



วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566 Vol.24 No. 3 September-December 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 ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด

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

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

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

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566 บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้นและหลากหลายและได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่หลากหลายสถาบัน บทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) วารสารพยาบาลทหารบกเป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทความวิชาการ การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคโควิด-19 : กรณีศึกษา ความสำคัญของวิสัยทัศน์พยาบาล ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยท่าผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ปัญญาประดิษฐ์ - นวัตกรรมในงานการพยาบาล การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน : บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่ ต่อการควบคุมยาสูบอย่างยั่งยืน การประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการกรณีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลผู้สัมผัสอาหารมีผลเฉพาะเชื้อเซลล์โมเนลลา จากอุจจาระเป็นบวก การประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล: การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขัง การใช้มอร์ฟินและกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลมารดาและทารก

บทความวิจัย การศึกษาความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา การวิเคราะห์องค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ ผลของโปรแกรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกระทำความรุนแรงทางไซเบอร์ ผลของการเตรียมความพร้อมรายวิชาการผดุงครรภ์ ในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ อำนาจในการทำนายประสบการณ์การมี อาการและกลวิธีการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถาบันโรคทรวงอก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย เพื่อการบ่งชี้ผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน : กรณีศึกษาในพนักงานที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ให้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ผลของการใช้มือจำลองโอบตัวทารกต่อการตอบสนองความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณ ส้นเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนด ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมที่มีผลต่อการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดความเหนื่อย ล้าของพยาบาลวิชาชีพ : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี การพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงาน บริษัทเอกชนในจังหวัดราชบุรี ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดในะยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลและ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่ได้รับบริการด้วยเคมีบำบัด ผลของโปรแกรมออลิสต์ต่อความผาสุกทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น การพัฒนารูปแบบ การจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานในอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกในจังหวัดนครปฐม คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของ ครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ: การวิจัยแบบผสมวิธี การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ในหอผู้ป่วยจักษุ ปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผลของกลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application ต่อภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงคุณภาพ คุณภาพของบัณฑิตตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ บัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2563 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในยุควิถีใหม่เพื่อป้องกันและเสี่ยงโรคระบาด ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับ วัคซีนพื้นฐานภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยใช้ครอบครัวและชุมชน เป็นฐานในวิถีปกติใหม่ ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ และทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด .ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านครอบครัวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริง ต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วงการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณาถ้อยแถลง บทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทย ให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบัน การศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เกลือกิตติ

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

Contents

บรรณาธิการแถลง

การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคโควิด-19 :
กรณีศึกษา

จุฑามาศ พันธดี ชนินทร เกลี้ยงดา เกศศิริ วงศ์คงคำ
ความสำคัญของวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยทำ
ผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

ฉาณิสรา เมตตาพล ศรัณยา เฮงไพศาล

ศิริจรรยา จรรยาธรรม

ปัญญาประดิษฐ์ - นวัตกรรมในงานพยาบาล

รัฐยา คิมุระ พาพิรุณ น้อยตาแสง

พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล

การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน: บทบาทอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปณณทัต จันทนิข เวธกา วงษ์มณี

นารัก จุดาบุตร

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

ณัฐวิโรจน์ ชูดำ ศศินาภรณ์ โลหิตไทย

ณัฐินี ชั่วชมเกต

ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่
ต่อการควบคุมยาสูบอย่างยั่งยืน

ธนวัฒน์ รวมสุข พัทธภักดิ์ ไชยสังข์

ฤดี ปุบบางกระดี

การประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการกรณีเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลผู้สัมผัสอาหารมีผลเพาะเชื้อแซลโมเนลลาจาก
อุจจาระเป็นบวก

รวีภาส อักกะโชติกุล พลากร พนารัตน์

พริษฐ์ โพธิ์งาม

การประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล:
การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้

กุสุมา กังหลิ ณัฐธรรณ หลาวทอง

การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิสและ
ไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ดารินดา รอดชะ อัจฉรา ภักดีพิณิจ

เครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์

การใช้มอร์ฟินและกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ชนิดตา ปานทับทิม พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล

สุภาพรณ น้อยพิทักษ์

กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลมารดาและทารก

ฐิตาพร ศิริวัลย์ สุพรรณิกา ปานศรี

ดารินทร์ ศรีชุม

Chief Editorial

- 1 Holistic Palliative Care for Covid-19: A Case Study
Jutamart Pundee Chaninthorn Kiangda Kessiri
Wongkongkam
- 8 The Importance Role of Nurse Anesthetist for Co-
chlear Implantation
Chanisa Mettapol Saranya Hengphaisan
Sirijunya Junyatham
- 15 Artificial Intelligence - An Innovation in Nursing Care
Ratthaya Kimura Papiroon Noitasaeng
Phongthara Vichitvejpaisal
- 23 Strengthening the Community: Role of Village Health
Volunteer
Pannathat Chanpanit Weathaka Wongmanee
Narak Judabood
- 31 Competencies of Professional Nurses in the Hospital
Natthawirod Choodum Sasinaporn Lohitthai
Natthinee Chua Chomket
- 39 New Approach in Nursing Student Club creates a Smoke
- Free Thai Society to Sustainability of Tobacco Control
Tanawat Ruamsook Phatcharaphan Chaivasung
Rudee Pungbangkadee
- 46 Return to Work Assessment and Management of Hos-
pital Food Handlers with Positive Stool Culture for
Salmonella
Ravipas Akkachotikul Palakorn Panarat
Parit Phongam
- 57 Clinical Competency Assessment for Nursing Students:
Identifying Entrustable Professional Activities
Kusuma Kanglee Nuttaporn Lawthong
- 68 Developing a Proactive HIV Screening Service System
Syphilis and Hepatitis C in Prisoners Under the Pun Suk
Correctional Project
Darinda Rosa Achara Pakdeepinit
Kruatip Jantarathaneewat
- 76 The Use of Morphine and Marijuana for Patients in
Palliative Care
Chanitda Pantabtim Phongthara Vichitvejpaisal
Supaphan Noipitak
- 84 Conceptual Framework Quality Maternal and Newborn
Care
Thitaporn Siriwan Supunnika Pansri
Darin Srichum

สารบัญ

Contents

การศึกษาความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปิยรัตน์ ชีระเวชวงศ์ วาสิณี วิเศษฤทธิ์	94	A Study of Cultural Intelligence of Registered Nurses in General Hospitals under The Ministry of Public Health Piyarat Theerawetchawong Wasinee Wisesrith
ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของ นักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช ชนากานต์ จินากุล นัยนา หนูนิล สายฝน เอกวางกูร	104	The Relationship between Type of Food Consumption and Nutrition Status in Primary School Student in Nakhon Si Thammarat Province Chanakan Jinakun Naiyana Noonil Saifon Aekwarangkoon
การวิเคราะห์องค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแล ผู้สูงอายุ สยมพร พูนมัน อารี ชิวเกษมสุข สุภมาส อังศุโชติ	112	Factor Analysis of Resilience in Nurses Caring for Older Persons Sayumporn PhoonmanAree Cheevakasemsook Supamas Angsuchot
ผลของโปรแกรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ สุนิชา เชือกทอง ชมชื่น สมประเสริฐ ปริยศ กิตติธีระศักดิ์	123	The Effects of a Positive-Emotion-Enhancing Program on the Happiness of the Elderly Sunisa Chuaktong1 Chomchuen Somprasert Priyoth Kittiteerasack
การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่าน สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก สำหรับ นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศิริพร สว่างจิตร์ นัยนา วงศ์สายตา กุสุมา กังหลี นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ ดารินทร์ ศรีชุม ธนัษพร ธชิพันธ์	133	Development of Learning Nursing Skill Program via Digital Media to Encourage Clinical Judgement among the Second Year Nursing Students of The Royal Thai Army Nursing College Siriporn Sawangchit Naiyana Wongsaita Kusuma Kanglee Nuntikan Klinchet Darlin Srichum Thanatchaporn Thacheephan
ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ถูกระรานทางไซเบอร์ อัญชลี จีรัตน์ นุชนาถ บรรทมพร สารรัตน์ วุฒิอาภา	144	Factors Predicting Depressive Symptoms of Cyberbullying Victims in Middle-School Students Anchalee Jeerat Nuchanart Bunthumporn Sararud Vuthiarpa
ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมวิชาการผดุงครรภ์ ในการ สอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ละอองดาว วรรณฤทธิ์	153	The Effect of Midwifery Preparation Program for Nurse and Midwifery License Examination among Air Force Student Nurses La-Ongdao Wannarit
อำนาจในการทำนายประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีการ จัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน สถาบันโรคทรวงอก บัวชมพู เอกมาตร รังสิยา ไม้เจริญ ปวีร์กนต์ เพชรพิพัฒน์	162	The Predictive Power of Symptom Experience and Symptoms Management Strategies on Quality of Life among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Central Chest Institute of Thailand Buachompoo Ekkamart Rangsiya Phaicharoen Paveekun Phetphiphat
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ปวีณา ทักชีณาเจนกิจ จิราพร เกศพิชญวัฒนา	171	Facters Related to Stress of Caregiver in Dementia Patients Paweena Taksinachanekij Jiraporn Kespichayawattana

