysis ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.73) ปัจจัยด้านโรคประจำตัวสามารถทำนายการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้จากงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย พัฒนาการบริการและการจัดการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

Abstract

The study is a descriptive research using mixed methods. The study aimed to investigate levels and characteristics of the age-friendly city and factors influencing on perceptions of older adults in Health Region 5th regarding the age-friendly city. The samples were 445 older adults in Health Region 5th. This sample size was identified by using Taro Yamane's table. Furthermore, 130 older adults were the samples of identifying factors influencing on perceptions of the older adults regarding the age-friendly city. This was indicated by using G*Power. The instruments were composed of the demographic and age-friendly city questionnaires and

Corresponding Author: * E-mail: yaowaluck_m@hotmail.com

วันที่รับ (received) 24 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 มิ.ย. 2566

the structured open ended questions about the age-friendly city characteristics of communities. The reliability of the questionnaires tested using Cronbach's alpha was 0.81. The researchers collected the data between December 2022 and February 2023. The quantitative data were analysed by using descriptive statistics and multiple regression. The qualitative data were analysed by using thematic analysis. The results show that the level of age-friendly city perceived the older adults was in the high level ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.73); underlying disease could predict the perceptions of the older adults regarding age-friendly city with 0.05 significant level. The knowledge gained from the study can be utilized in policy making, improving service practices, and developing education relating to care of the older adults.

Keywords: age-friendly city, older adult, community

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุ องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ปรับสภาพเมืองให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีเมืองและชุมชนที่เข้าร่วมเครือข่ายเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุภายใต้ชื่อ WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities จำนวน 1,445 เมืองจาก 51 ประเทศ¹ โดยองค์การอนามัยโลกมีแนวคิดที่ต้องสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสาธารณสุข เน้นการมีส่วนร่วมและสร้างความมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต ปรับเมืองให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly city)² ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 12,519,926 คน คิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 56.25, 29.52 และ 14.23 ของผู้สูงอายุในประเทศไทย³ รัฐบาลกำหนดยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีแผนแม่บทที่มีโครงการพัฒนาสภาพแวดล้อมนวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ มีวาระแห่งชาติเรื่องสังคมสูงอายุ มาตรการที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย มาตรการย่อยที่ 1.3 ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ และมาตรการย่อยที่ 1.4 ปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ และมีการบูรณาการความร่วมมือของ 4 กระทรวงเพื่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต⁴ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขทำงานแบบบูรณาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ⁵ เช่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจสภาพของเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุประชุมหารือเรื่องเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการรับสมัครอาสาสมัคร

ผู้สูงอายุกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อสร้างอาชีพ สร้างรายได้ สร้างคุณค่าแก่ผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ข้อมูลและจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาข้อมูลประชากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ที่ประกอบด้วยจังหวัดสุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์นั้นพบว่ามีการสูงอายุร้อยละ 20.62³ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับภาพรวมของประชากรประเทศไทยและประชากรโลก ในเขตสุขภาพที่ 5 มีกิจกรรมที่สนับสนุนการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อาทิ การขับเคลื่อนการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ต.วังน้ำเย็น อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5 นั้น ข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่ยังไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การพัฒนาเมืองเป็นมิตรในด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีเพียงงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุกับสถานะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกและผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับรู้ความเป็นเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง⁶ และงานวิจัยที่ศึกษาประเด็นเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่าร้อยละ 53 และ 51 ของผู้สูงอายุประเมินว่าพื้นที่ที่อยู่นั้นมีความเป็นเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับดีในด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและด้านบริการสุขภาพ⁷ อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีความจำเป็นในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 5 เพราะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นโดยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย หน่วยงานที่

เกี่ยวข้องก็มีความตระหนักในการพัฒนาเมืองให้ทันต่อการรองรับสังคมสูงวัย แต่ข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 5 นั้น มีลักษณะชุมชนแบบเป็นเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับใด ลักษณะเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความเป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณสมบัติที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 นั้นมีลักษณะที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างไร ระดับใด
2. มีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับและลักษณะเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5

สมมติฐานการวิจัย

โรคประจำตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีองค์ประกอบ 8 ประการ ได้แก่ พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร การคมนาคมขนส่งและการสัญจร ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมเชิงสังคม การให้ความสำคัญและยอมรับเชิงสังคม การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน การสื่อสารและการให้ข้อมูล และบริการชุมชนและสุขภาพ โดยทั่วไปนั้นลักษณะของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ เช่น สุขภาพ ประสบการณ์ ความสนใจ ความต้องการ ฯลฯ การรับรู้ลักษณะเมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) โรคประจำตัว 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ถ้าได้รับการตอบสนองหรือสนับสนุนจากชุมชนที่ตรงตามความต้องการผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 925, 511 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูล 2 ขั้นตอน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาระดับคะแนนและลักษณะเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้ตารางของ Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน ป้องกันสูญเสียกลุ่มตัวอย่างไว้ร้อยละ 12 โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 6 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 445 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multistage cluster sampling) โดยการสุ่ม 1 อำเภอของแต่ละจังหวัด และสุ่มชุมชนอำเภอละ 2 ชุมชน หลังจากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง 27-28 คนจากแต่ละชุมชน มีเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีเกณฑ์คัดออกคือไม่สามารถสื่อสารได้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power, Power of test 0.95, α error 0.05, Effect size 0.3 ได้กลุ่มตัวอย่าง 107 คน ป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) กำหนดตัวแปรปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคือเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ใช้ตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการความสะดวกเรื่องการเดินทางและการเคลื่อนที่ไปยังสถานที่ต่าง ๆ⁸ แต่มักมีข้อจำกัดเรื่องความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) โรคประจำตัว เนื่องจากโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพทำให้

ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะอยู่ในบ้านและชุมชนที่สะดวกสบาย ปลอดภัย และมีบริการสุขภาพที่เพียงพอตามความต้องการ⁸

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงชีวิตตามลำพัง หรืออยู่กับครอบครัว และโรคประจำตัว รวมทั้งคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามเกณฑ์เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁹ มีข้อคำถามจำนวน 85 ข้อ 8 ด้าน ได้แก่ 1) พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร 2) การคมนาคมขนส่งและการสัญจร 3) ที่อยู่อาศัย 4) การมีส่วนร่วมเชิงสังคม 5) การให้ความสำคัญและยอมรับเชิงสังคม 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล และ 8) บริการชุมชนและสุขภาพ เลือกคำตอบตามการรับรู้ คะแนนการรับรู้ตั้งแต่ 1 – 5 แปลผลดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00, 3.41 – 4.20, 2.61 – 3.40, 1.81 – 2.60 และ 1.00 – 1.80 หมายถึงชุมชนเป็นเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นชุดคำถามปลายเปิด แบบมีโครงสร้าง (Matrix) ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 8 ข้อ เกี่ยวกับบ้าน การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับ การได้รับว่าจ้างทำงาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับบริการด้านสุขภาพ และการใช้ระบบขนส่งมวลชน ตัวอย่างคำถาม เช่น บ้านที่ท่านอาศัยอยู่มีความสะดวก สบาย หรือไม่ อย่างไรบ้าง เป็นต้น

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น .81 จึงนำเครื่องมือไปใช้ และนำแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน การพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน และการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะแล้วผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามแล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

ผู้สูงอายุเข้าใจคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และตอบคำถามได้ตรงกับที่ถามจึงนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี ได้ใบรับรองเลขที่ BCNR09/2564 วันที่ 9 พ.ย.64

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานและขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนเป้าหมาย ประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของการวิจัย จัดประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย แบบสอบถาม แนวการสัมภาษณ์ ให้เวลาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย 1 สัปดาห์ อาสาสมัครลงนามความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยเก็บข้อมูลขั้นตอนที่ 1 โดยผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามแล้วสัมภาษณ์เชิงคุณภาพไปพร้อมกัน เมื่อข้อมูลเชิงคุณภาพอิ่มตัวแล้วจึงยุติการสัมภาษณ์ โดยยังคงเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจนครบตามแผน การวิจัยขั้นตอนที่ 2 ใช้กลุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่มตามจังหวัด สุ่มเลือก 16-17 ราย/จังหวัด จำนวน 130 ราย เมื่อเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลแล้ววิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยใช้สถิติ multiple regression ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธี Thematic analysis

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 445 คน อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (n = 279, 62.69%) อายุเฉลี่ย 70.23 ± 9.19 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (n = 316, 71.01%) ส่วนใหญ่อยู่บ้าน/ทำงานบ้าน (n = 185, 41.57%) ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท/เดือน (n = 201, 45.16%) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (n = 401, 91.46%) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.95 (n = 338)

มีโรคประจำตัว มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 16.90 ± 4.56 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 โดยภาพรวมและรายด้าน (n = 445)

เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1) พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร	3.43	1.04	มาก
2) การคมนาคมขนส่งและการสัญจร	3.23	1.12	ปานกลาง
3) ที่อยู่อาศัย	3.48	1.00	มาก
4) การมีส่วนร่วมเชิงสังคม	3.58	0.95	มาก
5) การให้ความสำคัญและยอมรับเชิงสังคม	3.52	0.91	มาก
6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน	3.24	1.01	ปานกลาง
7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล	3.46	0.98	มาก
8) บริการชุมชนและสุขภาพ	4.87	0.90	มาก
ภาพรวม	3.46	0.73	มาก

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.73) รายด้านที่มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับเมืองเป็นมิตรสูงที่สุดคือด้านบริการชุมชนและสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.87$, S.D. = 0.90) รายด้านที่มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับเมืองเป็นมิตรต่ำที่สุดคือด้านการคมนาคมขนส่งและการสัญจร ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.12)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณสมบัติลักษณะเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นต่อไปนี้ อาคารสถานที่ที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรค การสัญจรด้วยตนเอง บ้านที่สุขสบาย การมีส่วนร่วม มีความสำคัญ ยุติการทำงาน อยากทำงานแต่ไม่มีงาน มีทักษะ และเป็นเจ้าของงาน มีปฏิสัมพันธ์ และบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ดังนี้

อาคารสถานที่ที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรค

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพพื้นที่และอาคารต่าง ๆ นอกบ้านตนเองที่ได้ไปติดต่อหรือใช้บริการนั้นได้ถูกออกแบบมาโดยมีทั้งที่สนับสนุนการเข้าใช้ของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรค ดังคำกล่าว “เราคนแก่ก็จะงุ่มง่ามหน่อย กว่าจะลงรถได้ก็ใช้เวลา แต่ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ดีมาก แหม! ดีจริง ๆ เจ้าหน้าที่ทุกคนคอยช่วย ทั้งตอนขึ้นรถลงรถ ดีมากทุกครั้ง” (ทท11) ผู้สูงอายุ

บางคนกล่าวถึงสภาพพื้นที่และอาคารที่ออกแบบมาไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนี้ “ขึ้นบันไดเยอะๆ ขึ้นไม่ไหวต้องเกาะราว เรียกว่ารุ่นสาวราว คราวที่แล้วตรวจตาที่โรงพยาบาลอยู่ชั้นสอง โอ้โหเดินขึ้นไม่กล้าขึ้นลิฟท์ ทำไม่เป็นขึ้นบันไดก็ลำบาก” (สรย25)

การสัญจรด้วยตนเอง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกวิธีการเดินทางด้วยตนเองแบบต่างๆ เพราะระบบขนส่งมวลชนในชุมชนนั้นไม่สะดวกสบาย ดังคำกล่าว “เราขึ้นไม่ได้หรือรถเมล์ล่ะ เพราะเราช้ำรถเขารถไม่ได้ เดี่ยวตรารถไปจะลำบาก” (ทท13) ผู้สูงอายุอีกคนหนึ่งกล่าวว่า “รถเมล์เขาขับดีไปเรื่อย ๆ ปลอดภัยอยู่แต่นานๆ จะมาที ฉันทันทีจะไม่ทันหมอน่ะสิ” (นญป01) ผู้สูงอายุจำนวนมากใช้พาหนะในการเดินทางที่สะดวกกว่ารถสาธารณะ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “อาศัยจ้างมอเตอร์ไซด์คันนี้แหละ ให้เขาไปส่ง แล้วนัดเวลารับเอา” (ปท15) “จ้างเด็ก ๆ แถวนี่ไป รู้กัน บอกเขาว่าวันนั้นวันนี้พามาไปหาหมอนะ” (สพ30) “ป้าหมาซาเล้งไปมีเจ้าประจำ” (กทบ07) และ “ให้ลูกไปส่งเขารถรับกลับบ้านหรือไม่ให้ก็สั่งไว้ว่าพ่อรอนี้อย่างนี้ เราก็นั่งรถเข็นนะรอ” (บพ16) สำหรับผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงเดินทางโดยขับขียานพาหนะเอง ดังนี้ “ผมไปมอเตอร์ไซด์คันนี้แหละครับ ไปไหนมาไหนไปได้คนเดียว ไปได้เราขับของเราไปได้หมด” (บคท02) และ “ลูกก็เข้า

ไปส่งข้าซื้อของมาทำ แล้วก็ซื้อของของเราด้วย กลับมากินข้าวแล้วก็เตรียมน้ำต่าง ๆ ที่จะขาย บ่ายสองเราก็ก่อแล้วไปรอหน้าโรงเรียนแล้วต่อหน้าโรงงานรอบเย็น คำนี้นี้เลยพ่วงข้างคันเดียวจบทุกอย่าง” (อพว25)

บ้านที่สุขสบาย

สำหรับข้อคำถามที่ว่าบ้านที่ท่านอาศัยอยู่มีความสะดวก สบาย หรือไม่นั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกสุขสบายในบ้านของตนเอง ดังคำกล่าว “ทางนี้เป็นหน้าบ้านติดคลอง คนสมัยก่อนเดินทางทางเรือ ที่นี้มีถนนเข้ามาผ่านนี้จริง ๆ คือหลังบ้าน” (บทท18) “สะดวกไปไหนมาไหนง่าย ตลาดก็ตรงนี้ อยากกินอะไรก็หาซื้อได้ ปัญหาคือน้ำท่วมเวลาน้ำขึ้นแต่แค่สองสามชั่วโมงก็ลงแล้ว” (อพว14) “บ้านเราเองนะ อยู่ที่ไหนก็ไม่สุขใจเหมือนบ้านเรา แถวนี่ไม่มีอะไร อยู่กันบ้านใกล้เรือนเคียงรู้จักกันหมด ญาติพี่น้องกันก็เยอะ” (นชศ03) และ “เลือกบ้านชั้นเดียวเพราะรู้ว่าสุดท้ายจะไม่มีคนอยู่ชั้นบน เพราะขึ้นบันไดไม่ไหว” (มนธ05)

การมีส่วนร่วม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเชิงสังคมในรูปแบบการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ดังนี้ “เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และก็เป็นกรรมการหมู่บ้านด้วยครับ” (ทม17) “ผมเป็นประธานชมรมผู้สูงอายุของที่นี่ ก็มีความภาคภูมิใจ ได้มีผู้สูงอายุมาร่วมแรงร่วมใจกัน ใครเดือดร้อนก็ช่วยเหลือ” (มขต28) “ตั้งแต่เกษียณมาพี่ก็มีความสุขมาก ได้อยู่บ้าน (ยิ้ม) ตอนนี้เป็นผู้นำเดินมีกลุ่มเดินแอโรบิคและบาลีบ” (สพน22) และ “เขาก็มีกลุ่มผู้สูงอายุนะมีงานอะไรเขาก็มาบอก สงกรานต์นี่เขาก็เชิญไป แล้วก็ชมรมสูงอายุที่อนามัย” (อพท19)

มีความสำคัญ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าตนมีความสำคัญและได้รับการยอมรับเชิงสังคม ดังคำกล่าว “เป็นที่ปรึกษาเรื่องความเป็นอยู่ อย่างทำทางหน้าหมู่บ้านนี้รถดินมา ถนนเสียหมด เป็นหลุมเป็นบ่อ พี่ก็ต้องไปบอกนายบอกช่วยหน่อยเข้าบ้านลำบาก ใครมีปัญหาอะไรมาบอกได้ พี่รู้จักคนเยอะผู้ใหญ่ก็สนิทกัน มีอะไรบอกได้” (ทม29) “เป็นแม่ครัว ขนาดขบวมยังไม่ไหวปีที่แล้วงานที่วัดแม่ยังไปนั่งทำ นั่งบอก ไม่มันทำกันไม่ได้” (มขต15)

ยุติการทำงาน

ผู้สูงอายุบางคนเต็มใจที่จะยุติบทบาทด้านการงาน ประกอบอาชีพ เพราะบุตรหลานรับช่วงงานต่อ ดังคำกล่าว “เราอยากพักแล้ว เกษียณตัวเองแล้ว ให้ลูกหลานเขาทำกันไป” (นชศ14)

อยากทำงานแต่ไม่มีงาน

ผู้สูงอายุบางคนต้องการทำงานเพราะต้องการเงินใช้จ่ายในครอบครัว แต่หางานไม่ได้ ดังคำกล่าว “อยากทำงานแต่ไม่มีคนจ้าง” (บทท10) “อืม! ตอนนี้ไม่มีงาน ร้านปิดไปเยอะตั้งแต่โควิด ปิดแล้วก็ยาวเลย ธุรกิจเปลี่ยนไปคนทำออนไลน์มาก สิ่งของกันทุกอย่าง เข้าขึ้นก็มาแล้วแถมอะไรพวกนี้” (อพว11)

มีทักษะและเป็นเจ้าของงาน

ผู้สูงอายุบางคนยังได้รับการจ้างงานต่อเนื่องโดยไม่มีช่วงเกษียณหรือหยุดงานเพราะมีทักษะที่ตลาดแรงงานต้องการ หรือเป็นธุรกิจของตนเอง ดังคำกล่าว “ยังทำงานตามปกติ หาช่างยาก เราทำจนชำนาญ เด็กรุ่นใหม่เขาไม่ทำงานแบบนี้ มันเหนื่อยแล้วต้องหัดแบบครูพักลักจำ ทำไปเรื่อยๆ” (กพบ13)

มีปฏิสัมพันธ์

ผู้สูงอายุในชุมชนมีวิธีการสื่อสารและการให้ข้อมูลโดยการพูดคุยแบบเผชิญหน้า คุยโทรศัพท์ พูดหรือพิมพ์ข้อความผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และฟังเสียงตามสาย ดังคำกล่าว “พูดคุยกันตามธรรมดาตามใจกันตอนเช้า กินกาแฟแก้วนี้” (บทท21) “โทรศัพท์นี้จะใช้กับพวกที่เขาตามให้ช่วยอะไรแบบนี้” (สพ24) “ไลน์กลุ่ม ก็ดีนะโทรศัพท์ใหม่ เดี่ยวนี้สะดวก กลุ่มเยอะ นี้อสม. หมู่เรา นี่กลุ่มอสม.กับหมอ อันนี้กลุ่มเที่ยว” (บทท26) “ไลน์นี้ดีมากนะ ถ้ารูปบับส่งงานเลย ทันทีทันเวลา บางทีหมอกถามเราอยู่ใกล้ผู้ป่วยไปดูให้ถ่ายรูปส่งเลย ดีมาก” (นญป19) “ลูกคอยบอก เขาเป็นห่วงมาก กลัวเราดหรือหลงเชื่อพวกหลอกหลวง ป้าก็จะใช้อ่านข่าว ดูยูทูปเคล็ดลัษณะไรต่างๆ หรือทำอาหาร ได้ความรู้ใหม่เยอะเลย” (กพท04) และ “มีเสียงตามสายนะ ผู้ใหญ่เขาก็จะมาพูดทุกเช้าแหละ แจ้งข่าว มีกิจกรรมอะไรต่ออะไรระวังโรคบ้าง” (สรย16)

บริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการชุมชนและสุขภาพทุกระดับ ดังคำกล่าว “หมอ พยาบาลจากอนามัย และ อสม. อันนี้ดีที่สุดแล้วเขาเอาใจใส่ดีมาก” (นญป21) “มีไปหาหมอใหญ่ที่โรงพยาบาลตามนัดทุกสองเดือน” (สรย12) “มีหลายที่ความดันไปโรงพยาบาล (โรงพยาบาลทั่วไป) ใกล้บ้านรักษามานานแล้ว ต่อมาลูกหมากไป (โรงพยาบาลศูนย์) เพราะลุงผ่าตัดแล้วหมอก็นัดมาเรื่อย สมอมนี่เป็นแบบความจำเสื่อมลูกรับยามาให้จากคลินิกโรคเยอะ” (พท19)

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของโรคประจำตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (n = 130)

ตัวแปร	b	β_1	SE _b	t	P
ค่าคงที่	254.901	19.800		12.874	.000
โรคประจำตัว	7.714	1.517	.407	5.085*	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.988	1.021	.156	1.947	.054

*p<.05

จากตารางที่ 2 โรคประจำตัวสามารถทำนายการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทำนายได้ร้อยละ 18.90 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถทำนายได้

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.73) รายด้านที่มีคะแนนระดับสูงที่สุดคือด้านบริการชุมชนและสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.87$, S.D. = 0.90) อธิบายได้ว่าชุมชนในการวิจัยครั้งนี้เป็นชุมชนกึ่งเมืองและเมืองที่มีหน่วยบริการสุขภาพตั้งอยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ บุคลากรในหน่วยบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงนี้ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นเมืองเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ การรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุลำดับรองลงมาคือการมีส่วนร่วมเชิงสังคม ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.95) ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เขาก็นึกถึงผู้สูงอายุนะมีงานอะไรเขาก็มาบอก สงกรานต์นี่เขาก็เชิญไป แล้วก็ชมรมผู้สูงอายุที่อนามัย” การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนั้นตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับข้อมูลที่พบในงานวิจัยในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าลักษณะเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมเชิงสังคม⁹ ในด้านการให้ความสำคัญและได้รับการยอมรับเชิงสังคมนั้นกลุ่ม

ตัวอย่างรับรู้ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.91) สอดคล้องกับผลการวิจัย 10 ที่พบว่าผู้สูงอายุในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย รับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้านการยอมรับนับถือในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.66) แต่ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัย¹¹ ที่ศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ใช้วิธีการวิจัยแบบ Photoproduction method เก็บข้อมูลโดยการเล่าเรื่องผ่านภาพถ่ายชุมชนพบว่าด้านการให้ความสำคัญและยอมรับเชิงสังคมนี้นี้มีคะแนนต่ำสุดเป็นลำดับที่สองจากองค์ประกอบ 8 ด้าน เพราะผู้สูงอายุมักถูกถ่ายทอดผ่านภาพลักษณ์ที่ดูแก่ มีความเสื่อมของร่างกาย รื้อร่อยบนใบหน้า และข้อจำกัดต่าง ๆ เป็นสิ่งที่แสดงออกว่าสังคมไม่ได้ยอมรับนับถือผู้สูงอายุเท่าที่ควร ความแตกต่างของผลการวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศนี้อาจเป็นเพราะวิธีการวิจัยที่ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพในแง่มุมที่ต่างกัน ส่วนด้านที่อยู่อาศัยนั้นกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นเมืองเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยระดับมาก ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 1.00) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (91.46%) มีบ้านที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งอยู่ได้สบายตามอัธยาศัย อีกทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สบายและปลอดภัย ในด้านการสื่อสารและให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นเมืองเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.98) ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่พบว่าผู้สูงอายุรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลระดับน้อย¹⁰ อาจเป็นเพราะการสื่อสาร

ที่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ทางราชการจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการไปพบปะกันรวมทั้งพูดคุยทางโทรศัพท์และ Line Application ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ในด้านพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารนั้น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณชนเป็นเมืองเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารในระดับมาก ($\bar{X} = 3.43$, $S.D. = 1.04$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 16.90 ± 4.56 คือส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้สูงอายุได้ใช้พื้นที่ภายนอกอาคารทำกิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายหรือกิจกรรมอื่นที่สามารถมายังสถานที่นั้นได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่¹² ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวเชียงใหม่ชอบใช้พื้นที่สาธารณะใกล้บ้านในการออกกำลังกาย พบปะผู้อื่นและทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

รายด้านที่มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับเมืองเป็นมิตรต่ำที่สุดคือด้านการคมนาคมขนส่งและการสัญจร ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23$, $S.D. = 0.12$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ($n = 201$, 45.16%) แต่ต้องแบ่งเงินเพื่อการเดินทางจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ต้องจ้างเหมารถไปส่งพบแพทย์ตามนัด จ้างรถพาไปส่งที่ตลาดหรือติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ เป็นต้น เช่นเดียวกับผลการวิจัยเกี่ยวกับการเดินทางของผู้สูงอายุที่พบว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีอายุที่มากขึ้นแต่จุดประสงค์และความต้องการในการเดินทางไม่ลดลงยังคงมีมากด้วยความจำเป็นในหลาย ๆ ด้าน เช่น เดินทางเพื่อพบแพทย์และซื้อสิ่งของ แต่ก็มีปัญหาในการเดินทางเพราะร่างกายเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น สภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้ การให้บริการของระบบขนส่งสาธารณะที่ไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ¹³ นอกจากนี้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องต้องเลือกใช้รูปแบบการเดินทางที่ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น นั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ นั่งรถมอเตอร์ไซด์พ่วงข้าง เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องหนึ่ง¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุเลือกใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ในการเดินทางหลัก เลือกใช้ระบบขนส่งสาธารณะเฉพาะในกรณีที่เป็นการเดินทางที่ไม่ปกติหรือเป้าหมายอยู่ไกลจากแถวที่พักอาศัย¹⁴ ในด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง

และการจ้างงานนั้น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณชนเป็นเมืองเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงานระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่บ้าน/ทำงานบ้าน ($n = 185$, 41.57%) นอกนั้นยังทำงานอาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร ($n = 97$, 21.79%) ในกลุ่มที่อยู่บ้าน/ทำงานบ้านนั้นจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ามีเหตุผลเช่นเดียวกับผลงานวิจัยอื่นที่พบว่าผู้สูงอายุไม่คิดว่าควรได้รับการจ้างงานเพราะสุขภาพไม่ดีและได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวแล้ว ผู้จ้างงานไม่ยอมจ้างผู้สูงอายุเพราะคิดว่าจะมีความแข็งแรงน้อย สอดคล้องกับผลงานวิจัยอื่นที่พบว่าเหตุผลที่ผู้จ้างไม่ต้องการจ้างผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุมักต้องการงานเบากว่าเดิมหรือเลือกงานที่ใช้ทักษะสูง¹⁵ และผลงานวิจัยในจังหวัดชลบุรีพบว่าแม้คนทั่วไปจะไม่ได้มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุแต่ก็มองผู้สูงอายุแบบเหมารวม (stereotype) ว่าจะมีโรคภัยไข้เจ็บเพิ่มขึ้นตามอายุ ควรพักผ่อนและได้รับการดูแลรักษาและไม่ควรอยู่ในระบบงาน¹⁶

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่าโรคประจำตัวทำนายการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีข้อจำกัดที่จะใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในที่ชุมชน ส่งผลให้รับรู้ว่าคุณชนมีความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์¹¹ พบว่าสภาพทางกายภาพของเมืองมีความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุคือมีระบบการขนส่งที่เลือกเดินทางได้ตามต้องการ แต่ร่างกายของผู้สูงอายุนั้นเป็นอุปสรรค เช่น ไม่สามารถขึ้นรถรางที่มีไว้บริการได้เพราะขาไม่แข็งแรง ป้ายสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความในเมืองเป็นการสื่อสารที่ดีแต่ผู้สูงอายุบางคนมองไม่เห็น¹¹ เป็นต้น และงานวิจัยในประเทศไทยเรื่องหนึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมกันหลายโรคได้รับยาหลายชนิดเป็นบริการทางสุขภาพที่ได้รับอย่างเพียงพอ แต่ก็มีปัญหาว่าผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิดนั้นมีปัญหาว่าไม่เข้าใจและจำเหตุผลการใช้ยาไม่ได้¹⁷ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถทำนายการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.23 ± 9.19 เป็นช่วงเริ่มต้นที่เข้าสู่วัยสูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 16.90 ± 4.56 ซึ่งยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ไม่ส่งผลต่อการรับรู้ชุมชนที่อยู่อาศัยว่าคุณชนมีความเป็นเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุหรือไม่

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุรายด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงานมีคะแนนน้อยที่สุด หน่วยงานที่กำหนดนโยบายควรกำหนดมาตรการจ้างงานสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน
2. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ บุคลากรทางการแพทย์และวิชาชีพอื่นควรทำงานแบบบูรณาการให้ชุมชนมีลักษณะที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
3. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปานกลางซึ่งอาจยังไม่ได้รับความสำคัญ ผู้จัดการศึกษาพยาบาลและสาขาอื่นควรสอดแทรกสาระเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในการเรียนการสอน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรกำหนดประเด็นการวิจัยเพื่อพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุให้เป็นประเด็นวิจัยระดับชาติที่นักวิจัยทุกสาขาสามารถทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ได้
2. ควรทำวิจัยเพื่อหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อให้เห็นโอกาสการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุมากขึ้น

References

1. World Health Organization. Age-friendly World: About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities. N.p.; 2022. (in Thai).
2. Department of Health. Guidelines for Driving Group Work of Older Persons Focusing on Age-friendly Communities/Cities. N.p.; 2021. (in Thai)
3. Department of Older Persons. Statistics of older persons in 2022. N.p.; 2023. (in Thai).
4. MOU of An Integrated Collaboration in Long Life Development (Early childhood and Elderly). N.p.; 2022. (in Thai).
5. Department of Provincial Administration. Official statistics registration systems: statistics of population. N.p.; 2022. (in Thai).
6. Assawamaitree S, Hongsranagon P. The association between the perception of age-friendly city features and the mental health status of the elderly in Photaram District, Ratchaburi province, Thailand. *Journal Health Research*. 2017; 31(Suppl.2): S137-42.
7. Wang YF, Hongsranagon P, Havanond P. Assessing age-friendly features and needs of elderly toward age-friendly city in Muang district, Ratchaburi province, Thailand. *Journal of Health Research*. 2015; 29(Suppl.2): S159-67.
8. van Hoof J, Marston HR, Kazak JK, & Buffel T. Ten questions concerning age-friendly cities and communities and the built environment. *Building and Environment*. 2021; 199: 1-26.
9. Pattamason T, Sirinkornand C, & Faiyuea R. Needs and Expectations of the Elderly Friendly Community of Arunyik Municipality, Phitsanulok. *Journal of Roi Kaensarn Academic*. 2021; 6(7): 204-18. (in Thai)
10. Muangkasem B. The Model of Age-Friendly City in Ban Du Subdistrict, Muang District, Chiang Rai Province. *Journal of MCU Humanities Review*. 2021; 7(1):239-54. (in Thai)
11. van Hoof J, Dikken J, Buttigieg SC, van den Hoven RFM, Kroon E, Marston HR. Age-friendly cities in the Netherlands: An explorative study of facilitators and hindrances in the built environment and ageism in design. *Indoor and Built Environment*. 2020; 29(3):417-37.
12. Thongsrikate I. Implementation of the Public Spaces among Urban Elderly in Chiang Mai: A Mixed-methodology Study. *Nakhon Lampang Buddhist's Journal*. 2021; 10(3):50-67. (in Thai)
13. Jadesadalug V & Sangngern K. Guidelines for The Development of Transport Services for The Elderly in Ratchathewi District, Bangkok. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*. 2018; 11(1); 3032-47. (in Thai)

14. Sripumee K & Bejrananda M. Travel Behavior for Elderly People in the Khon Kaen City. Built Environment Inquiry Journal, Faculty of Architecture, Khon Kaen University. 2022; 21(2):129-43. (in Thai)
15. Changprachak P. The Employment of The Elderly in Thai Society: Knowledge from The Synthesis of Research from ThaiLIS Digital Collection. Journal of MCU Nakhondhat. 2021; 8(10):100-12. (in Thai)
16. Liemsuwan T. Ageism of Working-Age in Chon Buri Province: Results of the Fraboni Scale of Ageism (FSA). JLA. 2019; 11(2):223-44. (in Thai)
17. Meetathip S. The Relationships between Knowledge, The Number of Drugs Used and Drug Use Problems among Elderly Patients with Chronic Illness at A Medical Clinic. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2023; 23(3):504-11. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด ที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสกลนคร

The Development of Nursing Model for Preventing Critical Conditions in Neonates with Respiratory Distress, Sakon Nakhon Hospital

วิราภรณ์ วราอัสวapati* ศรีอัมพร ต่วนยี่ ศศิธร ภักดีโชติ วันเพ็ญ ทิพน้อม

Wiraporn Waraasawapati* Sriamporn Tuanyee Sasithorn Pakdeechot Wanpen Tipamom

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47000

Nursing department, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province Thailand 47000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพท์รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ดำเนินการตุลาคม 2565-พฤษภาคม 2566 ดำเนินการวิจัย 6 ขั้นตอน โดยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Mahdjoubi กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหาร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 34 คน ทารกแรกเกิด 296 คน และผู้ดูแล 148 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล โปรแกรมการพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแล แบบสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยจัดกลุ่มเนื้อหา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ t-test และ Chi-square test

ผลการวิจัย 1) รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 4 องค์ประกอบคือ (1) แนวปฏิบัติพยาบาลที่มีภาวะหายใจลำบาก 4 ระยะ ระยะแรกเกิด-2 ชั่วโมงหลังคลอด ระยะ 2-6 ชั่วโมงหลังคลอด ระยะ 6 ชั่วโมงหลังคลอดถึงจำหน่าย และระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (2) สมรรถนะพยาบาล 7 ด้าน (3) การพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแล และ (4) การนิเทศทางคลินิกด้านการพยาบาล 2) ผลลัพท์การพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยทรุดลงโดยไม่ได้คาดหมาย ผู้ป่วยย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ลดลงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และสมรรถนะพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิด, ภาวะหายใจลำบาก, ภาวะวิกฤต

Abstract

The objectives of this research and development were to develop and evaluate a Nursing Model for Preventing Critical Conditions in Neonates with Respiratory Distress. The Mahdjoubi's research methodology was 6 steps and conducted during October 2022 to May 2023. The samples consisted of 4 executives, 34 registered nurses, 296 neonates and 148 caregivers. The research tools were composed of the Nursing Model for Preventing Critical Conditions in Neonates with Respiratory Distress, the nursing group discussion guideline and the satisfaction assessment form. The data were analyzed using group content, mean, percentile, t-test and Chi-square test

Corresponding Author : *Email : wi.war1965@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ก.ค. 2566

The results revealed that 1) the Nursing Model for Neonates with Respiratory Distress consisted of 4 major components: (1) 4-phase nursing methods to prevent critical conditions being newborns-2 hours puerperium period, 2-6 hours old puerperium period, 6-hour puerperium period and distribution for in-home caring phase, (2) 7 aspects of nursing competency assessment, (3) enhancement of the skills and abilities of caregivers, and (4) the nursing clinical supervision. 2) The results of the developed Nursing Model found that the incident rate of unanticipated worsen conditions and unplanned ICU transfer were significantly lower than before implementing the model, and the specific competency showed significantly higher than before implementing the model ($P < .05$).

Keywords: Neonates, Respiratory Distress, Critical Conditions

บทนำ

ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (respiratory distress) เป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ อาการที่สำคัญ คือ หายใจเร็ว มากกว่า 60 ครั้งต่อนาที หายใจออกเสียงดัง ปีกจมูกบาน ปลายมือปลายเท้าเขียว หดหายใจหรือมีอกบวม¹ นำไปสู่ภาวะวิกฤตและการเสียชีวิตได้^{2,3} สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด สุดสำคัญชี้เท้าทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย มารดาติดเชื้อหรือมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีการติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น⁴

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 8 การให้บริการทารกแรกเกิดป่วยเฉียบพลัน 2,200-2,800 รายต่อปี เป็นทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ร้อยละ 20 ดังสถิติในปี 2563 - 2565 ที่พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 398 เป็น 446 และ 457 รายตามลำดับ และพบอุบัติการณ์ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากทรุดลงเป็นภาวะหายใจที่มีระดับรุนแรงขึ้น ภาวะความดันเลือดในปอดสูง และภาวะเลือดออกในช่องสมองจำนวน 13, 4 และ 2 ราย ตามลำดับ⁵ ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของมารดาและครอบครัว²

จากการทบทวนอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ปี 2565⁵ พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะวิกฤตหรือทรุดลง ดังนี้ 1) ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ขาดแนวทางการประเมินความเสี่ยงและการจำแนกระดับความรุนแรงภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบแยกส่วน ขาดการ

เชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยงาน และยังขาดความครอบคลุมตามระดับความรุนแรง 2) ด้านสมรรถนะพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล มีการกำหนดสมรรถนะในการพยาบาลทารกแรกเกิดแต่ขาดการกำหนดสมรรถนะเฉพาะทางด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 3) ด้านผู้ดูแล พบว่ามีการให้ความรู้แก่มารดาหรือผู้ดูแลแต่รูปแบบไม่ชัดเจน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความกลัว กังวล และขาดความมั่นใจในการดูแล และ 4) การนิเทศทางการพยาบาล พบว่ามีการนิเทศตามแนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิด แต่ขาดความครอบคลุมการนิเทศเฉพาะด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ควรประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก จะช่วยให้สามารถประเมินและให้การพยาบาลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม⁶ และแนวปฏิบัติการพยาบาลควรมีการเชื่อมโยงการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเกิดถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด จนถึงระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand)⁷ 2) ด้านสมรรถนะพยาบาล 3) การพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยการประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการประเมินและค้นหาปัญหาตัดสินใจการดูแล มีความมั่นใจในการดูแล⁸ และ 4) การนิเทศ

ทางคลินิก จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล และนำไปสู่ผลลัพธ์การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

ผู้วิจัยในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาล จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยคาดหวังว่ารูปแบบการพยาบาลนี้ จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ทารกแรกเกิดปลอดภัย พัฒนาการสมวัย อีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลทารกแรกเกิด ภายใต้รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Mahdjoubi¹⁰ มี 6 ขั้นตอน 2) ทฤษฎีระบบของ Donabedian¹¹ ใช้เป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ดังนี้ 2.1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ นโยบายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก การพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson⁸ และการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของฟร็อคเตอร์⁹ 2.2) กระบวนการ (Process) ขั้นตอนในการพัฒนาเพื่อให้ได้องค์ประกอบรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรม⁷ และ 2.3) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ ทั้งทางด้านผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้แบบวิจัยและพัฒนา โดยใช้แนวคิดของ Mahdjoubi¹⁰ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ

หายใจลำบาก 2) การออกแบบรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 3) การทดลองใช้รูปแบบ 4) การปรับปรุงรูปแบบ 5) การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง และ 6) การประเมินผลลัพธ์และการเผยแพร่ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566

ประชากร ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพสังกัดกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร ปฏิบัติงานในช่วงตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 จำนวน 995 คน
2. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงมีนาคม 2566 - พฤษภาคม 2566 จำนวน 694 ราย
3. ผู้ดูแลหลักทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงมีนาคม 2566 - พฤษภาคม 2566 จำนวน 694 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก และความต้องการพัฒนา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้าห้องคลอด หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในระดับหัวหน้ากลุ่มงานหรือ หัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างน้อย 1 ปี ในระหว่างทำการศึกษาจำนวน 4 คน

1.2 พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่จบเฉพาะทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้คลอดหรือการพยาบาลทารกแรกเกิดหลักสูตร 4 เดือน ปฏิบัติงานในห้องคลอด หรือหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 13 คน

2. กลุ่มประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาล เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้าห้องคลอด หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม รองหัวหน้าห้องคลอด รองหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาล

ไม่น้อยกว่า 1 ปี และด้านการนิเทศทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 6 คน

2.2 พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 28 คน

2.3 ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ ทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลสกนนคร อายุครรภ์มารดา มากกว่า 32 สัปดาห์ และทารกน้ำหนักตัวแรกเกิด 1,500 กรัมขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเครชีและมอร์แกน¹² จำนวน 296 คน

2.4 ผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ เป็นมารดาหรือผู้ดูแลหลักของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลอง สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ จำนวน 148 คน

เกณฑ์ในการคัดออก

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ย้ายหน่วยงาน ลาออก เกษียณ หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์หมดอายุในระหว่างทำการศึกษา

2. ทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด ย้ายโรงพยาบาล หรือผู้ดูแลมีภาวะ cognitive impairment

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกนนคร เลขที่โครงการ SKNH REC No. 042/2565 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2565 กลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน และการดูแลรักษา ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด 1 ท่าน กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 2 ท่าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโรงพยาบาลสกนนคร ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด และการพยาบาลตามระยะและความรุนแรงภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด 2) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 7 ด้าน คือ การประเมินภาวะทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การบริหารยาในทารกแรกเกิด การบริหารออกซิเจนและการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการสื่อสารระหว่างทีมและครอบครัว 3) โปรแกรมการพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยการประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน และ 4) แบบนิเทศทางคลินิกด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโดยการประยุกต์แนวคิดของพร็อกเตอร์ ได้ค่า CVI 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แนวทางการประชุมกลุ่ม แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการพยาบาลแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ผู้ดูแลผู้ป่วย) ต่อรูปแบบการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลและอุบัติการณ์เกิดภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ได้ค่า CVI 1.0

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (ตุลาคม 2565) ดำเนินการ ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 17 คน เกี่ยวกับสถานการณ์การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก พร้อมปัญหา อุปสรรค และความต้องการการพัฒนา

2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม นำมากำหนด วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และขอบเขตในการพัฒนารูปแบบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 3) ทักษะและความสามารถของผู้ดูแล และ 4) การนิเทศทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโรงพยาบาลสกลนคร (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2565) ดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดปัญหา หัวข้อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง ทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก บทบาทของพยาบาลและการพยาบาลทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิด

2. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก การประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด การเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

3. ร่างรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยประยุกต์ทฤษฎีของโอเร็ม⁷ ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด และการพยาบาลตามระยะและความรุนแรง 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 7 ด้าน 3) โปรแกรมการพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยการประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน และ 4) แบบนิเทศทางคลินิกด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโดยการประยุกต์แนวคิดของพร็อกเตอร์⁹

4. นำร่างรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและการประเมินผลเบื้องต้น (มกราคม 2566) ดำเนินการ ดังนี้

1. ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก (pilot study) ในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 10 ราย และพยาบาลวิชาชีพ 16 คน โดยให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและมีการทวนซ้ำจนมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ก่อนนำไปทดลองใช้

2. ประเมินผลลัพธ์ ด้านการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์พบผู้ป่วยทรุดลง 1 ราย ความคิดเห็นต่อการใช้เครื่องมือในภาพรวมพึงพอใจระดับมาก ข้อที่ควรปรับปรุงคือการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล การประเมินภาวะหายใจลำบาก การสังเกตการใช้แรงกล้ามเนื้อในการหายใจของทารกแรกเกิด และแนวปฏิบัติการพยาบาลการติดตามดูแล

ต่อเนื่องที่บ้านโดยการใช้ระบบการพยาบาลทางไกล

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากใหม่ (กุมภาพันธ์ 2566) ดำเนินการดังนี้

1. ปรับปรุงแบบประเมินภาวะหายใจลำบาก โดยรวมอาการ การใช้แรงกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ และการหายใจแบบกลับ

2. ปรับปรุงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการประเมินภาวะหายใจลำบาก การสังเกตการหายใจของทารกแรกเกิด และการใช้แรงกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ โดยวิธีการสอนและสาธิตย้อนกลับ

3. ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยการใช้ระบบการพยาบาลทางไกล

4. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงใหม่ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI 1.0 ก่อนนำไปทดลองใช้จริง

ขั้นตอนที่ 5 การนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (มีนาคม-พฤษภาคม 2566)

กำหนดวิธีการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 296 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 148 ราย และกลุ่มทดลอง 148 ราย

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤต จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด บันทึกข้อมูลผู้รับบริการ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤตในแบบบันทึกข้อมูล

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1.1 ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดรูปแบบพัฒนาขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

1.2 เตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพ โดยการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้วยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติ การสอนเชิงเนื้อหาเพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง

1.3 เตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพระดับ

หัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านการนิเทศทางคลินิกประกอบด้วย
รูปแบบการนิเทศ แผนการนิเทศ กิจกรรมการนิเทศ
การประเมินผลการนิเทศ และแนะนำเทคนิควิธีการนิเทศ

2. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย/
ผู้ดูแล จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด เก็บรวบรวม
ข้อมูลการดูแลหลังใช้รูปแบบ

3. พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ควบคุม กำกับ ติดตาม
นิเทศการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน
ให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

4. บันทึกข้อมูลผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ อุบัติการณ์
การเกิดภาวะวิกฤต ผลการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
ผลการนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจของ
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลลัพธ์และการเผยแพร่ ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตใน
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์
ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทารก
แรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโดยการประยุกต์ทฤษฎีของ
โอเร็ม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะหายใจ
ลำบากมี 2 ส่วน คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
หายใจลำบาก และการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะ
หายใจลำบาก 2) การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจ
ลำบาก 4 ระยะ คือ ระยะแรกเกิดถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด, ระยะ
2-6 ชั่วโมงหลังคลอด, ระยะ 6 ชั่วโมงหลังคลอดจนจำหน่าย
และระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ 3) การพยาบาลตามระดับ
ความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก 3 ระดับ คือ ภาวะหายใจ
ลำบากระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะพยาบาลทารกแรกเกิด
ที่มีภาวะหายใจลำบาก 7 ด้าน คือ 1)การประเมินภาวะทารก
แรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 2) การปฏิบัติพยาบาลทารกแรก
เกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก 3) การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย
จากภาวะแทรกซ้อน 4) การบริหารออกซิเจนและการใช้เครื่อง
ช่วยหายใจ 5) การบริหารยาในทารกแรกเกิด 6) การส่งเสริม
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 7) การสื่อสารระหว่างทีม
และครอบครัว โดยใช้รูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย
การสอนข้างเตียง การสาธิตย้อนกลับ การใช้สื่อดิจิทัล
และการใช้เทคนิคโค้ช

องค์ประกอบที่ 3 โปรแกรมการพัฒนาทักษะ
และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ
หายใจลำบากประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ
4 ขั้นตอน คือ 1) การสอนและฝึกทักษะการประเมินอาการแสดง
ของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ ทักษะการประเมินอาการหายใจ
เร็วโดยนับการหายใจ ทักษะการประเมินลักษณะการหายใจ การ
หยุดหายใจ และอาการเขียว 2) การสะท้อนคิดอย่างมี
วิจารณญาณ เพื่อตัดสินภาวะผิดปกติ 3) เลือกวิธีการปฏิบัติที่
เหมาะสม สามารถจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นและการขอความ
ช่วยเหลือได้ 4) การคงไว้ซึ่งการดูแลทารกแรกเกิด และส่งเสริม
ให้มีพัฒนาการตามวัย

องค์ประกอบที่ 4 การนิเทศทางคลินิกด้านการ
พยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโดยการประยุกต์
แนวคิดของพร็อกเตอร์ประกอบด้วย 1) การนิเทศตาม
มาตรฐาน การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ และ
การนิเทศเพื่อธำรงรักษา 2) กำหนดกิจกรรมการนิเทศ
ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา
เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาล
ได้ร่วมอภิปรายเสนอความคิดเห็นในการการปฏิบัติ การสอน
และให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน ระหว่าง
การรับส่งเวร หรือระหว่างการตรวจเยี่ยม การประชุมปรึกษา
การพยาบาลในช่วงเข้าก่อนการปฏิบัติงาน การตรวจเยี่ยม
ทางการพยาบาล เพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การสังเกตการปฏิบัติ และการ
ร่วมมือปฏิบัติงาน 3) กำหนดแผนการนิเทศ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ
ในการนิเทศ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย
หัวหน้าเวร จัดทำแผนการนิเทศเป็นรายวัน และรายสัปดาห์ 4)
กำหนดการประเมินผลการนิเทศ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปฏิบัติตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก
ด้านสมรรถนะพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก
และด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

2. การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1 ด้านผู้รับบริการ

2.1.1 ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก เปรียบเทียบ
อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบเดิม และรูปแบบการพัฒนาที่พัฒนาใหม่
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา (n = 148)		หลังการพัฒนา (n = 148)		Chi square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- ภาวะทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์	13	8.8	4	2.7	5.055	0.043*
- ภาวะความดันเลือดในปอดสูง	5	3.4	1	0.7	2.722	0.214
- ย้ายหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน	15	10.1	3	2.0	8.518	0.006*

*Chi square test, ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการพัฒนา
รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก พบ
อุบัติการณ์ทารกแรกเกิดทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ และย้ายเข้า
รับบริการในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ลดลงกว่าก่อนการ
พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) แต่ภาวะความดันใน
ปอดสูง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติ

2.1.2 ผลลัพธ์ผู้ให้บริการ ผลการประเมิน
ทักษะและความสามารถของผู้ดูแล ภายหลังได้รับโปรแกรมการ
พัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลทารกแรก
เกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ทั้ง 4 ด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะและ

ความสามารถในภาพรวม ร้อยละ 96.70 โดยพบว่า ด้านที่มี
ทักษะและความสามารถสูงสุด คือ ด้านการเจริญเติบโตและ
พัฒนาตามวัย ร้อยละ 98.92 รองลงมา ด้านการช่วยเหลือและ
ขอความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะหายใจลำบาก และด้าน
การดูแลทารกแรกเกิด เท่ากัน ร้อยละ 97.30 ด้านที่มีทักษะและ
ความสามารถน้อยที่สุด คือด้านการประเมินอาการแสดงภาวะ
หายใจลำบากและการดูแล ร้อยละ 94.59

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

**2.2.1 ผลลัพธ์ด้านสมรรถนะพยาบาล
วิชาชีพ** ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนการพัฒนา (n = 28)		หลังการพัฒนา (n = 28)		t-test	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การประเมินทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก	1.53	0.51	1.70	0.471.980		.047*
2. การปฏิบัติพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก	3.37	0.61	3.77	0.433.890		.001*
3. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2.20	0.761	2.37	1.101.153		.258
4. การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน	1.83	0.38	2.00	0.002.408		.023*
5. การบริหารยาในทารกแรกเกิด	1.27	0.45	1.43	0.771.153		.258
6. การสื่อสารระหว่างทีมและครอบครัว	1.57	0.504	1.63	0.67.528		.601
7. การบริหารออกซิเจนและการใช้เครื่องช่วยหายใจ	2.60	0.50	2.83	0.382.041		.040*
รวม	14.37	2.27	15.73	3.008.518	0	.003*

*t- test, ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า สมรรถนะการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนา มีสมรรถนะที่สูงขึ้นในภาพรวม พิจารณารายด้านพบว่า การประเมินภาวะทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก การปฏิบัติพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการบริหารออกซิเจน

และการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีสมรรถนะสูงขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

2.2.2 ผลลัพธ์ด้านการนิเทศทางคลินิก ผลการนิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการนิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล $n = 28$

หัวข้อการนิเทศ	จำนวนข้อ	Mean	SD	Min	Max	ร้อยละ
■ ด้านการประเมิน	7	7.00	0.00	7.00	7.00	100.00
■ ด้านการวางแผนการพยาบาล	3	2.80	0.47	2.00	3.00	93.33
■ ด้านการพยาบาล	8	7.37	0.72	6.00	8.00	92.08
■ ด้านการประเมินผลและการบันทึก	4	3.70	0.47	3.00	4.00	92.50
■ ด้านการวางแผนการจำหน่าย	2	2.0	0.00	2.00	2.00	100.00
■ ภาพรวมทั้งหมด	24	22.87	0.52	20.00	24.00	95.28

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการนิเทศภาพรวมมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ร้อยละ 95.28 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าด้านที่มากที่สุด คือ ด้านการประเมินและด้านการแผนการจำหน่ายร้อยละ 100 รองลงมาเป็นด้านการวางแผนการพยาบาล ร้อยละ 93.33 และด้านการประเมินผลและการบันทึก ร้อยละ 92.50 ตามลำดับ

2.2.3 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($Mean = 4.2$, $SD = 0.368$) โดยพึงพอใจด้านช่วยให้ทารกแรกเกิดมีปลอดภัยมากขึ้น มากที่สุด รองลงมาคือ สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีความครอบคลุมด้านเนื้อหา ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสกลนคร มี 4 องค์ประกอบ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลสมรรถนะพยาบาล 7 ด้าน การพัฒนาทักษะและความสามารถ

ของมารดา/ผู้ดูแล และการนิเทศทางการพยาบาล มีความแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งองค์ประกอบทางด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเกิดถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ระยะหลังคลอด 2-6 ชั่วโมง ระยะ 6 ชั่วโมงหลังคลอดจนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้านสมรรถนะพยาบาลที่เป็นสมรรถนะเฉพาะเชิงคลินิก (specialist clinical competencies) และการประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติ การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และด้านการนิเทศทางคลินิกเน้นการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารทางการพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า

องค์ประกอบที่ 1 ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ลดอุบัติเหตุการทรุดลงโดยไม่ได้คาดหมาย และย้ายเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษานี้แสดงความเชื่อมโยงการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเกิด จนถึงจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การวางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคล ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน

ระหว่างผู้ใช้บริการกับพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงของโรค เพื่อการจัดการทางการพยาบาล วางแผนการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม¹³

องค์ประกอบที่ 2 ด้านสมรรถนะของพยาบาลอธิบายได้ว่า สมรรถนะพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นสมรรถนะเชิงคลินิกครอบคลุมตั้งแต่ ระยะแรกเกิด จนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะโรคที่ช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาลเฉพาะโรค ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามมาตรฐานการดูแล 7 ประการโดยมีเป้าหมายให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสมใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด¹⁴ และบทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกในระหว่างที่เข้ารับการรักษา และให้กำลังใจกับมารดาและบิดาของทารก ให้พวกเขาฟันฝ่าอุปสรรคครั้งนี้ไปกับทารกให้ได้¹⁵

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะและความสามารถของผู้ดูแล มี 4 ด้าน สามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและวางแผนการจำหน่ายให้สอดคล้องในแต่ละบริบทของครอบครัว จะช่วยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารก มีความมั่นใจและวิตกกังวลลดลง พร้อมทั้งมีการปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลของมารดาให้สามารถดูแลทารกตลอดก่อนกำหนดได้ทั้งใน ระยะสั้นและระยะยาว¹⁴

องค์ประกอบที่ 4 การนิเทศทางการพยาบาล อธิบายได้ว่า การกำหนดรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน รวมถึงใช้วิธีการนิเทศแบบมีส่วนร่วมและกิจกรรมการนิเทศตามแนวคิดของพร็อคเตอร์⁹ การนิเทศด้วยการใช้กิจกรรมที่หลากหลายร่วมกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ¹⁶

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก สามารถลดลดอุบัติการณ์ทรุดลงและย้ายเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน จึงเสนอให้ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน ส่งเสริมให้นำรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากโดยมีกรณีศึกษา กำกับ ติดตาม และประเมินผลการนำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ จากผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก รูปแบบการพยาบาลสามารถพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการสนับสนุน ส่งเสริม ให้มีการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลเครือข่าย การดูแลทารกแรกเกิดจังหวัดสกลนคร และในระดับเขต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากกับตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ วิธีการคลอด มารดากลุ่มเสี่ยง ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

References

1. Chuachuensuk S. Lumbiganon D. Incidence and factors associated with Early Respiratory Distress in Late Preterm Infants. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine.2019; 63(2) : 93-106. (in Thai)
2. Christian L.Hermansen. and Anand M. Newborn Respiratory distress. American Family Physicia. 2015; 92(11): 994-1002.
3. Haksari EL. Hakimi M and Ismail D Respiratory distress in small for gestational age infants based on local newborn curve prior to hospital discharge. Frontiers in Pediatrics. 2022; (10): 1-10.
4. Musicsukon S. et al. child nursing. 4th ed. Bangkok: sahamit printing & publishing company limited; 2018. (in Thai)

5. Sakon Nakhon Hospital. Sakon Nakhon Hospital Strategic Plan Report, Fiscal Year 2021. Sakon Nakhon; 2021. (in Thai)
6. Anita Rusmawati, Ekawati L. Haksari, Roni Naning. Downes score as a clinical assessment for hypoxemia in neonates with respiratory distress. Paediatr Indones. 2008; 48(6): 345. (in Thai)
7. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. Nursing: Concepts of practice 6th ed. St.Louis Missouri: Mosby-Year Book; 2001
8. Gibson, C.H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing.1995; 21(6): 1201-10.
9. Proctor B. Training for the supervision alliance Attitude, Skills and Intention. London: Routledge; 2001.
10. Mahdjoubi D. Four Type of R&D. Austin, Texas: Research Associate,I C2 Institute; 2009.
11. Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
12. kakul T. social science and behavioral science. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2000. (in Thai).
13. Kerdmongkon O. Applying Gordon's Functional Health Patterns and Orem's Self Care Theory in Nursing Care for Patient with Life Threatening Severe Sepsis and Septic Shock. Lanan Public Health Journal. 2015; 11(2): 44-51. (in Thai)
14. Sriyasak A., Sumkong T., Ket-in V., Arayathanitkul B., Lamtrakul S., Nurses' Role in Newborn Development Focused on Family Centered-Care in NICU. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 101-9. (in Thai)
15. Phansan K., Keskomon T., and Tamsat A. Nursing Care for Neonate with Gastroschisis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 38-47. (in Thai)
16. Amonprompukdee A., Junprasert T. and Surakarn A. Nursing Supervision: A Scoping Review. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020; 30(3): 144-57. (in Thai)

การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี The Management of Tele-nursing Service System and Continuous Care System For Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) patients from a field Hospital to Makarak Hospital in Kanchanaburi Province

ทรรศนีย์ นาคราช¹ หทัยชนก บัวเจริญ

Tasane Narakat¹ Hathaichanok Buajaroen

โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย 711201

Makarak Hospital, Kanchanaburi Province, Thailand, 711201

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย 730001

Faculty of Nursing, Rajabhat Nakhon Patthom University,

Nakhon Pathom Province, Thailand, 730001

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ ออกแบบและพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง และประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ใช้เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และนักวิชาการศึกษา 81 คน เครื่องมือเชิงปริมาณคือ แบบประเมินประสิทธิภาพระบบบริการพยาบาลแบบทางไกลและระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเปรียบเทียบเชิงเนื้อหา ติความ สรุปประเด็น เชื่อมโยงเหตุผล ผลงานวิจัยพบว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกลแก้ปัญหาด้วยการใช้ไลน์ วิดีโอคอลสอบถามอาการ และผลการใช้ระบบรายงาน Flat care team ทำให้เกิดการติดตามอาการ การวินิจฉัยอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สรุปยอดผู้รับบริการ การเอกซเรย์ปอด การจำหน่ายรายวัน และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์พักคอยในชุมชน ผลลัพธ์เชิงรูปธรรมคือ ระบบการจัดการ Flat care team ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน และสามารถนำข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในอนาคต

คำสำคัญ: ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล, ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง, โรงพยาบาลสนาม

Abstract

This research is a participatory action research aims to study problems, needs, design and development of remote nursing service system. and continuous care database system and to evaluate the efficiency of the remote nursing service system. Continuing care database system for patients with Coronavirus Disease 2019 at Field Hospital to Makarak Hospital Kanchanaburi. Purposive Sampling technique were 81 professional nurse, assistance practice nurse, nurse aid and academic staff. The quantitative tool was evaluation form for the effectiveness of the remote nursing service system and the continuous care database system. On the other hand, qualitative data were gathered through the focus group approach and in-depth interviews using guided questions and record forms. Participatory action research techniques were analyzed process. Quantitative were using descriptive statistics. Qualitative data were content comparison, interpretation, conclusions, and linking reasons were analyzed. The findings of the research indicated that the development of a remote nursing service system utilizing LINE and Symptom video calls helped in addressing the identified problems. The utilization of the Flat care team reporting system enabled better symptom monitoring and diagnosis of Coronavirus Disease 2019. The reported data included a summary of service recipients, daily X-ray of the lungs, and referrals to community isolation centers as needed. The Flat care team management system which in Tele-nursing service system and a database system for continuity of care for patients with coronavirus disease 2019. The systems contributed to reducing risks, improving safety, and utilizing information effectively in continuing care nursing services in the future.

Keyword: Tele-Nursing Service System, Continuous Care databased System, Field Hospital

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพโลกมีความซับซ้อน อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร และด้านระบาดวิทยาของโรค ทำให้มีภาระโรคเพิ่มขึ้น ทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อจากเชื้ออุบัติใหม่^{1,2} การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 ซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศให้ทุกประเทศต้องมีการเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค³ การแพร่ระบาดของโรคเริ่มจากสาธารณรัฐประชาชนจีน พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดระลอกที่ 1 มีการออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันและยับยั้งการระบาด ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง การตรวจคัดกรองอาการของโรค รวมถึงการจัดตั้งสถานผู้ป่วยเฉพาะกิจ และสถานกักกันโรค ส่งผลให้ไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ ต่อมาเกิดการแพร่ระบาดเป็นระลอกที่ 2 ซึ่งเป็นเชื้อสายพันธุ์เบตา ระยะแรกมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานที่ที่มีการรวมตัวกัน

ของประชาชนหนาแน่น ได้แก่ สถาบันเชิง บ่อนการพนัน และตลาดกึ่งสด เป็นต้น รัฐบาลจึงประกาศมาตรการคุมเข้มเพื่อลดการแพร่ระบาดอีกครั้ง แต่การแพร่ระบาดของโรคไม่สามารถควบคุมได้ เกิดการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง เข้าการระบาดในระลอกที่ 3 ซึ่งเป็นสายพันธุ์แอลฟา ทำให้จังหวัดต่าง ๆ ต้องจัดตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้นเพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ สำหรับบริการพยาบาลในชุมชนจะใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เป็นการพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาด้านสุขภาพ การยืนยันตัวตนของพยาบาลและผู้ป่วยการพยาบาลภายใต้ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ และเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลประกาศเกี่ยวกับการพยาบาลทางไกล⁴ ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการพยาบาลเมื่อใดก็ตามที่มีระยะห่างทางกายภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างพยาบาลจำนวนเท่าใดก็ได้ (Tele-nursing) Tele-nursing Screening, Tele-nursing Intervention, Tele-nursing Monitoring & Evaluation, Tele-nursing Appointment⁵

โรงพยาบาลมะเร็ง เป็นโรงพยาบาลระดับ M1 ขนาด 252 เตียง ได้จัดพื้นที่ในโรงพยาบาลรับผู้ป่วยโควิด - 19 ได้ประมาณ 200 เตียง โดยรับผู้ป่วยโควิด - 19 ทุกประเภท ในช่วงการระบาดระลอกที่ 3 ในเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก เตียงภายในโรงพยาบาลไม่พอรองรับ จึงได้ดำเนินการตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรับผู้ป่วยมุงเน้นเพื่อการแยกกักตัว ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในชุมชน เริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยที่รับไว้ที่โรงพยาบาลสนาม ต้องประสานข้อมูลผ่านศูนย์ประสานรับผู้ป่วยโควิด แต่ระบบการทำงานยังไม่ทันต่อเหตุการณ์ ความคล่องตัวในการจัดระบบการให้บริการที่ต้องส่งตัวมาจากโรงพยาบาลมะเร็ง หรือได้รับการประสานจากหน่วยงานหรือผู้ป่วยจากภายนอกยังมีความสับสนในระบบการทำงาน ปริมาณของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอท่ามะกา ในจังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดใกล้เคียง หรือจากกรุงเทพฯ และปริมณฑลมารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมาก จนทำให้บริการของโรงพยาบาลสนาม และระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่ทันต่อความต้องการ รวมถึงเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงการประสานส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษามิใช่ในโรงพยาบาลมะเร็งยังไม่ได้ข้อมูลการรักษาหรืออาการที่แน่ชัด ระบบบริการดังกล่าวจึงสะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริการที่ต้องเร่งปรับปรุง

ประกอบกับการขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้การบริหารด้านจัดการให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงยังทำได้ไม่ดีพอ มีการใช้อัตรากำลังผู้ให้การพยาบาลหลักจากโรงพยาบาลมะเร็งหมุนเวียนสลับกับหน่วยงานอื่นมาช่วยเหลือปฏิบัติงาน แต่ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ สมรรถนะของการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพตลอดประสิทธิภาพการทำงาน และการศึกษาธรรมชาติของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่มากพอ ไม่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์การสื่อสารในโรงพยาบาลสนาม การวางระบบการบริการที่ปลอดภัยให้กับผู้ทำงานได้ยังไม่เป็นระบบ จึงส่งผลให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจในการศึกษาการออกแบบและพัฒนาระบบการบริการพยาบาลแบบทางไกลในโรงพยาบาลสนามซึ่งยังมีการศึกษาน้อยในประเทศไทย แต่งานวิจัยในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องระบบการพยาบาลทางไกลว่าเป็นเครื่องมือในการให้บริการได้ดีในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19⁶ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่หากอาการทรุดลง และที่สำคัญบุคลากรต้องมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรค ผู้บริหาร

สามารถใช้ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบการตัดสินใจบริหารการบริการระบบการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อออกแบบและพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

คำถามการวิจัย

1. สภาพปัญหา ความต้องการ ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี เป็นอย่างไร
2. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีควรเป็นอย่างไร
3. ความเหมาะสมและประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีควรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมีส และแมคทาากาท ในการสะท้อนผลการปฏิบัติการรูปแบบการให้บริการระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 เน้นกระบวนการพัฒนาการให้บริการแบบ วงจรเป็นขดลวด โดยเริ่มต้นจากการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อน กลับ (Reflecting)⁶ ซึ่งมีกระบวนการวิจัยเพื่อค้นหาประสิทธิภาพ ของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล⁴ ระบบฐานข้อมูล การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลและแสวงหาข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการจัดการระบบ บริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้กระบวนการทาง วิทยาศาสตร์หาข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ประสบ อยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ สุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามขอบเขต ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มา สร้างระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนกลับเกี่ยวกับ ความเป็นไปได้ต่อการปฏิบัติจริง และให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งหมดร่วมพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการพยาบาลแบบ ทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ดีขึ้นจนได้ข้อสรุปเป็นรูปแบบการให้ บริการ ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัด กาญจนบุรีระดับมากที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วน ร่วม (Participatory Action Research) โดยมีการประชุม แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่าง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัด กาญจนบุรี ถอดบทเรียนในการวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาล แบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาล มะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ใช้วงจรในการปฏิบัติการ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสะท้อนคิดจากการปฏิบัติการ และการปรับปรุงผลการ ปฏิบัติการ โดยวางแผนเป็นขั้นตอนตามกระบวนการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการวิจัย ณ โรงพยาบาลสนามภายใต้ การดูแลของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากร ในการศึกษาคือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 51 คน 2) ผู้ช่วยพยาบาลคนไข้ จำนวน 7 คน 3) ผู้ช่วย

เหลือคนไข้ จำนวน 15 คน 4) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 8 คน รวม 81 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนาม และโรง พยาบาลมะเร็งที่มีประสบการณ์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 51 คน 2) ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 7 คน 3) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 15 คน 4) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 8 คน รวม 81 คน เข้า ร่วมงานวิจัยทั้งหมดเนื่องจากอาสาสมัครมาเข้าร่วมปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสนามเฉพาะกิจแห่งนี้ โดยใช้เทคนิคการสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างเจาะจง เป็นผู้ที่ประสบการณ์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนามภายใต้ การดูแลของโรงพยาบาลมะเร็ง

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1) เครื่องมือในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วมใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพโดย 1.1) เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบประเมิน ประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกลที่ผู้วิจัย สร้างเองตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของเคมมิส และ แมคทาากาท ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 25 ข้อ และแบบประเมินประสิทธิภาพระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลสนาม สู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีผู้วิจัยสร้างเอง โดยทบทวนตามนิยามของการประเมินประสิทธิภาพในด้าน ความสามารถในการทำงาน ด้านความถูกต้อง ด้านความง่าย ด้านความปลอดภัย และด้านประสิทธิภาพการทำงานของระบบ ฐานข้อมูล ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 25 ข้อ 1.2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามการจดบันทึก แนวทางการวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทาง การประชุมเชิงปฏิบัติการตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยโดยมี คำถามหลัก

2) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2.1) เครื่องมือเชิงปริมาณผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านแพทย์ ด้านการพยาบาล และด้านการวิจัย จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 จากนั้นนำเครื่องมือปรับแก้ไขเชิงเนื้อหา

แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่า
ความเชื่อมั่นโดยหาค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ
0.88 2.2) เครื่องมือเชิงคุณภาพผ่านการประเมินความเหมาะสม

สมของคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลจำนวน 5 ท่านด้านการพยาบาล ด้านการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความเชื่อมโยงความสอดคล้องกับบริบทของการศึกษา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการดำเนินการการวิจัย 1 ปี และดำเนินการ 2 วงรอบ ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 ระบุวิเคราะห์สภาพปัญหา	ขั้นตอนที่ 2 วางแผนแก้ไขสภาพปัญหา	ขั้นตอนที่ 3 ลงมือปฏิบัติการ	ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล
1) วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อมูลการให้บริการพยาบาลแบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี โดยวิเคราะห์สถิติการให้บริการย้อนหลัง การติดตามอาการ ยอดผู้รับบริการ ยอดผู้รับการเอกซเรย์ปอด ยอดจำหน่ายรายวัน ยอดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์พักคอยในชุมชน และการพักที่บ้าน ข้อมูลการวินิจฉัยอาการของโรค พร้อมทั้งวิเคราะห์วิธีการให้บริการ อุปกรณ์ในการใช้สื่อสารทางไกล ระบบปฏิบัติการของคอมพิวเตอร์ในการออกแบบระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง	1) สนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็งเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในประเด็นการจัดการระบบการดูแลต่อเนื่องในเรื่องสถานที่การให้บริการ การวางอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน การวางระบบการให้บริการแรกรับ การถ่ายภาพเอกซเรย์แรกรับและติดตามอาการ การออกแบบระบบการขนย้ายผู้ป่วยส่งกลับบ้าน และศูนย์พักคอยในชุมชน หรือการส่งเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลในหอผู้ป่วย Cohort ของโรงพยาบาลมะเร็ง และการจำหน่ายกลับบ้าน โดยเน้นการขยายบริบทของสภาพปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลผู้ช่วยเหลือคนไข้ และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็ง ออกแบบและพัฒนาแบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี	จัดเวทีสะท้อนคิดประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี
2) ศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและสภาพปัญหา ความต้องการ ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี โดยวิธีการสนทนากลุ่มจำนวน 4 ครั้งตามกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่มละ 10-15 คน สัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างอย่างละ 2 คน ประเด็นคำถาม 5 ข้อ และการสังเกต การให้บริการพยาบาลแบบทางไกล การบันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลสนามและการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มจำนวน 5 ครั้ง	2) สัมภาษณ์เชิงลึกคณบดีพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลผู้ช่วยเหลือคนไข้ และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็งเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาเมื่อมีให้ออกแบบระบบบริการพยาบาลทางไกลในเรื่อง การติดตั้งกล้องวงจรปิด อุปกรณ์ในการสื่อสาร สมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารแบบทางไกลด้วยระบบไลน์แอฟพลิเคชั่น ระบบวิดีโอคอล ระบบการโทรศัพท์ ระบบการให้เพื่อนร่วมห้องช่วย ในการสื่อสารแบบทางไกล โดยเน้นการขยายบริบทของสภาพปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา		

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติและได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็ง เอกสารเลขที่ 8/64 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยมีการชี้แจงข้อมูลและได้ดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในขั้นตอนที่ 1 ระบุวิเคราะห์สภาพปัญหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ไขสภาพปัญหา ข้อมูลจากข้อมูลทฤษฎีใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลจากแบบสอบถามใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์

กระบวนการที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงเนื้อหา ติความ สรุปประเด็นเชื่อมโยงเหตุผลในการศึกษา ในขั้นตอนที่ 1 ระบุวิเคราะห์สภาพปัญหาและขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ไขสภาพปัญหา ในขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยการถอดคำสัมภาษณ์คำต่อคำ กำหนดหมวดหมู่ ติความ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์ สังเคราะห์ประโยค สรุปความสัมพันธ์ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าจากหลายแหล่ง หลายวิธีการ

ผลการวิจัย

วงรอบที่ 1 จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการและสภาพปัญหา ความต้องการ ระบบบริการพยาบาล แบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงวงรอบที่ 1 ของการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการและสภาพปัญหา ความต้องการ ระบบบริการพยาบาล แบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่อง

การค้นหาลักษณะของปัญหา		การวางแผนแก้ไขปัญหา	การปฏิบัติ	การประเมินผล การสะท้อนกลับ
ประเภทของปัญหา	รายละเอียดของปัญหา			
ปัญหาด้านจัดการสถานที่	การเลือกอาคารสถานที่ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ไม่มีหอผู้ป่วยในการรองรับ หากต้องเข้ามารักษาในโรงพยาบาล	สถานที่ให้บริการควรตั้ง ชื่อเรียกว่า Flat care team เป็นการจัดตั้งหน่วยงานภายนอกลักษณะงานเป็นหน่วยงานผู้ป่วยในที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อรองรับการระบาด COVID-19 โดยใช้อาคารพักเจ้าหน้าที่รองรับได้ 320 เตียง	การออกแบบและพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาล วิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลผู้ช่วย เหลือคนไข้ และนักวิชาการ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็งออกแบบ และพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี มีความต้องการให้ปรับระบบบริการแบบ Flat care team ในเรื่องดังต่อไปนี้	เวทีสะท้อนคิดประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีมีความต้องการให้ปรับระบบบริการแบบ Flat care team ในเรื่องดังต่อไปนี้
ปัญหาการไม่เข้าใจของประชาชน	ในพื้นที่ตั้งโรงพยาบาลสนาม หัวหน้าส่วนการปกครองระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง ผู้นำท้องถิ่น ร่วมกันประชาสัมพันธ์ร่วมกับประชาชนในพื้นที่	ทำประชาคมประชาสัมพันธ์กับชุมชนข้างเคียงเพื่อจัดตั้งเป็นโรงพยาบาลสนาม โดยความร่วมมือระหว่าง หัวหน้าส่วนการปกครองระดับอำเภอ สสจ. กาญจนบุรี สสอ.ท่ามะกา และ รพ.มะเร็ง นำเสนอขอจัดตั้งโรงพยาบาลสนามของจังหวัด	ระบบบริการแบบ Flat care team ประกอบด้วย	1) ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ขอให้ปรับอัตรากำลังเป็น 3 ผลัดเวรละ 8 ชั่วโมงประกอบด้วย ปรับการทำงานผ่านระบบไลน์ตามขั้นของผู้ป่วยที่เข้าพักและให้มี

ตารางที่ 2 แสดงวงรอบที่ 1 ของการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการและสภาพปัญหา ความต้องการ ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และการดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

การค้นหาลักษณะของปัญหา		การวางแผนแก้ไขปัญหา	การปฏิบัติ	การประเมินผล การสะท้อนกลับ
ประเภทของปัญหา	รายละเอียดของปัญหา			
ปัญหาทรัพยากรไม่เพียงพอ	ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดตามแนวปฏิบัติมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	แสวงหาทรัพยากร หาเครือข่าย ภาครัฐและเอกชน บริจาคเตียงกระดาษและอุปกรณ์เครื่องนอน และอุปกรณ์เบื้องต้นในการทำงาน ติดตั้งระบบ Free WIFI ติดตั้งกล้องวงจรปิดจากงบประมาณเครือข่าย	1) ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ประกอบด้วย การจัดขอบเขตในการให้บริการรับผู้ป่วยที่ไม่รุนแรง ไม่ต้องให้ออกซิเจน มีการจัดอัตรากำลังจำนวน 2 ผลัดเวรละ 12 ชั่วโมง ประกอบด้วย เวรเช้า พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เสมียน 1 คน พนักงานสนับสนุนบริการ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน แม่บ้าน 2 คน เวรกลางคืน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน แม่บ้าน 1 คน ส่งผลให้อัตรากำลังในการทำงานไม่เพียงพอและไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง การทำงานจะใช้ผ่านระบบไลน์ แจ้งเสียงตามสายแต่ยังไม่สามารถให้บริการได้ถูกต้องตามอาการ เอกสารเวชระเบียนยังไม่ถูกต้องไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ การบริการเรื่องเอกซเรย์ใช้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 มาใช้งานแต่ไม่เพียงพอกับผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบไม่สามารถจัดให้เป็น เวลาที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้ง	บริการเข้าไปภายใน แจ้งเสียงตามสายแต่ยังไม่สามารถให้บริการได้ถูกต้องตามอาการ การบริการเรื่องเอกซเรย์ใช้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลมะเร็งการักษ์ 2) ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็งการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ควรทำโปรแกรมที่มีการดูรายงานผลได้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะเรื่องการติดตามอาการ สรุปยอดผู้รับบริการ ยอดการขอรับการเอกซเรย์ปอด ยอดการจำหน่ายรายวัน ยอดการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง HI และ CI และการวินิจฉัยอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ปัญหาอัตราการเข้าถึงไม่เพียงพอ	พยาบาลวิชาชีพกลัวการติดเชื้อ ไม่เชื่อมั่นในระบบการให้บริการของโรงพยาบาลสนามจึงไม่อาสาเข้ามาช่วยทำงาน ปัญหากระบวนการส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพ จัดแกร็บไม่มีการส่งต่อข้อมูล ขาดการซักซ้อมการปฏิบัติงาน ให้ไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการบันทึกข้อมูล ขาดระบบการส่งต่อหรือการจำหน่ายให้กลับไปรักษาที่บ้านหรือศูนย์พักคอยในชุมชน	การวางอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ใช้การประกาศจิตอาสาในการปฏิบัติงานเป็นหลัก มีการสอนเสริมสมรรถนะการปฏิบัติงาน ณ จุดให้บริการแกร็บ การถ่ายภาพเอกซเรย์แกร็บและติดตามอาการ	2) ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็งการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี บันทึกในสมุดสีน้ำเงินแบบยาวจำนวน 3 เล่มมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นแต่มีความซ้ำในการรายงานการรับใหม่ การรับย้ายการย้ายเข้าโรงพยาบาล การจำหน่าย ส่งผลให้การบริหารจัดการเตียงล่าช้า	
ปัญหาด้านการให้บริการของพยาบาล	ขาดอุปกรณ์ในการให้บริการ ไม่ทราบวิธีการใช้งานในการให้บริการผ่านระบบการสื่อสารทางไกล ผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ การสื่อสารในระบบทางไกลได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียนเพื่อการรักษา/การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย	จัดเวทีระดมสมองในการช่วยกันออกแบบระบบการใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์ที่มีของพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและขนย้ายผู้ป่วยส่งกลับบ้าน และศูนย์พักคอยในชุมชน หรือการส่งเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลในหอผู้ป่วย Cohort ของโรงพยาบาลมะเร็งการักษ์ และการจำหน่ายกลับบ้านโดยทำให้ระบบเวชระเบียนเพื่อการรักษา/การเคลมค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ		

วงรอบที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการนำผลการดำเนินการในวงรอบที่ 1 นำมาสร้างของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีดังนี้

ปัญหา 1) ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ปัญหาอัตราการเข้าถึงเป็น 3 ผลัดเวรละ 8 ชั่วโมงประกอบด้วยปัญหาสมรรถนะของการทำงานผ่านระบบไลน์ตามขั้นที่เข้าพักของผู้ป่วย 3) ปัญหาการบริการเรื่องเอกสารเรียกใช้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลมะเร็ง 4) ปัญหาการบันทึกผลและรายงาน Flat care team

การปฏิบัติ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลมะเร็ง ออกแบบและพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล และระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีโดยสรุปดังนี้

1) ระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ปรับอัตราเข้าถึงเป็น 3 ผลัดเวรละ 8 ชั่วโมง มีแพทย์ประจำดูแลตลอด 24 ชั่วโมง แพทย์ทำการตรวจเยี่ยมคนไข้ทุกวันประมาณช่วงเวรเช้าจำนวน 2 ท่าน เวรบ่าย 3 ท่าน

2) อุปกรณ์ในการสื่อสารทางไลน์แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มตามขั้นที่พัก ใช้แสกน QR CODE เพื่อเข้ากลุ่มไลน์ หากไม่มีโทรศัพท์ให้เพื่อนร่วมห้องช่วยสอบถามอาการและให้การช่วยเหลือ และใช้เสียงตามสายในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่จำเป็น

3) จัดทีมในการไปประเมินอาการภายในโรงพยาบาลสนาม กรณีผู้ป่วยมีอาการที่ไม่สามารถประเมินได้ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล

4) ร่วมกับนักวิชาการคอมพิวเตอร์พัฒนาโปรแกรมมีการดูรายงานผลได้ทุกหน่วยงานที่ดำเนินการ โดยเฉพาะเรื่องการติดตามอาการ สรุปยอดผู้รับบริการ ยอดการขอรับ การเอกซเรย์ปอด ยอดการจำหน่ายรายวัน ยอดการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง HI และ CI และการวินิจฉัยอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเชื่อมโยงระบบกับระบบฐานข้อมูลของ

โรงพยาบาล มาบันทึกรายการเพิ่มและปรับการบันทึกตามระยะเวลาที่ต้องการและสามารถเรียกใช้ดูได้ผ่านระบบโทรศัพท์มือถือ และการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

การประเมินผลและการสะท้อนกลับ การดำเนินการ 1 วงรอบระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

ประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51) ด้านที่ควรเร่งปรับปรุงคือ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) ความชัดเจนของข้อความระหว่งที่มสุขภาพกับผู้ป่วยยังไม่มี ความชัดเจนเสียงขาดหายบางเวลาและด้านความชัดเจนภาพถ่ายส่งทางไลน์เนื่องจากลายมืออ่านยาก/ปัญหาชาวพม่าที่สื่อสารกันไม่เข้าใจ ยังต้องมีการเสริมสมรรถนะของผู้ใช้งานให้มีความคล่องในการใช้เทคโนโลยีให้มากขึ้น

ประสิทธิภาพของระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61) ด้านที่ตรงตามความต้องการ ด้านสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ ควรเร่งปรับปรุงคือ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75) การเรียกใช้ระบบยังต้องรอสัญญาณ WIFI และการเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง 2-3 วันจะใช้เวลานาน ยังต้องมีการเสริมสมรรถนะของผู้ใช้งานให้คล่องในการบันทึกข้อมูลให้มากขึ้น ด้านระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ การดำเนินการเป็นไปตามเกณฑ์ที่ไม่มีผู้ยุติการวิจัย และสามารถสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นดังนี้

1) ระบบการจัดการ Flat care team เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานโดยการใช้ระบบการพยาบาลทางไกล และใช้ข้อมูลในการบริการพยาบาล

2) แนวปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะการบริการพยาบาลแบบทางไกลในโรงพยาบาลสนามเพื่อวางระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

บทเรียนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบทางไกล ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาล

สนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ยังสามารถตอบสนองต่อนโยบายขององค์กรพยาบาลในด้านการเพิ่มคุณภาพการบริการ ประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยหลักการทำงานคือ การออกแบบเชิงระบบ การจัดการที่มีประสิทธิภาพด้วยเทคโนโลยีและการใช้ฐานข้อมูล เพื่อง่ายต่อการบริหารจัดการอย่างคุ้มค่าคุ้มทุน และมีคุณภาพ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการทำงานในสถานการณ์วิกฤตด้านกำลังคน การแสวงหาเครือข่ายมาสนับสนุนทรัพยากรเพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม การปรับวิธีการบริการด้วยการใช้ไลน์ วิดีโอคอล เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการบนข้อจำกัดและวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การปรับอัตรากำลังคนความขาดแคลน การหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย Cohort ซึ่งเป็นการใช้นโยบายเชิงบังคับ ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน ในสถานการณ์แพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{9,10} การปรับระบบการดูแลต่อเนื่องด้วยเครือข่ายความร่วมมือในการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีสนับสนุนการบริการ การสร้างระบบข้อมูลเพื่อให้บริการงบประมาณคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งเห็นตรงกับการศึกษาทางไกลเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เหมาะสมในเรื่องนี้ ความต้องการของผู้ป่วยเหล่านี้รวมถึงความต้องการด้านการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงของยา การรับประทานอาหาร การให้คำปรึกษาทางจิต การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล การดูแลสุขภาพและการติดตามผลลัพธ์ของโรค ผ่านการพยาบาลทางไกล ย่อมช่วยให้เกิดความเข้าใจได้ดีขึ้น¹¹ รวมถึงการบริการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลแบบไม่สัมผัสมีบทบาทสำคัญในการติดตามสถานะทางการแพทย์ของผู้ป่วยระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19^{6,12} ประสบการณ์ในการจัดตั้งบริการพยาบาลทางไกลเป็นแนวทางที่ชัดเจนในการสร้างสรรค์บริการด้านการดูแลสุขภาพในภัยพิบัติในอนาคต อย่างไรก็ตามปัญหาด้านสถานที่และด้านความเข้าใจของประชาชนในสถานการณ์ดังกล่าวมีผลต่อการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพหากไม่ได้รับความร่วมมือในการสร้างการรับรู้ข้อมูล การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมออกแบบระบบบริการ และร่วมประเมินผล จะทำให้ระบบการบริหารจัดการบริการไม่สามารถสร้างการเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพได้ ดังนั้นจากผลงานวิจัยสะท้อนได้ชัดเจนว่า การสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมกันออกแบบและพัฒนากระบวนการพยาบาลแบบทางไกล^{5,6} ใน

การศึกษานี้เป็นบทบาทสำคัญของผู้นำทางการพยาบาลที่มีความคิดเชิงระบบและกลไกบนเงื่อนไขการพัฒนางานบริการตรงตามความต้องการของผู้ใช้งานและมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบจนสามารถใช้กำกับติดตามงานบริการได้อย่างทันเวลา ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่แยกกักตัวที่บ้านที่ใช้การจัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ (home care center) เตรียมแบบฟอร์มเอกสารในการประเมินผู้ป่วย จัดสรรกำลังคนพยาบาลวิชาชีพและสื่อสารระดับองค์กรและบุคลากรทุกระดับตาม สถานการณ์บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรสอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ ติดตามผู้ป่วย และประสานการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้การแพทย์ทางไกล (telehealth) เข้ามาเป็นทางเลือกและเป็นกุญแจสำคัญ ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยการให้บริการ ทางไกลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อและลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการได้อย่างดี⁷

ทั้งนี้ระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ โรงพยาบาลสนามสู่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีจึงเป็นผลของงานวิจัยที่สร้างและพัฒนาที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งานและมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบจนสามารถใช้กำกับติดตามงานบริการได้อย่างทันเวลา นอกจากนี้ การวิเคราะห์ต้นทุนของการให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในแต่ละรูปแบบบริการรวมถึงต้นทุนเป็นวิธีการที่ยังยากซับซ้อน แต่การดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลตามหน่วยงานที่เก็บไว้สามารถสะท้อนต้นทุนการบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในแต่ละรูปแบบการบริการได้ดี¹³ การได้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านี้จะสามารถทำให้นำไปประกอบการตัดสินใจในโรงพยาบาลและการบริการทรัพยากรทางด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลนำผลการศึกษาไปประกอบการตัดสินใจเพื่อวางระบบการบริหารจัดการองค์กรให้มีระบบบริการพยาบาลแบบทางไกลในเครือข่ายความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยนำระบบการจัดการ Flat care team ไปใช้และเตรียมความพร้อมด้านกำลังคน การแสวงหาเครือข่ายมาสนับสนุนทรัพยากรเพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และการปรับวิธีการบริการด้วยการใช้ไลน์ วิดีโอคอล

2) โรงพยาบาลมะเร็งควรสนับสนุนงบประมาณจัดทำระบบฐานข้อมูลในการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการระบบบริการพยาบาลและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) โรงพยาบาลควรแสวงหาความร่วมมือทางวิชาการกับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในการพัฒนาและจัดทำหลักสูตรการระบบบริการพยาบาลแบบทางไกลระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาระบบแกนนำพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์หรือมีจิตอาสาในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2) ควรมีการขยายผลและศึกษาการนำใช้เทคโนโลยีทางด้านสุขภาพช่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในลักษณะอื่น

References

1. Junhong K. Community challenging in caring of COVID19: Nursing Practitioner inThe New Normal Era) Academic conference meeting 1-5 March2020. Boromarajonani College of Nursing,Bangkok.2020. (in Thai)
2. Ministry of Public Health.Thailand Global Health Action Plan 2021–2027. Thailand Global Health Strategic Framework. Ministry of Public Health,Tivanond Road, Nonthaburi, Thailand. 2021. (in Thai)
3. World Health Organization. COVID-19 Clinical Management: Living Guidance. 2021.
4. Thai Nursing council. The Government Gazette in Thai.2021;138(33):49. (in Thai)
5. Artsanthia J., Pitplearn N., & Prachyakoon N. Direction of Health Care in Pandemic of Corona Virus 2019 in New Normal of Community Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019 ; 21(1): 57-64. (in Thai)
6. Purabdollah & Ghasempour. Tele-Nursing New Opportunity for Nursing Care in COVID-19. Iran J Public Health. 2020 ; 49, (1). 130-131.
7. Kemmis S., & McTaggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.
8. Buachu T., Muangkaew P., Srivisai T., Kiantah W., Chuatanam P., & Yimlamai K. Role of Nursing Administrators in Managing the Care of COVID-19 Patients Who are Isolated at Home. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 22(3): 26-32. (in Thai)
9. Poortaghi S., Shahmari M., & Ghobadi A. Exploring Nursing Managers' Perceptions of Nursingworkforce Management during the outbreak of COVID-19: A Content Analysis Study. BMC Nursing. 2021; 20(1): 1-10.
10. Wu D., Wu T., Liu Q.,& Yang Z. The SARS-CoV-2outbreak: What We Know. International Journal of Infectious Diseases. 2020;94: 44-8.
11. PURABDOLLAH M.,& GHASEMPOUR M. Tele-Nursing New Opportunity for Nursing Care in COVID-19 Pandemic Crisis. Iran J Public Health.2020;49(1) : 130-131.
12. Heo H.,Lee K.,Jung E., & Lee H. Developing the First Telenursing Service for COVID-19 Patients: The Experience of South Korea. International Journal Environmental Resarch Public Health. 2021; 18, 6885.
13. Khiaochaoen O., Phongjetpuk A., Khattiyod T., Prasertworakul C., Srisirianun T., Lampu P., et al. Cost of health service model for COVID-19 inpatient care in Thailand: a case study of 5 hospitals. Journal of Health Systems Research.2023;17(2):329-410.(in Thai)

ผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Effects of Mindfulness-Based Nursing Program on Rumination and Executives Function in Major depressive disorder

สกาอรัตน์ พวงลัดดา* สว่างจิตร์ วสุวัต ปภาจิต บุตรสุวรรณ ภัทรวรรณ สุขยิรณ นฤมล จินตพัฒน์
Skaorat Puangladda* Sawangjit Wasuwat Pabhajit Budsuwan Pattarawat Sukyirun Naruemon Jintapathanakit
โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย 11000
Srithanya Hospital, Nonthaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะที่ 2 ของงานวิจัยเรื่องการพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึง พฤษภาคม 2566 ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 46 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการครุ่นคิด และการประเมินหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยชุดทดสอบเบอร์ก และชุดทดสอบสตรูปทาสค์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติบรรยาย และทดสอบค่าสถิติ Repeated measured ANOVA ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการการครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุป ผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดช่วยลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังบำบัด 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด, การครุ่นคิด, หน้าที่บริหารจัดการของสมอง, โรคซึมเศร้า

Abstract

This present study was a 2nd phase of the research and development of the Develop and Effect of Mindfulness-Based nursing program on Rumination and Executive function in Major depressive disorder. The aimed to study the effects of Mindfulness-Based nursing program on Rumination and Executive function in Srithanya Hospital during 1st June 2022 to 31st May 2023. with a quasi-experimental research. Each group consists of 46 people. The collecting data tools were personal data, Ruminations scale and Executive functions. The data retrieved were statistical analyzed including descriptive and Repeated measured ANOVA statistical test. The result revealed that different experimental group and the control group of ruminations and executive functions It was statistically with statistical significance ($p < .05$). It can be concluded the Mindfulness-based nursing program for Major depressive disorder can reduce rumination and improving the

*Corresponding Author: E-mail: puangladda@hotmail.com

วันที่รับ (received) 27 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ส.ค. 2566

executive functions effectively. It was the guideline for the appropriate treatment of rumination and executive functions patients after 1 month of treatment and 3 months of follow-up. for Major depressive disorder.