สารบัญ

Contents

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

พัชรี พรหมสุวงศ์ พัทยา แก้วสาร

นุสรุ ประเสริฐศรี

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนร่วมกับหูฟังประเภท
ไร้สายเพื่อการบ่งชี้ผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน: กรณี
ศึกษาในพนักงานที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัด
ชลบุรี

สุรพัศ ศิวาวุธ ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์

ศรีรัตน์ ล้อมพงษ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ปทุมรัตน์ เอกพจน์ สุรเดช สำราญจิตต์

มิ่งขวัญ ศิริโชติ

ผลของการใช้มือจำลองโอบตัวทารกต่อการตอบสนองความปวด
จากการเจาะเลือดบริเวณสันเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนด

ธัญพร ธชีพันธุ์ ทิพวัลย์ ดารามาศ

อัจฉริยา ปทุมวัน

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมที่มีผลต่อ
การเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดความเหนื่อยล้าของพยาบาล
วิชาชีพ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี

ณัฐนันท์ จำรูญสวัสดิ์ นันทพร ภัทรพุทธ

ศรีรัตน์ ล้อมพงษ์

การพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC รายวิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สุขอรุณ วงษ์ทิม

ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรค พยาธิ
ใบไม้ตบจังหวัดศรีสะเกษ

ภาคภูมิ สายหยุด สุทธิพร มุลศาสตร์

เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จาก
สถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงาน
บริษัทเอกชนในจังหวัดราชบุรี

อรพิชา เกตุพันธ์ สุภัตตรา วิกากุล

บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน เบญจวรรณ สามสาลี

180 Effectiveness of a Capability-development Program for
Caregivers of Children with Asthma at Sunpasitthiprasong
Hospital, Ubon Ratchathani

Patcharee Promsuwong Pattaya Kaewsarn

Nusara Prasertsri

188 Effectiveness of Smartphone-based Application with
Wireless Earbuds as Result Indication of Audiometric
Testing: Case Study Among Workers in a Hospital,
Chonburi Province

Suraphat Siwawut Teerayut Sa-ngiamsak

Srirat Lormphongs

197 The Relationship between Perceptions and Preventive
Behaviors of Coronavirus Disease 2019 among Service
Recipients from Primary care Units, Lang Suan,
Chumphon Province

Patumrat Akekapoj Suradej Samranjit

Mingkwon Sirichote

205 Effects of Simulated Hands on Pain Responses to Heel
Stick in Premature Infants

Thanatchaporn Thacheephon Tipawan Daramas

Autchareeya Patoomwan

214 Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Exercise
Program Resulting in Improved Quality of Sleep and
Reduced Fatigue among Registered Nurses: Case study in
a Hospital, Chonburi Province

Nattanand Chamroonsawasdi

Nanttaporn Pattarabuddha Srirat Lormphongs

223 The Development of Massive Open Online Course
(MOOC) Innovation on "Mental Health Enhancement
of the Elder with Integrative Techniques for Elderly
Caregivers"

Sukaroon Wongtim

232 The Effectiveness of the Community-driven Model for
Liver Fluke Control in Si sa ket Province

Pakpoom Sayyud Sutteepon Moolsart

Benchamas Youprasert

243 Effects of Modification behavior in New Normal of Life
Program from the Situation of the Corona Virus 2019
of Employees of the Private Company in Ratchaburi
Province

Ornpicha Ketphan Supatsara Vipakul

Bunyapuk Hangnaren Benjawan Samsalee

สารบัญ

Contents

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในผู้เข้า
รับการบำบัดในระยยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมหาสารคาม
พิศิษฐ์ เสริมสาย นริสา วงศ์พนารักษ์

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมในการ
ป้องกันการติดเชื้อ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลและ
อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรค
มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
นุสรรา ประเสริฐศรี

ผลของโปรแกรมอติลิตต่อความผาสุกทางจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วย
มะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ชญชนก ลิธิระ ชมชื่น สมประเสริฐ
อังคณา จิรโรจน์

การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
วัลภา อรัญนะภูมิ อารีย์วรรณ อ่วมตานี

การพัฒนาแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

นาฏอนงค์ แผงพงษ์ ธรรมกร เขียวภูริเดช

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับ
ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

นิตยา มลอยู่พะเนา สุทธิพร มูลศาสตร์
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของ
เภสัชกรคลินิกในจังหวัดนครปฐม

พิกรม อโศกบุญรัตน์ สุรเดช สำราญจิตต์
จันทร์จारी เกตุมาโร มิ่งขวัญ ศิริโชติ

คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแหว่งกลางด้วยความรัก
ของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสมวิธี

ยุภาดี สงวนพงษ์ จารุมาศ จันทกุล

การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วย
สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ในหอผู้ป่วยจักษุ

กษิรา จันทรมณี พัทยา แก้วสาร
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

252 Factors Predicting Prevention Behaviors of Amphetamine
Relapse in People with Amphetamine Dependence in
Rehabilitation, Maha Sarakham Province

Phasit Sermsai Narisa Wongpanarak

262 The Development of a Caregivers' Participation Model
on Infection Prevention Behaviors, Satisfaction towards
Nursing Services, and Readmission Rates of Pediatric
Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Ubonwan Unahasuwan Premruetai Noimuenwai
Nusara Prasertsri

273 The Effect of a Self-Determination Program on the
Psychological Well-Being of Caregivers of Palliative
Cancer Patients

Thunchanok Leetheera Chomchuen Somprasert
Angkana Jirarode

283 A Study of Nursing Service Management of an Aob Aoon
Nursing Community Clinic

Vanlapa Arannapoom Areewan Oumtanee

293 The Development of a Management for The Prevention
of Non - Communicable Diseases in Preschool Children
Risk Group Among Care Giver Through Community
Participation in Warinchumrab District, Ubonratchathani
Province

Natanong Feangphong Thamakorn Thienphuridej

302 The Effectiveness of an Exercise Promoting Program for
Prediabetic Older Adults in Mueang Loei District, Loei
Province

Nittaya Molyoopanao Sutteeporn Moolsart
Kitsanaporn Tipkanjanaraykha

312 Factors Related to Elderly Care Among Clinical
Pharmacists in Nakhonpathom Province

Pikrom Asokbunyarat Suradej Samranjit
Chanjaree Getmaro Mingkwan Sirichote

320 Quality of life of Early Childhood Rearing in Skipped-
Generation Families was Divided by Love in Chaiyaphum
Province: Mixed Method Research

Yuphadi Sa-nguanphong Jarumars Janthakul

330 The Development of a Fall Risk Assessment Form
for Elderly Patients with Visual Impairment at the
Ophthalmic Ward

Kasira Chantharamani Pattaya Kaewsarn
Kitsanaporn Tipkanjanaraykha

สารบัญ

Contents

ปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน
นัตยา แสงใส ยูนี พงศ์จตุรวิทย์
วนิดา ขวัญสำราญ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการ
การรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์
ต้นกำเนิดตนเอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
วรัชยา ทิมา เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
สุธิดา มาสุชน

ผลของกลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้
Line application ต่อภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น
สุภาวดี เลิศสำราญ สุจิตรา อู่รัตนมณี

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
สำหรับผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ
อริญญา นามวงศ์ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน
เฉลิมพล กำใจ สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล

คุณภาพของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา
แห่งชาติและอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา
2563

ละอองดาว วรณฤทธิ์ บังอร ฤทธิ์อุดม
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และ
ทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัคร
ฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
อาทิตนันท์ สมิงนิล วุฒิชัย จริยา

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในยุควิถี
ชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาด ของมารดาหลังคลอด
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

วนิดา ชวเจริญพันธ์ ศิริพร ฉายาทับ
อาทิตยา แก้วน้อย ศรีณธร มังคะมณี
เฉลิมขวัญ ศรีสุวรรณ

ประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับวัคซีนพื้นฐาน
ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ยุซรอ เล้าแม เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา
นุศรา ดาวโรจน์ รัยมีย์ วันสอารี
รุชนี เจะนิ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
ในวิถีปกติใหม่

อรุณรัตน์ อุทัยแสง วุฒิพงษ์ เชื้อมโนก
ณติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร
กุลพิธาน จุลเสวก เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร

339 Predictors of Executive Function Development in
Preschool-Age Children

Nattaya Sangsai Yune Pongjaturawit
Wanita Kwansumran

348 The Development of a Nursing Practice Guideline for
Preparation of Autologous Stem Cell Transplantation,
Sunpasitthiprasong Hospital

Varachaya Thima Premruetai Noimuenwai
Suthida Masuthon

360 Effects of Supportive Group Therapy in Association with
the Network Creation through Line Application on De-
pression in Adolescent Single Mothers

Supawadee Lerdsamran Sujitra Uratanamane

368 Situations of Inequities in Access to Essential Health Care
Services among Older People: A Qualitative Study

Arunya Namwong Krittapat Fukfon
Chalermpon Kajai Sureeporn Lertwacharasakul

378 Graduate Quality According to Thai Qualifications
Framework for Higher Education and Identity of Air Force
Nurse Graduates in Academic Year 2020

La-Ongdao Wannarit Bangorn Ritudom

388 Effects of the Perceived Self-efficacy Promoting Program
on Knowledge and Skills in Emergency Medical Services
among Emergency Medical Responders at Sam Ngam
District, Phichit Province

Athittanan Samingnil Wutthichai Jariya

398 Factors Predicting Breastfeeding Intention among
Postpartum Mothers in the New Normal Era, Nopparat
Rajathanee Hospital

Wanida Chawajaroenpan Siriporn Chayathab
Arthitaya Kaeonoi Sarinthorn Mungkhamanee
Chalermkwan Srisuwan

407 Experience of Parents on Seeking Basic Immunization
Program during The Situation of The Coronavirus
Outbreak (COVID-19)

Userow Lohmae Khemmapat Kajornkittiya
Nutsara Dowrote Raimee Wansa-aree
Rusnee Cheni

415 Bedridden Patients Care through Family Caregiving and
Community-Based Model in New Normal

Arunrat Utaisang Wuttipong Cheumnok
Nuttiya Pomsakha Na Sakongnakhon
Khunphitha Junsevg Phensiri Dumrongpakapakorn
Chatkane Peakao

สารบัญ

Contents

ผลของการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการปฏิเสธ
การสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย
พัชรภรณ์ ไชยสังข์ อนุสรณ์ เน้นอุดร
ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์ รัชพร ใจชูปทอง
ชรินทร์ ขวัญเนตร

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่
เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด
นงลักษณ์ บุญเยี่ย สุทิพา ใจสมัคร
พิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัต สุพัตรา พูลนุช
ชนิดาภา จูไพบรี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับความรอบรู้ด้าน
สุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ตำบลป่าอ้อดอนชัย
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
ดารณี เสรมะธาตุ อนงค์ สุนทรานนท์
ชไมพร นวลอานวยศิริ

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาล
ในเขตกรุงเทพมหานคร ช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19
อารยา เจริญกุล บัวหลั่น หินแก้ว
แสงเดือน พรหมแก้วงาม อัญชลี สุขขัง
กัลยานี พบครุฑ

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อ
ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัย
โดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล
พรนิภา วงษ์มาก พัทธินยา เชียงตา
ชิดชนก พันธุ์ป้อม ณัฏฐ์นรี คำอุไร

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019
ดุชนันท์ บุญพิทักษ์สกุล อุษา ตันทพงษ์
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อรพิชา เกตุพันธ์

424 Effects of The Potential Development of Knowledge and
Smoking Refusal Skills Among Elementary School
Students

Phatcharaphan Chaiyasung Yodrawin Jornburom
Anuson Nanudon Rutshaporn Chaitoopthong
Chararin Kwannate

430 Nursing Model in After Open Heart Surgery Patients with
Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)

Nongluk Boonyia Sutipa Jaisamak
Pimkasama Srichattanawat Supatta Pullnuch
Chanidapa Jupiree

440 The Relationship between Family Factors and Health
Literacy of Adolescence Pregnancy Prevention among
Teenagers in Pa O Don Chai Sub-district, Mueang Chiang
Rai District, Chiang Rai Province.