Keyword: Mindfulness-Based Nursing Program, Rumination, Executives Function, Major Depressive Disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของโลก¹ โดยคิดเป็น ร้อยละ 59-87 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด² นอกจากนี้ ยังพบอัตราการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ร้อยละ 79 เกิดขึ้นภายใน 6 เดือน หลังการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า³ และอัตราการป่วยซ้ำ (Recurrence) ร้อยละ 50 ถ้าการรักษาไม่ต่อเนื่อง⁴ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีความรุนแรง และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผล คือ การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานสติบำบัด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)⁵ การบำบัดชนิดนี้ช่วยลดปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การครุ่นคิด (Rumination)⁶ ซึ่งมีลักษณะของการวิจารณ์ตนเองสูง เป็นการคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความทุกข์ใจ และอารมณ์ด้านลบ ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ การครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executives function) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการทำงานของสมองขั้นสูง⁷ เมื่อมีการครุ่นคิดจะขัดขวางกระบวนการประมวลผลของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่บริหารจัดการของสมองบกพร่อง^{8,9} นอกจากนี้ การครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย¹⁰ ซึ่งเป็นผลกระทบที่รุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังนั้น พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹¹ โดยแสวงหาวิธีการพยาบาลในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่การบริหารจัดการของสมอง เพื่อลดผลกระทบที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

จากแนวคิด การครุ่นคิด¹² หน้าที่บริหารจัดการของสมอง¹³ และสติบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า^{14,15} พบว่ามีความเชื่อมโยงกัน จากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาการครุ่นคิดด้านลบ เป็นผลจากการตอบสนองที่สูงต่อสิ่งเร้าด้าน

อารมณ์ของสมองส่วนหน้าผาก ซึ่งเป็นโครงสร้างสำคัญของสมองเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานของสมองที่ซับซ้อน เช่น ความใส่ใจ ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ เป็นต้น ส่งผลให้มีความผิดปกติของอารมณ์ ทำให้เกิดการครุ่นคิดด้านลบ การครุ่นคิดที่เกิดขึ้นจะไปขัดขวางกระบวนการประมวลผลของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบกพร่อง การใช้สติบำบัดช่วยลดความเครียด ที่สะสมระหว่างวันทำให้การครุ่นคิดลดลง^{15,16} จึงไม่รบกวนหน้าที่บริหารจัดการของสมองสำหรับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สติบำบัดมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน¹⁷ เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ให้ความสำคัญทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลทางการพยาบาลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะจิตวิญญาณเป็นการล่วงรู้ถึงวิธีการในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข การมีทัศนคติในเชิงบวกต่อตนเอง และผู้อื่นที่ทำให้ชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความรัก¹⁷

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาระยะที่ 1 ของการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด¹⁸ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2565 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการครุ่นคิด และการประเมินหน้าที่การบริหารจัดการของสมอง วิเคราะห์ด้วย สถิติบรรยาย และสถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนครั้งดำเนินการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ในแต่ละกิจกรรมอยู่ในช่วง 40 - 50 นาที ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นโปรแกรมมีประสิทธิภาพลดการครุ่นคิดพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 2 ของการศึกษางานวิจัยเรื่องการพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในระยะเวลาที่ 1 กับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานของโรงพยาบาลศรีธัญญา การเปรียบเทียบดังกล่าวจะช่วยในการพิจารณาประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องและจำนวนข้อถูกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้แนวคิดในการวิจัย ดังนี้ แนวคิดการครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹² แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง¹³ แนวคิดสติบำบัด^{14,15} ทฤษฎีการดูแลมนุษย์¹⁷ และที่สอดคล้องกับการใช้สติเพื่อเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณของบุคคลโดยนำปัจจัยการดูแลบูรณาการในทุกกิจกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โปรแกรมประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก เป็นการดำเนินกลุ่มของพยาบาลเพื่อช่วยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ด้วยความรักความปรารถนาดีต่อกัน โดยจะใช้แนวคิดนี้เป็นน่านการพยาบาลในทุกกิจกรรมช่วยให้สมาชิกเปิดเผยหรือแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา ครั้งที่ 2 การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ ด้วยการรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่องส่งผลให้หยุดคิด ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายจากอารมณ์และความเครียด ส่งผลให้ลดการครุ่นคิด ครั้งที่ 3 การฝึกสติพื้นฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยฝึกจดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่ทำ โดยการรู้ในกิจกรรมที่ทำ และรู้ลมหายใจไว้บางส่วนเพื่อบำรุงความเป็นปัจจุบัน ไม่ไปอยู่ที่การครุ่นคิดของตนเอง ครั้งที่ 4 การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก เป็นการฝึกสติในการสังเกตความรู้สึกทางร่างกายจากปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความคิดลบ ฝึกจิตให้ว่องไวต่อความรู้สึกบนร่างกาย ด้วยการพินิจความรู้สึกที่รุนแรง (Focusing) โดยไม่ต้องตอบโต้ เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง การเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปของ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น แทนที่จะไปอยู่ที่ความครุ่นคิด ครั้งที่ 5 การฝึกสติปล่อยวางความคิด เป็นการมีสติดูความคิดลบด้วย การติดป้ายความคิด (Labeling) สังเกตการเกิดดับของความคิด จะพบว่าธรรมชาติของความคิดเป็นเพียงกระแสความคิด ถ้าเรามีสติก็จะเห็นความคิดเกิดขึ้นมาและหายไปอย่างรวดเร็ว ช่วยให้แยกความคิดกับความเป็นจริงได้ ครั้งที่ 6 การฝึกสติเมตตา เป็นการฝึกเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ด้วยจิตสงบและปล่อยวางจะช่วยขยายความรักความปรารถนาดีต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ดีขึ้น ช่วยลดการครุ่นคิดจากปัญหาปฏิสัมพันธ์ ส่งผลให้ลดการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองดีขึ้น รวมถึงอาการของโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1

โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด

- ครั้งที่ 1** การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก วัตถุประสงค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยความรัก บรรณาณัติที่มีต่อกัน
- ครั้งที่ 2** การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ วัตถุประสงค์ ฝึกหยุดความคิดด้วยการรับรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง
- ครั้งที่ 3** การฝึกสติพื้นฐาน วัตถุประสงค์ ฝึกให้รู้ตัวด้วยการรู้ในกิจกรรมที่ทำ และรู้ลมหายใจบางส่วน เพื่อคงความเป็นปัจจุบัน
- ครั้งที่ 4** การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก วัตถุประสงค์ ฝึกการมีสติอยู่กับความรู้สึกบนร่างกาย ด้วยการพินิจความรู้สึก
- ครั้งที่ 5** การฝึกสติปล่อยวางความคิด วัตถุประสงค์ ฝึกการติดป้ายความคิด เห็นความคิดและการหายไปของความคิดที่เกิดขึ้น
- ครั้งที่ 6** การฝึกสติเมตตา วัตถุประสงค์ เพื่อให้เมตตาต่อตนเองและผู้อื่นช่วยให้ยอมรับตนเองและผู้อื่นส่งผลให้จิตใจสงบและปล่อยวาง

- การครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- หน้าที่บริหารจัดการของสมอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะที่ 2 ของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึง พฤษภาคม 2566

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.xx-F3.-xx) ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึง พฤษภาคม 2566

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีรหัสการวินิจฉัยโรค F32 และ F33 2) อายุระหว่าง 20-59 ปี เพศชายและเพศหญิง 3) คะแนนการครุ่นคิด ≥ 48 คะแนน 4) คะแนนแบบประเมินสติ ≤ 30 คะแนน 5) ระดับอาการซึมเศร้ารุนแรง เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ร่วมมือหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรุนแรง 3) บกพร่องด้านภาษาพูดสื่อสารไม่เข้าใจ 4) มีโรคร่วมทางจิตเวช กลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับ การรักษาด้วยยาร่วมกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับวิธีมาตรฐานคำนวณขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม¹⁹ เท่ากับ 46 คนต่อกลุ่ม

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือประกอบด้วย 1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1.2) แบบประเมินการครุ่นคิดประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงฉบับภาษาไทย Cronbach's alpha 0.90 คะแนนสูงสุด 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีการครุ่นคิดมาก²⁰ 1.3) การทดสอบหน้าที่บริหารจัดการสมองจำนวน 2 ชุด ชุดที่หนึ่งใช้ชุดทดสอบเบิร์ก (Berg's Card-Sorting Test, PEBL) พิจารณาจากค่าคะแนนความผิดพลาดหรือข้อผิดพลาดแบบต่อเนื่อง²¹ ค่าสัมประสิทธิ์ .66 ถึง .75 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .70 ชุดที่สองใช้ชุดทดสอบสตรูปทาสก์ (Thai-Stroop Task)²² ค่า ICV เท่ากับ 1.00 พิจารณาจากคำตอบที่ถูกต้อง 1.4) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานสติบำบัด¹⁸

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 ท่าน จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องโรคซึมเศร้า 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความ

ตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยเครื่องมือไม่มี
การปรับแก้จึงไม่ได้หาค่าความเที่ยงซ้ำ ส่วนโปรแกรมมีการแก้ไข
ตามที่คุณครูคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณหาค่าความสอดคล้อง
(IOC) ได้ระหว่าง 0.6 – 1.0¹⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่
และร้อยละเมื่อข้อมูลเป็นข้อมูลแจกแจง (Categorical data)
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง
2) เปรียบเทียบคะแนนการครุ่นคิด คะแนนการทำผิดซ้ำหรือ
ข้อผิดพลาดแบบต่อเนื่อง ค่าตอบที่ถูกต้อง ของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรม
โดยทดสอบค่าสถิติ Repeated measured ANOVA กำหนด
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาคั้งนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เรื่อง การพัฒนาและผลของ
โปรแกรมพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิด
และหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยนำ
เสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่
ใบรับรอง STY.CO.A 008/2565 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565
การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและอธิบายวัตถุประสงค์
และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมด้วย
การลงลายมือให้ความยินยอมในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมองผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
การพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน

ตัวแปร	ก่อนบำบัด		หลังบำบัด 1 เดือน		หลังบำบัด 3 เดือน		F	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
กลุ่มทดลอง การครุ่นคิด	57.67	7.17	36.52	7.59	22.87	1.11	182.06	.00*
(n = 46) ความผิดซ้ำ	24.09	3.24	18.80	2.07	17.13	1.85	155.53	.00*
คำตอบที่ถูกต้อง	17.83	1.32	19.87	1.19	21.59	1.33	58.56	.00*
กลุ่มควบคุม การครุ่นคิด	57.54	6.39	50.28	3.34	49.46	5.19		
(n = 46) ความผิดซ้ำ	24.13	3.25	22.39	2.68	21.65	2.37		
คำตอบที่ถูกต้อง	17.98	1.02	18.04	1.94	18.26	13.44		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โครงการวิจัยซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิให้ความยินยอมหรือปฏิเสธ
การได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผย
ในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้
ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะที่ 2
ของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาและผลของโปรแกรมการ
พยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่
บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบ
การวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ
พยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่
บริหารจัดการของสมอง (คะแนนการทำผิดซ้ำหรือความผิด
พลาดอย่างต่อเนื่อง และคะแนนคำตอบที่ถูกต้อง) ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองเป็นเพศ
ชาย ร้อยละ 43.5 เพศหญิง ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 35.22 ปี
สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 45.7 ด้านการศึกษา
ส่วนใหญ่ประกาศนียบัตร ร้อยละ 32.8 นั้บถึศาสนาพุทธ
ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ร้อยละ 37.8 และระยะเวลา
การเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 62.2 ส่วนใน
กลุ่มควบคุมเป็น เพศชาย ร้อยละ 41.3 เพศหญิง ร้อยละ 58.7
อายุ เฉลี่ย 36.15 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 50.0
ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา ร้อยละ 39.1 นั้บถึศาสนา
พุทธ ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ร้อยละ 30.4 และระยะ
เวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 62.2

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ ไปแล้ว 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหรือความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ค่าเฉลี่ยจำนวนที่ถูกต้องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน แสดงถึงโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสามารถช่วยในการครุ่นคิดและ หน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไปแล้ว 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประเด็นอภิปราย 2 ประเด็นตามลำดับดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง 57.67 กลุ่มควบคุม 57.54 ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดหลังการทดลองเดือนที่ 1 กลุ่มทดลอง 36.52 กลุ่มควบคุม 50.28 และหลังการทดลอง 3 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของกลุ่มทดลอง 22.87 กลุ่มควบคุม 49.46 อภิปรายได้ว่า การดำเนินการตามโปรแกรมการพยาบาลดำเนินการกิจกรรมกลุ่มด้วยความรัก ความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจของพยาบาล เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลระหว่างบุคคล¹⁷ ครั้งที่ 1-6 ตั้งแต่การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก¹⁷ การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ^{14,15} การฝึกสติพื้นฐานส่งผลให้ไม่สะสมความเครียดระหว่างวัน^{15,16} การฝึกสติปล่อย

วางความรู้สึก การฝึกสติปล่อยวางความคิด ช่วยให้สามารถปล่อยวางความรู้สึกและความคิดได้^{14,15} และการฝึกสติเมตตาจะช่วยลดการครุ่นคิดเกี่ยวกับตัวเองและคนอื่น¹⁵ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าการฝึกสติช่วยให้การครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง¹² สรุปได้ว่า การบำบัดทางจิตโดยใช้สติบำบัดส่งผลให้ช่วยลดการครุ่นคิด เมื่อไม่มีการครุ่นคิดรบกวนจึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เช่น ความจำ สมาธิ ความใส่ใจ ความจดจ่อในสิ่งที่ทำของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าดีขึ้นเพราะไม่ถูกรบกวนจากการครุ่นคิด^{8,9}

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง โดยพิจารณาจากความวิตกกังวลหรือข้อผิดพลาดอย่างต่อเนื่อง และจำนวนคำตอบที่ถูกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฝึกสติช่วยพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้¹³ ผลดังกล่าวอาจเป็นผลจากการลดลงของการครุ่นคิด เมื่อการครุ่นคิดลดลงส่งผลให้ไม่รบกวนการทำหน้าที่ขอสมอง ส่งผลให้ความจำ สมาธิ ความใส่ใจ ความจดจ่อในสิ่งที่ทำดีขึ้น เมื่อทำการทดสอบการทำหน้าที่บริหารจัดการขอสมอง ที่ต้องใช้ความจำ สมาธิ ความใส่ใจ ในการทดสอบจึงสามารถทำการทดสอบจนการทำผิดลดลง และการตอบถูกดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการทำหน้าที่บริหารจัดการของสมองดีขึ้นดังกล่าว ส่วนในกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน หน้าที่บริหารจัดการของสมองยังไม่พัฒนาขึ้นเหมือนกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานการฝึกสติ¹³ ซึ่งช่วยพัฒนาหน้าที่การบริหารจัดการของสมองได้ดีขึ้น รวมถึงการฝึกสติช่วยลดการครุ่นคิด^{14,15} จึงไม่รบกวนการทำหน้าที่บริหารจัดการของสมอง สรุปได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสามารถช่วยในการครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไปแล้ว 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน และช่วยลดอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอีกด้วย¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดให้โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด

เป็นแนวทางสำคัญในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่
บริหารจัดการของสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลในโรงพยาบาล
จิตเวชควรพัฒนาและเรียนรู้ให้สามารถนำโปรแกรมการ
พยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ไปใช้เป็นแนวทางในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหาร
จัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่เพื่อให้เกิดประสิทธิผล
พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องผ่านการอบรมและได้รับการรับรอง
เป็นผู้บำบัดอิสระของกรมสุขภาพจิต จึงจะสามารถดำเนินงาน
ตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านวิชาการ การศึกษาระยะต่อไปควรเพิ่ม
จำนวนกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายพื้นที่มากขึ้น เพื่อดู
ประสิทธิผลของโปรแกรมเมื่อนำไปใช้ต่างบริบท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการคงอยู่ของการครุ่นคิด
และหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยซึมเศร้าหลัง
เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดในระยะ
6 เดือน – 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนของ
การครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยซึมเศร้า

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐาน
ของสติบำบัดในด้านการป้องกันการกำเริบและการกลับมาป่วย
ซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพราะเป็นวัตถุประสงค์หลักของ
การศึกษาของการศึกษาที่ผ่านมาว่าใช้ป้องกันการกำเริบและ
การกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

References

1. Zhang R, Peng X, Song X, Long J, Wang C, Zhang C, ... & Lee M. The prevalence and risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression in the general population. *Psychological Medicine*. 2023; 53(8): 3611-20.
2. Zhang L, Cai H, Bai W, Zou Y, Feng X, Li C., & Xiang T. Prevalence of suicidality in clinically stable patients with major depressive disorder during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*. 2022; 307: 142-48.

3. Ali S, Rhodes L, Moreea O, McMillan D, Gilbody S, Leach C, ...& Delgadillo J. How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour research and therapy*. 2017; 94: 1-8.
4. Sim K, Lau K, Sim J, Sum Y, & Baldessarini J. Prevention of relapse and recurrence in adults with major depressive disorder: systematic review and meta-analyses of controlled trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2016; 19(2): 1-13.
5. Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina A, & Ayuso-Mateos J. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological medicine* 2017; 47(3): 414-25.
6. Schwert C, Aschenbrenner S, Weisbrod M, & Schröder A. Cognitive impairments in unipolar depression: the impact of rumination. *Psychopathology*. 2017; 50(5): 347-54.
7. Vilamart K, Haenjohn J, & Sirithadakunlaphat S. Development of Program for Promoting Executive Functions of the Brain by Neuro-Linguistic Programming for Secondary School Students with Internet Addiction. *Journal of Royal Army Nurses*. 2021; 22(3): 237-46. (in Thai)
8. du Pont A, Rhee S, Corley P, Hewitt K, & Friedman P. Rumination and executive functions: Understanding cognitive vulnerability for psychopathology. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 256: 550-59.
9. Pan Z, Park C, Brietzke E, Zuckerman H, Rong C, Mansur R, & McIntyre R. Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS spectrums*. 2019; 24(1): 22-9.

10. Pu S, Setoyama S, & Noda T. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Scientific reports*. 2017; 7(1): 1-6.
11. Pliankerd P. Depressive disorder: Nurse's role in nursing care. *Journal of Royal Army Nurses*. 2021; 15(1): 18-21. (in Thai)
12. Cladder-Micus M, Becker E, Spijker J, Speckens A, & Vrijzen J. Effects of mindfulness- based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2019; 43(4): 666-78.
13. Amiri M, Rabiei M, & Donyavi V. Effectiveness of mindfulness training in enhancing executive function and decreasing symptoms of depression and anxiety in patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of behavioral and brain science*. 2016; 6(8): 329-36.
14. Segal V, Williams M, & Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Second Edition. New York: Guilford Publications; 2018.
15. Wongphiromsant Y. Manual of Mindfulness base counseling. Bangkok: Beyond Publishing; 2020. (in Thai)
16. Wongsakorn P, Bunthumporn N, & Soonthornchaiya R. The Effects of A Mindfulness Based Practice on Stress Among Inmates. *Journal of Royal Army Nurses*. 2018; 15(1): 269-78. (in Thai)
17. Puapan S. Caring for Suffering Patients with Human Minds: Application of Theory Watson's Human Care Part 1. *Nursing Science Journal Christian University*. 2015; 2(2): 139-50. (in Thai)
18. Puangladda S, Wasuwat S, & Budsuwan. The Development of Mindfulness-Based Nursing Program for Major Depressive Disorder. *Journal of Royal Army Nurses*. 2023; 24(1): 432-40. (in Thai)
19. Diggle P, Heagerty P, Liang K, Zeger S. Analysis of longitudinal data. 2nded. Oxford University Press.; 2002.
20. Thanoi W, Panitrat R, Phanchaoenworakul K, Thompson E, & Nityasuddhi D. The Adolescent Ruminative Response Scale (Thai version): Psychometric Properties. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2011; 29(3): 19-38.
21. Fox C, Mueller S, & Gray H, Raber J, Piper B. Evaluation of a short-form of the Berg Card Sorting Test. *PloS one*. 2013; 8(5): e63885.
22. Chuangchai W, & Siripakarn Y. Executive function training in connection with falls on elderly Thais. *Journal of population ageing*, 2019; 12(2): 137-49.

การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้าน ไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์จังหวัดนครนายก

The Development of Health Tourism in Ornamental Plant Village Khlong 15, Ongkharak District, Nakhon Nayak Province

พัชรภรณ์ ไชยสังข์* พิมอร แก้วแดง รัชพร ศรีเดช วรางคณา วงศ์อู๋

Phatcharaphan Chaiyasung* Pim-on Kaewdang Rutshaporn Sridet Warangkana Wong-oui

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12110

Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathumthani Thailand 12110

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าของกิจการที่มีร้านค้าในพื้นที่คลอง 15 ที่สนใจการจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรวมจำนวน 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เครื่องมือวิจัยในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบทดสอบวัดความรู้ด้านท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะการจัดการกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และ 3) โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ Paired t – test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีกิจกรรมการจัดทำเครื่องดื่มน้ำสมุนไพรและต้นไม้สมุนไพรแต่ยังไม่มีการจัดเป็นรูปแบบชัดเจน 2) ต้นแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 1 รูปแบบ คือ การท่องเที่ยวทางเรือมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทักษะการจัดรูปแบบจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.07, SD= 0.702)

ข้อเสนอแนะการพัฒนาควรเลือกรูปแบบการจัดการโดยชุมชนเพื่อให้ชุมชนได้พัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, พื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15

Corresponding Author: *E-mail: Phatcharaphan_C@Rmutt.ac.th.

ได้รับทุนวิจัยงบเงินอุดหนุนเงินงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม(ววน)”ประจำปีงบประมาณ 2565

วันที่รับ (received) 27 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 มิ.ย. 2566

Abstract

This research and development aim to develop health tourism in Ornamental plant village Khlong 15, Nakhon Nayok Province. The sample group is including community leaders, public health volunteers, and business owners who have shops in Khlong 15 and are interested in managing health tourism sites total 50 participants. Purposive sampling was used to select the sample according to the criteria. The research tools for data collection were 1) The questionnaire is divided into 3 parts were, Part 1: a health tourism knowledge test, Part 2: a skill assessment form for organizing activities to be a tourist attraction, Part 2: a questionnaire for the satisfaction of community leaders in participating in the activities, 2) an in-depth interview form management of health tourism, 3) a program for developing community leaders' potential in organizing a health tourism. Quantitative data analysis using percentage, mean, standard deviation statistics, and paired t-test by setting the significance level at 0.5. Qualitative data were analyzed by the content analysis method. The research tools were 1) a program for developing community leaders' potential in organizing a health tourism, 2) a health tourism knowledge test, 3) a skill assessment form for organizing activities to be a tourist attraction, 4) a questionnaire for the satisfaction of community leaders in participating in the activities, and 5) an in-depth interview form management of health tourism. Quantitative data analysis using percentage, mean, standard deviation statistics, and paired t-test by setting the significance level at 0.5. Qualitative data were analyzed by the content analysis method. The research results were found: 1) The health tourism model in Ornamental plant village Khlong 15 has activities to produce healthy drinks, herbal water, and a herb plant, but it is not yet clearly categorized into a model, and 2) There is prototype one health tourism route, which is a one-day round-trip boat tour with health promotion activities. In addition, 3) after engagement in the program of developed community leaders' potential in organizing health tourism sites, the sample group had knowledge and skills in organizing activities for a health tourism attraction statistically significantly higher than before ($p < .05$). Furthermore, the overall satisfaction of the participants in the project was at a high level (Mean = 4.07, SD = 0.702).

Suggestion: Development should choose a community-based management model so that the community can develop activities that are appropriate to the community's context, To achieve sustainable development at the community level.

Keywords: health tourism, Ornamental plant village Khlong 15

บทนำ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) เป็นการท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากกระแสความใส่ใจในด้านสุขภาพของคนในปัจจุบัน ทำให้บุคคลสนใจที่จะทำกิจกรรมการท่องเที่ยวหรือการพักผ่อนควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพ เศรษฐกิจเชิงสุขภาพของโลก (Global wellness economy) สามารถสร้างรายได้ในตลาดโลกโดยมีมูลค่าประมาณ 124 ล้านล้านบาท ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศไทย 9,000 เท่า (Growth

domestic product :GDP) นอกจากนี้อัตราการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของโลกในปี 2017 ได้เติบโตขึ้นจากปี 2016 ร้อยละ 10.6 และยังคงมีแนวโน้มที่จะเติบโตยิ่งขึ้น¹

หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ใกล้เมืองกรุงเทพฯ ปัจจุบันได้พัฒนาปรับเปลี่ยนท้องทุ่งนาให้เป็นแปลงปลูกไม้ดอกไม้ประดับ² และขยายพื้นที่ปลูกจนพื้นที่สองฟากฝั่งถนนคลอง 15 หนาแน่นด้วยพันธุ์ไม้ดอกไม้ประดับนานาชนิด จุดเด่นของหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภองครักษ์

จังหวัดนครนายก คือ เป็นที่รวบรวมพันธุ์ไม้ดอกไม้ประดับ
หลากชนิดนานาพรรณ ซึ่งนับว่าเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่ใหญ่
ที่สุดในประเทศ ตลอดจนมีแหล่งน้ำธรรมชาติและที่มนุษย์
สร้างขึ้น จนทำให้เกิดความหลากหลายของแหล่งท่องเที่ยว
จากการสำรวจรายงานว่า มีผู้คนเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวน
มากต่อสัปดาห์ มีเงินทุนหมุนเวียนนับร้อยล้านบาทต่อเดือน
เป็นแหล่งรวบรวมผู้ซื้อผู้ขายต้นไม้ที่ใหญ่ที่สุดในเขตกรุงเทพ
ปริมณฑล และต่างจังหวัด อีกทั้งได้รับการส่งเสริมให้เป็น
สถานที่ท่องเที่ยว ในอนาคตยังมีแนวโน้มเป็นแหล่งที่มีผู้
ประกอบการค้าและผู้ซื้อสินค้าให้ความนิยมไม่น้อยกว่าที่ใด
ในประเทศ³

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและ
การศึกษาที่ผ่านมา ด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทยมีภาพ
ลักษณ์ ที่โดดเด่น คือธรรมชาติทำให้เกิดการท่องเที่ยวด้าน
การท่องเที่ยวทางธรรมชาติ (Natural Tourism) และความมีชื่อเสียง
ด้านการบริการสุขภาพและการแพทย์ ทำให้เกิดการ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ⁴ การเดินทางท่องเที่ยวไปยังแหล่งท่องเที่ยว
ที่สวยงามทางธรรมชาติและวัฒนธรรม โดยมีแรงจูงใจ
เพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับ
การทำกิจกรรมส่งเสริมหรือบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพต่าง ๆ
การมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่นำเอาภูมิปัญญาไทยด้านการดูแลสุขภาพ
แบบดั้งเดิมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการบริการ เช่น
การนวดไทย การดองเส้น การประคบหรืออบสมุนไพรไทย
การรับประทานสมุนไพรไทย แหล่งท่องเที่ยวเชิงส่งเสริม
สุขภาพหลายแห่งยังมีการให้บริการแบบครบวงจร ตั้งแต่การ
บริการที่พักแบบโฮมสเตย์ การนำเที่ยวโดยมัคคุเทศก์ท้องถิ่น
การบริการอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ การบริการกิจกรรม
การผ่อนคลายสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชาวบ้านและ
ภูมิปัญญาท้องถิ่น อีกทั้งยังมีการบริการที่เป็นมิตร มีอัธยาศัย
ไมตรี มีน้ำใจ มีความเป็นไทย (Thainess) และมีการต้อนรับที่
อบอุ่น (Hospitality) ที่ดี⁵

ผู้วิจัยมองเห็นประโยชน์และความยั่งยืนที่จะเกิด
กับชุมชนหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์
จังหวัดนครนายกจากแนวคิดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
(Health Tourism) เป็นการท่องเที่ยวควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพ¹
และแนวทางเพิ่มศักยภาพของชุมชน (community
potential) นำมาใช้ในการจัดกิจกรรม 1) เครื่องดื่มสุขภาพน้ำ
ดื่มสมุนไพร 2) ศูนย์สปาและรีสอร์ทบ้านดิน และ 3) ออกแบบ
เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งตั้งอยู่ที่ตลาดไม้ดอกไม้

ประดับที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย ตั้งอยู่ที่ ถนนรังสิต-องครักษ์
(คลอง 15) หรือถนน ทล.305 ต.คลองใหญ่ อ.องครักษ์
จ.นครนายก สถานที่แห่งนี้ถูกจัดให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว
เชิงเกษตรที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว Unseen
Thailand ประจำจังหวัดนครนายกโดยกระทรวงการท่องเที่ยว
และกีฬา⁶ การพัฒนาคนในท้องถิ่นเพื่อเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์
ด้านการเกษตรอาหารด้วยการแปรรูป พัฒนาระบบการ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย
รวมถึงสร้างความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของ
กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นภายในการดำเนินงานของโครงการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้าน
ไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก
เป็นอย่างไร

2. เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และโปรแกรม
การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยว
เชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์
จังหวัดนครนายกเป็นอย่างไร

3. ด้านความรู้เกี่ยวกับด้านท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
และทักษะการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์
จังหวัดนครนายกเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์
จังหวัดนครนายก

2. เพื่อออกแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
และโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัด
แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15
อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับด้านท่องเที่ยว
เชิงสุขภาพ และทักษะการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยว
เชิงสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15
อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

สมมติฐานการวิจัย

1. หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกมีรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
2. เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก
3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับด้านท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และทักษะการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

วิธีการดำเนินการวิจัย

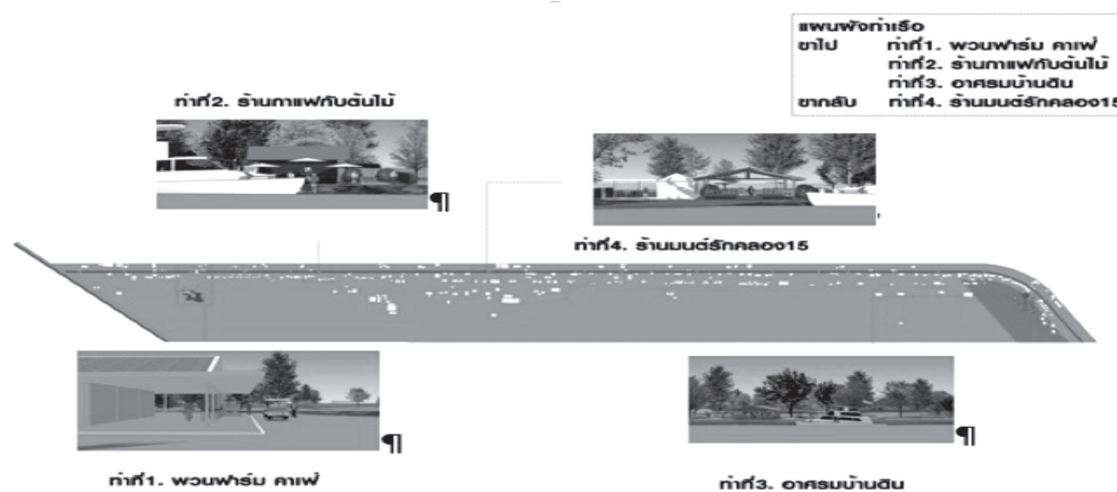
การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาในชุมชนหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 จังหวัดนครนายก อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

การดำเนินงานการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา⁷ 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษารูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา⁸ การเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัยเพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล และการบันทึกข้อมูลเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการ

ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด 1) รูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกเป็นอย่างไร และ 2) เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกเป็นอย่างไร ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 พัฒนาออกแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ด้วยแบบสนทนากลุ่ม (Focus group)⁹ ใน 2 ประเด็น คือ รูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กับผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบกิจการริมคลอง 15 เพื่อวางแผนออกแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15

2.1 การออกแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 จังหวัดนครนายก ชัดความสามารถในการรองรับของพื้นที่มีขีดจำกัดการเข้าถึงพื้นที่ของนักท่องเที่ยว การท่องเที่ยวทางเรือจะสามารถแก้ปัญหาการจราจรติดขัด ได้เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพวัฒนธรรมวิถีคลองหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15

2.2 พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เริ่มจากการวางแผนการวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากแนวคิดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) เป็นแนวคิดทฤษฎีการท่องเที่ยวควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพ¹ และแนวทางเพิ่มศักยภาพของชุมชน (community potential)¹⁰ เพื่อมาประยุกต์เป็นกรอบเนื้อหาของโปรแกรมตามแนวคิดพัฒนาโปรแกรม⁷ กำหนดโครงสร้างกิจกรรมตามเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยเป็นการท่องเที่ยวที่มีจิตสำนึกต่อการส่งเสริมและ

รักษาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพิ่มเดิมความรู้ ความสามารถ และความพร้อมของประชาชนในชุมชน ด้านบริหารการจัดการด้านการพึ่งตนเอง การพัฒนาตนเองรู้จักและเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนอย่างถ่องแท้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพวัฒนธรรมวิถีคลองมีกิจกรรม 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการฝึกอบรมให้ความรู้การจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2) กิจกรรมฝึกทักษะปฏิบัติการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และ 3) กิจกรรมนำเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมที่จะไปจัดในชุมชน ใช้เวลา 5 สัปดาห์ รวม 5 ชั่วโมงดังนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม
กิจกรรมที่ 1 การฝึกอบรมให้ความรู้การจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสร้างความเข้าใจเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) และหาวิธีปรับปรุงชุมชนและร้านค้าในหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 เพื่อต้อนรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง	1.1 การสร้างสัมพันธภาพด้วยกระบวนการกลุ่ม และส่งเสริมความเข้าใจเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) พิจารณาทางเลือกในการจัดการปรับปรุงร้านค้าให้มีเอกลักษณ์และส่งเสริมในการดูแลสุขภาพนักท่องเที่ยว ใช้เวลา 35 นาที 1.2 ให้ตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการร้านค้าตนเอง และจัดพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 เป็นที่ต้อนรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ใช้เวลา 15 นาที 1.3 มีอาจารย์ประจำกลุ่ม ส่งเสริมและแนะนำความรู้ที่ถูกต้อง ใช้เวลา 10 นาที
กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะปฏิบัติการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วยการทดลองปฏิบัติการคิดรูปแบบหน้าเว็บไซต์ พัฒนาตนเองในด้านแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน และฝึกคิดรูปแบบในการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพส่งเสริมทักษะจัดกิจกรรมในชุมชนของผู้เข้าอบรม ใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง	2.1 แนะนำการพัฒนาการนำเอาประโยชน์ของเทคโนโลยีมาใช้ เช่น Social Network (สังคมออนไลน์) Mobile Application ในการสร้างเว็บไซต์ให้ใช้งานง่ายและน่าดึงดูดมากขึ้น โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 50 นาที 2.2 แนะนำแนวทางการดูแลนักท่องเที่ยวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใช้เวลา 30 นาที 2.3 แนะนำการคิดรูปแบบในการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที 2.4 อาจารย์ประจำกลุ่มให้คำปรึกษาและชี้แนะการคิดรูปแบบกิจกรรม ใช้เวลา 10 นาที
กิจกรรมที่ 3 นำเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมที่จะไปจัดในชุมชนร้านค้าของผู้ประกอบการร้านค้า ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น ด้านธุรกิจการท่องเที่ยว ด้านการจัดการจุดพักการท่องเที่ยว ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น ใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง	3.1 จัดเวทีการนำเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพวัฒนธรรมวิถีคลองผู้เข้าอบรมคิดขึ้น เพื่อนำไปจัดที่ชุมชนของตนเอง ใช้เวลา 90 นาที 3.2 อาจารย์ประจำกลุ่มให้คำปรึกษาและชี้แนะการนำเสนอกิจกรรม พร้อมทั้งบอกทางในการแก้ไขกิจกรรมที่ผู้นำชุมชนนำเสนอใช้เวลา 30 นาที

นำเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และโปรแกรม
การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้
ประดับคลอง 15 ส่งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความครอบคลุม
ถูกต้องเหมาะสม และประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา
ในแต่ละกิจกรรมและวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.98 และนำแนวทาง
การออกแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และโปรแกรมพัฒนา
ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วนำไปศึกษานำร่อง (Pilot Study)
กับผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบ
กิจการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 10 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุม
ของกิจกรรมในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้
ดอกไม้ประดับคลอง 15 ที่จะใช้ในการสอนและทดลอง

ระยะที่ 3 ขั้นตอนทดลองใช้สอบโปรแกรมการพัฒนาการ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15
ที่ใช้เส้นทางท่องเที่ยวที่ออกแบบมาจากระยะที่ 2

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการทดลองไปทดลองใช้กับ
ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบ
กิจการ ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2565

ระยะที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วม
โปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้
ดอกไม้ประดับคลอง 15 หลังสิ้นสุดโปรแกรมกิจกรรม 5 สัปดาห์
แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์
ข้อมูลทางสถิติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้นำชุมชน 12 คน อาสาสมัคร
สาธารณสุข 8 คน และประชาชนที่สนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
30 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ริมคลองหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับ
คลอง 15 รวมทั้งสิ้น 50 คน

การวิจัยนี้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม
G*Power ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ
.50 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภท
ที่หนึ่ง (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) เท่ากับ 0.95
(Df = 44) ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มเท่ากับ 45
และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย
ของข้อมูลทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน¹¹ ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่ม
ตัวอย่างที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข
และเจ้าของกิจการที่มีร้านในคลอง 15 ที่สนใจในการเข้าร่วม
กิจกรรม “การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้าน

ไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15” การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง
แบบเฉพาะเจาะจงโดยโดยมีป้ายประชาสัมพันธ์ (ทางออนไลน์)
ที่เว็บเพจของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบล
และองค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหญ่ อำเภอองครักษ์
จังหวัดนครนายก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
(Purposive Sampling) พิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า
(Inclusions Criteria) 1) ยินดีสมัครใจ และเต็มใจในการเข้า
ร่วมการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ
(Informed Consent Form) 2) เข้าร่วมร่วมกิจกรรม
“การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้
ประดับคลอง 15” ครบทุกครั้ง 3) มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำ
ตัว และ 4) อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และเกณฑ์
การคัดออก (Exclusions Criteria) 1) มีปัญหาสุขภาพ หรือ
อาการเจ็บป่วย ที่ต้องรับการรักษา ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย
และ 2) เข้าร่วมการจัดกิจกรรมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
วัฒนธรรมวิถีคลอง หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับ คลอง 15
ไม่ครบทุกครั้ง

3.2 ดำเนินการทดลองใช้ตามที่ได้พัฒนาจากแนวคิด
ทฤษฎีการท่องเที่ยวควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพ¹ และแนวทาง
เพิ่มศักยภาพของชุมชน (Community potential)¹⁰

3.2.1 กำหนดให้กลุ่มทดลองได้รับประเมินด้วย
แบบทดสอบวัดความรู้ด้านแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ แบบวัด
ทักษะการจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิง
สุขภาพ

3.2.2 มีการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม
ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญดำเนินกิจกรรม กลุ่มละ 10 คน จำนวน
3 ครั้ง รวมทั้งหมด 5 กิจกรรม เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ณ สหกรณ์
ออมทรัพย์ และรีสอร์ทบ้านดิน ที่อยู่ในชุมชน และประเมินด้วย
เครื่องมือชุดเดียวกันเพิ่มประเมินความพึงพอใจของผู้นำชุมชน
ในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัด
แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องการจัดการท่องเที่ยว
เชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ผู้วิจัยสร้าง
แนวคำถามซึ่งพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่อง
การจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ⁸ จากนั้นนำแนวคำถามไปให้ผู้ทรง
คุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน
สถาปัตยกรรมศาสตร์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยว
และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทันทีในแต่ละคน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อช่วยให้นักวิจัยสามารถวิเคราะห์รูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้ สัมภาษณ์จำนวน 12 คน ซึ่งได้ทำการสัมภาษณ์จนข้อมูลมีความอิ่มตัว¹⁴

2. แบบทดสอบวัดความรู้ด้านแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัดความรู้การจัดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ¹³ เป็นคำถามให้เลือกตอบ (Multiple Choice Item) 4 ตัวเลือก จะมีข้อถูกเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0

3. แบบวัดทักษะการจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดกิจกรรมรูปแบบการจัดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ⁷ ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อวัดทักษะการจัดกิจกรรมของประชาชนการจัดกิจกรรมจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาของข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้นำชุมชนในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพวัฒนธรรมวิถีคลองหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ผู้วิจัยปรับจากแบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ⁵

การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาของข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.98 นำไปปรับปรุงแก้ไข นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้นำชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบด้านความรู้ใช้ (KR-20) ได้เท่ากับ 0.94 ส่วนด้านทักษะการจัดกิจกรรมใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี (COA No.07 RMUTT_REC No.Exp 07/65 วันที่ได้รับการรับรอง 2 มีนาคม 2565) มีเอกสารชี้แจงข้อมูลรายละเอียดของโครงการ การให้สิทธิถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมโครงการ และการรักษาความลับส่วนบุคคลโดย

นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอม จึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และ ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และทักษะการจัดกิจกรรมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ก่อนทดลอง หลังทดลอง โดยการทดสอบค่าที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ ($p < .05$)

ผลการวิจัย

1. การศึกษารูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปในพื้นที่วิเคราะห์รูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และกิจกรรมเชิงสุขภาพจาก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าของกิจการที่มีร้านในคลอง 15 จำนวน 12 ราย ได้ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ประเด็นเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยว ส่วนใหญ่บอกว่าที่ตั้งอยู่ไม่ไกลและหาง่ายเดินทางสะดวก มีรถโดยสารสาธารณะให้บริการในการเดินทางเพียงพอ เห็นด้วยที่จะจัดทำเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อเพิ่มนักท่องเที่ยวได้มากขึ้น แต่ขีดความสามารถในการรองรับของพื้นที่มีขีดจำกัดการเข้าถึงพื้นที่ของนักท่องเที่ยว การท่องเที่ยวทางเรือจะสามารถแก้ปัญหาการจราจรติดขัดได้ดี 2) ประเด็นเกี่ยวกับด้านคุณภาพของการบริการ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพวิถีคลอง ผู้ประกอบกิจการขาดความชำนาญด้านการดูแลและต้อนรับนักท่องเที่ยว หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องต้องมีการจัดการและวางแผนอย่างเป็นระบบ สรรหาบุคลากรที่มีความรู้ด้านการท่องเที่ยวการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเข้ามาพูดคุยและให้ความรู้กับผู้นำชุมชน ประชาชนและผู้ประกอบการในพื้นที่ 3) ประเด็นการพัฒนาร้านค้าและผลิตภัณฑ์ให้เข้ากับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อให้ธุรกิจท่องเที่ยวในพื้นที่เจริญเติบโต ผู้ประกอบการในพื้นที่ต้องมีการพัฒนาโดยเฉพาะด้านการบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการให้แก่นักท่องเที่ยวได้รับความพึงพอใจ ซึ่งเดิมในชุมชนจะมีกิจกรรม การแปรรูปเครื่องปั้นดินเผาทำตุ๊กตาสุนัข การแต่งต้นไม้สมุนไพรต่างๆ แต่ไม่รูปแบบที่เป็นรูปธรรม

2. ออกแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ประบอบด้วย 1) จากการสำรวจศักยภาพของสถานที่ เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยว ความมีชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับของนักท่องเที่ยว การบริหารจัดการและสิ่งแวดล้อม รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจชุมชนและสิ่งแวดล้อม พบว่าแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีศักยภาพ ความพร้อม ซึ่งเน้นกิจกรรมเชิงสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) สอดคล้องตามนิยาม และการแบ่งประเภทการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของงานวิจัย คือ แหล่งท่องเที่ยวประเภทสปา และการนวดสุขภาพ ประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพร ประเภทสถานออกกำลังกาย ชีวจักรยาน พายเรือ เดินป่า 2) การจัดเส้นทางและชุดรูปแบบกิจกรรมของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เนื่องจากขีดความสามารถในการรองรับของพื้นที่มีขีดจำกัดการเข้าถึงพื้นที่ของนักท่องเที่ยว การท่องเที่ยวทางเรือจะสามารถแก้ปัญหาการจราจรติดขัดได้ดี การออกแบบกิจกรรมจึงเป็นการเดินทางทางเรือ และมีกิจกรรมตามทำเรือ 4 ทำเรือ ระยะทางไป-กลับ 20 กิโลเมตร ใช้เวลา 1 วัน ดังนี้

ทำเรือที่ 1 เริ่มต้นกันที่ร้านพวน ฟาร์มคาเฟ่ นัคนักท่องเที่ยว 9.00 น. ตรวจ ATK แจกเจลแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แจกเสื้อชูชีพที่ติดเย็บจากผ้าม้าย้อมจากสีธรรมชาติ เพื่อรักษาความปลอดภัยให้นักท่องเที่ยวและดึงดูดให้นักท่องเที่ยวถ่ายรูปโพสต์ลงโซเชียลด้วยความแปลกตาของสีสนจากผ้าม้าย้อมเป็นการโปรโมทแหล่งท่องเที่ยวไปในตัว

ทำเรือที่ 2 นั่งเรือชมต้นไม้ตามฝั่งคลอง สูดอากาศยามเช้าที่สดชื่น ฟังไกด์บรรยายรายการที่จะท่องเที่ยวในวันนี้ เล่นเกมแจกรางวัลด้วยต้นไม้ที่ติดต่อสุขภาพ เช่น วานหางจระเข้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับด้านท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และทักษะการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 (n = 50 คน)

ตัวแปร/ระยะ	M	SD	t	P-value
ความรู้เกี่ยวกับท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	6.38	1.905	-8.833	0.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	8.58	1.247		
ทักษะการจัดกิจกรรมเชิงสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	57.00	13.39	-3.495	0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	63.78	9.412		

เปปเปอร์มิน และขึ้นรับประทานอาหารเช้าที่ทำเรือที่ 2 ร้านกาแฟกับต้นไม้ บรรยายอากาศของร้านร่มรื่นอยู่ท่ามกลางต้นไม้ และดอกไม้ประดับมากมาย ให้นักท่องเที่ยวเลือกน้ำ ขนมที่ดีต่อสุขภาพ และจัดทำในท้องถิ่น เช่น กาแฟผสมน้ำส้ม ชาดอกกุหลาบ ขนมปังปิ้งทาแยมมะยงชิด แยมมะม่วง และให้นักท่องเที่ยวเดิมชมต้นไม้ เลือกกลับบ้านได้ทำนละ 1 ต้น และสามารถเลือกซื้อได้ โดยที่ใช้ครายการส่งไว้กับไกด์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ทำเรือที่ 3 นั่งเรือชมต้นไม้ตามฝั่งคลอง ฟังไกด์บรรยายรายการที่จะเลือกดูแลสุขภาพในทำเรือต่อไป เล่นเกมทดสอบสมรรถนะร่างกาย แจกรางวัลการใช้กิจกรรมเชิงสุขภาพ ในทำเรือที่ 3 รีสอร์ทบ้านดินบริการการพักผ่อนท่ามกลางธรรมชาติ บ้านดินนั้นเป็นบ้านที่สร้างจากวัตถุดิบจากธรรมชาติ ทำให้ไม่มีสารเคมีตกค้าง รับประทานอาหารเช้าสุขภาพ เช่น ยาดอกไม้ต่าง ๆ เมี่ยงดอกบัว น้ำพริก กับผักสดปลอดสารพิษ และให้เลือกเด็ดผลไม้สด ๆ จากสวน เช่น ฝรั่ง มะม่วง มะยงชิด หลังจากรับประทานอาหารเสร็จ นักท่องเที่ยวจะได้ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น และเข้ากิจกรรมเชิงสุขภาพได้ตามที่ชอบหรือตามภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น พายเรือ สพานวดตัว นวดเท้า ชีวจักรยาน เดินป่าชมสวนต้นไม้ไทย ปลุกต้นไม้ ดูแลกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบล ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ทำเรือที่ 4 ขากลับนั่งเรือล่องกลับแวะรับประทานเบรกบ่าย เวลา 15.00 น. ที่ร้านมนต์รักคลอง 15 เป็นร้านกาแฟและเบเกอรี่สีขาวสไตล์มินิมอล ที่ทำเรือนี้จะได้จิบชาสมุนไพร ร้อน ๆ เช่น ชาัญญา กระท่อม มะลิ และได้รับเค้กจากผลไม้ประจำถิ่น เช่น เค้กหนามะยงชิด มะม่วง มะตูม และพร้อมทั้งแจกต้นไม้ที่ดูแลสุขภาพที่นักท่องเที่ยวเลือก และสั่งซื้อเพิ่มเติมจำหน่ายของที่ระลึกจากการผลิตของประชาชนในหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

3. ผลการทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.0 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 32.0 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 36.0 และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการจัดกิจกรรมรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ร้อยละ 86

พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับด้านท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และทักษะการจัดกิจกรรมการจัดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ระดับความรู้และทักษะการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับสูง

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 (n = 50 คน)

ข้อความ	M	S.D	ระดับ
1. รูปแบบกิจกรรมตอบสนองความต้องการของท่าน	3.92	0.695	มาก
2. กิจกรรมการเรียนรู้ทำให้เข้าใจง่าย	4.10	0.735	มาก
3. สื่อ/วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ กิจกรรมมีความเหมาะสม	4.20	0.808	มาก
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	3.98	0.654	มาก
5. เนื้อหาของกิจกรรม เหมาะกับระดับความรู้ความสามารถของท่าน	4.06	0.767	มาก
6. กิจกรรมส่งเสริมให้ท่านพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร การคิด และการแก้ปัญหาการจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับ คลอง 15	4.12	0.799	มาก
7. ท่านได้รับความรู้ ความเข้าใจและทักษะตามเนื้อหา และกิจกรรมการเรียนรู้ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับ คลอง 15	4.08	0.778	มาก
8. วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เหมาะสมกับเนื้อหา	4.12	0.773	มาก
9. ท่านมีความสนุกสนานในการทำกิจกรรม	4.02	0.820	มาก
10. ท่านนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการจัดกิจกรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับ คลอง 15 ได้	4.06	0.740	มาก
ภาพรวม	4.07	0.702	มาก

พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.07$, $SD = 0.70$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษารูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 พบว่าแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพประเภทสปา การนวดสุขภาพ และการดื่มชาสมุนไพร เป็นรูปแบบกิจกรรมซึ่งนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่สนใจ

สอดคล้องกับกับแนวโน้มของกระแสการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ นภาพกว้างที่มีความต้องการแสวงหาความสงบเงียบของสถานที่ รูปแบบการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโดยชุมชน พบว่า กิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพประเภทสปาและการนวดสุขภาพ เป็นรูปแบบ กิจกรรมที่นักท่องเที่ยวสนใจมากที่สุดอาจเนื่องเป็นจุดขายด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ^{13,15,16}

2. การออกแบบเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 จังหวัดนครนายก เนื่องจากขีดความสามารถในการรองรับของพื้นที่มีขีดจำกัดการเข้าถึงพื้นที่ของนักท่องเที่ยว การท่องเที่ยวทางเรือจะสามารถแก้

ปัญหาการจราจรติดขัด และเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
วัฒนธรรมวิถีคลองหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 สวยงาม
ด้วยดอกไม้ต้นไม้น้อยร่มรื่นตลอดเส้นทางโดยเลือกจัดโปรแกรม
แบบวันเดียว¹⁷ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยว
เชิงสร้างสรรค์อย่างยั่งยืนของชุมชนบ้านริมคลอง จังหวัด
สมุทรสงคราม ความคิดเห็นของนักท่องเที่ยว พบว่าส่วนใหญ่
ชื่นชอบการนั่งเรือชม วิถีทัศน์ริมคลองผีหลอก ภูมิทัศน์
สวนมะพร้าว หิ่งห้อย พิพิธภัณฑ์ มะพร้าว บ้านทรงไทยโบราณ
ภาคกลาง กลุ่มเบญจรงค์บางช้าง การทอดกฐินทางเรือ
หลีกเลี่ยงการใช้รถที่มีการจราจรที่ติดบนท้องถนนทั่วไป
และในเส้นทางท่องเที่ยวแต่ละท่าเรือมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ที่เหมาะสมกับสุขภาพของนักท่องเที่ยว เช่น อาหารผักสดปลอด
สารพิษ ผลไม้สด ๆ จากสวน ส่วนกิจกรรมเชิงสุขภาพได้ตามที่
ชอบ หรือตามภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น พายเรือ สพานวด
ตัว เดินป่าชมสวนต้นไม้ไทย จัดโดยประชาชนในพื้นที่สอดคล้อง
กับงานวิจัย การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ
วิถีพุทธของผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพ
คือ อาหารสุขภาพ ออกกำลังกายสร้างสุขภาพ
อาจเนื่องมาจากบริบทอาหารในกระแสปัจจุบันเป็นการบริโภค
เพื่อรักษาสุขภาพของผู้บริโภค¹⁸

3. หลังการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาการจัด
แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่หมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับ
คลอง 15 ทั้งด้านความรู้ด้านการจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิง
สุขภาพ และด้านทักษะการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยว
เชิงสุขภาพ และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก
เนื่องจากขึ้นออกแบบโปรแกรมใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ
ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบ
กิจการริมคลอง 15 จากการสนทนากลุ่มจึงได้โปรแกรม
ที่เหมาะสมและเป็นไปตามต้องการของผู้ใช้งานจริง ซึ่งเป็น
ผลดีและเป็นต้นแบบให้ชุมชนอื่น สอดคล้องกับการใช้การ
สนทนากลุ่ม ค้นหาอัตลักษณ์วัฒนธรรมท้องถิ่นมาพัฒนารูปแบบ
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย¹³

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ
ประเภทของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพน้อยกว่าข้ออื่น ดังนั้น
จึงควรสร้างความเข้าใจและให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่อง
ดังกล่าว ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและนำเสนอต้นแบบ
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับการทำ
ธุรกิจด้านสุขภาพในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาวิธีการอบรมการจัดโปรแกรม
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในรูปแบบของการจัดการโดยชุมชน
เพื่อให้ชุมชนได้พัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน
เอง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับชุมชนต่อไป

References

1. Yeung, Ophelia, Johnston, Katherine, & Callender, Tonia. Global wellness tourism economy. Miami, FL: The Global Wellness Institute (GWI); 2018.
2. Lertsiri S., Tongdeelert P. Factors affecting decision making in ornamental plant purchasing of consumer in ornamental plant village, Khong 15 Nakhonnayok Province. Agricultural Science Journal. 2011; 42(2): 617-20. (in Thai)
3. KongKeaw S., Lertpanich K., Aranyavalai V. & Popan. A. Need of media for Public Relation in Agricultural-Tourism at Flower Ornamental Plant Village, Khlong 15, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. King Mongkut's Agricultural Journal. 2018, 36 (1): 12-20. (in Thai)
4. Peeraschaik I., Sangpikul A. Tourist experiences of health tourism at natural hot springs affecting Thai tourists' satisfaction in Thong Pha Phoom, Karnchanaburi Ptovince. Journal of Karnchanaburi Rajabhat University. 2021; 10(2): 223-34. (in Thai)
5. Chanatup S., NRaksayot N., Phudphuek N. Health Tourism Management: A Case Study of Thasathon Hot Spring Sub-district, Phunphin District, Surat Thani Province. Journal of Management Sciences. 2021; 8 (1): 61-80. (in Thai)

6. Ministry of Tourism and Sports. National Tourism Development Plan 2017-2021. Bangkok. Ministry of Tourism and Sports; 2017. (in Thai)
7. Phothiprueksanan N. Research methodology. principles and concepts Techniques for writing a research report. Bangkok. Extra Net, Co., Ltd; 2019. (in Thai)
8. Graneheim, U. H. & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurseeducation today. 2004; 24(2): 105-12.
9. Urwongse K. Focus Group Discussion: Effective Qualitative Data Collection Technique. STOU Education Journal 2019; 12(1): 17-30. (in Thai)
10. Choosrichom A., Srirat P. & Saejen N. A Study of Potential Health Promotion Tourism: A Case Study at Hot Springs Parks, Wanghin Sub-District, Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. Silpakorn University Journal. 2015; 35(3): 91-114. (in Thai)
11. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A-G. Statistical power analyses using G*Power 3. 1 : Tests for correlation and regression analyses. 2009, Behavior Research Methods, 41; 1149-60.
12. Kammanid S. Health Tourism Management Model: A Case Study of Muang District Mae Hong Son Province. Chiang Mai, Chiang Mai Rajabhat University; 2018. (in Thai)
13. Urwongse K. Focus Group Discussion: Effective Qualitative Data Collection Technique. STOU Education Journal. 2019; 12(1): 17-30. (in Thai)
14. Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qualitative Health Research. 2016, 26(13); 1753-60
15. Wongpratum N. & Phumvitchuvet D. The Health Tourism Management Model for Community Based on the King's Philosophy. Journal of Arts Management 2021, 5(2); 299-311. (in Thai)
16. Chantatup S , Raksayot N. & Nongluck Phudphuek. Health Tourism Management: A Case Study of Thasathon Hot Spring Sub-district, Phunphin District, Surat Thani Province. Journal of Management Sciences. 2021, 8(1); 61-80. (in Thai)
17. Pattarapothiwong K., Punyawutpreeda P., & Supabhato P. Health care tourism Promotion through the local wisdom of yai cha community sampran district, Nakhonpathom province. Journal of MCU Buddhapanya Review. 2021; 6(2): 145-55. (in Thai)
18. Vichean U., Sornjaeng U. & Boonrasri J. Development of the Modification Model of Buddhist Health Care for the Elderly Chachoengsao Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3): 80-8. (in Thai)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความทางการแพทย์พยาบาลและบทความในสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ หรือบทความอื่นที่น่าสนใจ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลทหารบก ทั้งนี้ มีข้อตกลงในการส่งบทความเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้

1. บทความที่ส่งเพื่อการตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งตีพิมพ์อื่นๆ ในเวลาเดียวกัน
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว จะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบก
3. ผู้เขียนชำระเงินค่าตีพิมพ์ตามที่วารสารกำหนด
4. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์ ต้องแจ้งบรรณาธิการโดยตรงให้เร็วที่สุด ก่อนที่จะส่งให้ reviewer อ่าน หากบทความนั้นได้ผ่านการอ่านจาก reviewer แล้ว จะถอนคืนไม่ได้
5. ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณาทั้งภายนอก (external and internal review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านทางการแพทย์โดยเฉพาะ มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ อย่างน้อย 3 ท่าน ตอบบทความ (แบบ double-blinded)
6. หากท่านต้องการทราบว่าบทความที่ส่งมาแล้วอยู่ในขั้นตอนใด ท่านสามารถติดต่อสอบถามบรรณาธิการได้
7. หัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างใส่หมายเลขจริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับ 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
 - การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 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 และเมื่อบทความตีพิมพ์ท่านสามารถปรับบทความได้ทุกหน้า (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. เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาหรือบทความหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย 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

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เกลยภิตติ บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

โทร 081-3455771 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, boromrajonani 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
(ข้อบัญญัติวารสารพยาบาลทหารบก ธนาครทหารไทยหมายเลขบัญชี 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 หมายเลข จริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับจริยธรรมการวิจัยใช้เฉพาะบทความที่ส่งนี้เท่านั้นและยินยอมปรับแก้บทความ ที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารฯ ต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

1. (ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม

2. (ตัวบรรจง).....

3. (ตัวบรรจง).....

4. (ตัวบรรจง).....

5. (ตัวบรรจง).....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

...../...../.....