Daranee Serametakun Anong Soontranont
Chamaiporn Nuanamnuoysiri

449 Nurses' Experiences of Caring for Terminally Ill Cancer
Patients in Bangkok during the COVID-19 Pandemic

Araya Jeranukul Bualun Hinkaew
Saengduean Phromkaewngam
Anchalee Sookkhung Kalayane Pobjkrut

458 Effects of Simulation-Based Learning on Clinical Decision
Making Abilities, Secure Communicate Using ISBAR, and
Nursing Practice for Patient Safety of Nursing Students

Pornnipa Wongmak Patchaneeya Chiengta
Chidchanok Phanpom Natnari Khamaurai

467 Relationship of Stress to Adaptation of Village Health
Volunteers during the COVID-19 Outbreak

Dussanee Bunpitaksakun Usa tantapong Phechnoy
Singchungchai Onpicha Ketphan

การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคโควิด-19 : กรณีศึกษา

Holistic Palliative Care for Covid-19: A Case Study

จุฑามาศ พันธุ์ดี* ชนินทร เกลี้ยงตา เกศศิริ วงศ์คงคำ

Jutamart Pundee* Chaninthorn Kiangda Kessiri Wongkongkam

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

Nursing Department Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University Bangkoknoi Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโควิด-19 (COVID-19) ที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น พบภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะวิกฤตที่ส่งผลร้ายแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตเฉียบพลัน เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เข้าไปในปอด ทำให้ปอดสูญเสียหน้าที่และเกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการทุพพลภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลร้ายแรงและคุกคามต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรแนวทางการดูแลเริ่มตั้งแต่มีอาการของโรคเริ่มรุนแรงมากขึ้นและลุกลามจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และให้การดูแลรักษาตามอาการจนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยวิธีการดูแลจะต้องให้การดูแลแบบองค์รวม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาคาทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกมิติ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตในการให้พยาบาลองค์รวมแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการอาการทุพพลภาพ บทบาทดังกล่าวนี้ จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรี และครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในการตัดสินใจครั้งนี้ เกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยโรคโควิด-19, กรณีศึกษา, บทบาทพยาบาล

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a life-threatening disease that emerged, spread and eventually caused a worldwide pandemic. A severe complication of the disease was found in a critical state caused by the SARS-CoV-2 virus into the lungs, causing the lungs to lose their function and cause acute respiratory distress. Including complications from viral infection entering the body, This group of patients will suffer both physically and mentally. It has severe consequences and threatens the patient's quality of life to the end of life, where patients need palliative care. Integration of care approaches starts from the onset of the disease and progresses until it cannot be cured entirely. And provide symptomatic care until the patient enters the final stage. By the way, care must be taken to provide holistic care. To address all dimensions of patient suffering, The role of nurses in caring for patients who are in the final stages of life in providing holistic palliative

care is therefore essential, which must have knowledge and understanding about the disease management of suffering. This role will help promote the quality of life for patients in the last stages of life with dignity. And the family is proud of this decision. and satisfaction with the service model

Keyword : Palliative care, Covid-19 patient, Case study, Nurse' roles

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดได้ง่าย เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงไปทั่วโลก¹ ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลทุกระดับ โดยองค์การอนามัยโรคได้ประกาศวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 ตั้งชื่อหลังจากพบการระบาดจากประเทศจีนเป็นประเทศแรก ซึ่งโรคโควิด-19 ย่อมาจาก Coronavirus disease starting in 2019 และคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (International committee on taxonomy of viruses: ICTV) ได้ระบุว่าเป็นการติดเชื้อไวรัสโคโรนาทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงชนิดที่สอง (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) หรือเรียกสั้นๆ ว่า เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สถานการณ์การติดเชื้อของไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมรวมมากกว่า 224 ล้านคน โดยจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันเริ่มมีแนวโน้มลดลงจากเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 แต่ยังคงอยู่ในระดับที่มาก และยังคงมีการระบาดอย่างมากโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา อินเดีย สหราชอาณาจักร ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันมากกว่า 1 หมื่นราย ส่วนในประเทศไทยยังคงพบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดในระลอกปัจจุบัน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่อาศัยกันอย่างหนาแน่นและมีการเสียชีวิตจากการระบาดในระลอกนี้คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.05^3 โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเปราะบางในวัยผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง^{4,5}

ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เมื่อไวรัสนี้เข้าสู่ปอด ทำให้ปอดสูญเสียหน้าที่ ความอึดตัวของออกซิเจนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 94 เปอร์เซ็นต์ในขณะพัก PaO_2/FiO_2 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิเมตรปรอท⁶ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบปอดอักเสบมากร้อยละ 50 ภายใน 1-2 วันอย่างต่อเนื่อง⁷ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤต ได้แก่ เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ⁸ และมีภาวะ

ช็อกหรือมีภาวะอื่น ๆ ล้มเหลว มีอาการแสดงไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย การติดเชื้อไวรัสนี้ส่งผลร้ายแรงและคุกคามต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออาการหนักมากขึ้นหรือใกล้เสียชีวิต เป็นความรู้สึกเจ็บปวดอย่างทุกข์ทรมาน⁵ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงจนเกิดปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์ตามมา⁹ ผู้ป่วยมีอาการเบื่อ สับสนวุ่นวาย ความรู้สึกตัวลดลง บุคลากรแนวทางการดูแลเริ่มตั้งแต่มีอาการของโรคเริ่มรุนแรงมากขึ้น และลูกหลานจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกินศักยภาพในการรักษา แพทย์จึงได้พิจารณาวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (Advance care plan) สำหรับการดูแลร่วมกับการรักษาให้กับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ¹⁰ ซึ่งเป็นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต และมีความอ่อนล้าในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับการศึกษาต่างประเทศพบผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 39 หนึ่งในนั้นพบว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 60¹¹ และสำหรับการศึกษาในประเทศไทยยังคงอยู่ในช่วงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคโควิด-19

บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอกลไกการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 กรณีศึกษา บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Comprehensive conservative care) ในผู้ป่วยโรคโควิด-19¹⁰ รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้และการยอมรับการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นบทบาทพยาบาลที่สำคัญอย่างยิ่งของการให้การพยาบาลองค์รวมแบบประคับประคอง⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐานในวาระสุดท้ายของชีวิต

กลไกการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

ไวรัสโคโรนา เป็นไวรัสที่มีขนาดใหญ่ที่สุดที่มีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอ และมีเยื่อหุ้มไขมันล้อมรอบ (Enveloped virus) มีเปลือกหุ้มด้านนอกที่ประกอบด้วยโปรตีนคลุมด้วยกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่ม ๆ (Spikes) ยื่นออกไปจากอนุภาคไวรัส โดยใช้โปรตีนส่วน spike จับกับตัวรับจำเพาะบนผิวเซลล์เจ้าบ้าน (Host) นำไปสู่กระบวนการปลดปล่อยสารพันธุกรรมเข้าสู่เซลล์ และเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมประกอบกันเป็นอนุภาคไวรัสกลุ่มใหม่^{7, 9, 12}

ปัจจุบันมีรายงานพบไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคน (Human coronavirus-HCoV) ทั้งหมด 7 สายพันธุ์ ถูกแบ่งเป็น 4 ยีนส์ คือ Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus และ Deltacoronavirus สามารถแบ่งออกเป็น 5 sub-genera: Embecovirus (lineage A), Sarbecovirus (lineage B), Merbecovirus (lineage C), Nobecovirus (lineage D) และ Hibecovirus⁴ โดยไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคนที่ทำให้มีอาการของระบบทางเดินหายใจที่ไม่รุนแรง 4 สายพันธุ์ ได้แก่ HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 และ HCoV-HKU1 ส่วนไวรัสโคโรนาที่ก่อโรครุนแรงในคนและข้ามสปีชีส์มาจากสัตว์มีจำนวน 2 สายพันธุ์ ได้แก่ ไวรัสซาร์ส (Severe acute respiratory syndrome coronavirus: SARS-CoV) และ ไวรัสเมอร์ส (Middle East respiratory syndrome coronavirus: MERS-CoV) ซึ่งทั้งสองสายพันธุ์ถูกจัดอยู่ใน Betacoronavirus⁷

เนื่องจากรูปแบบความรุนแรงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 มีหลายระดับและการตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันตามความรุนแรงของผู้ป่วยและโรคร่วม โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจะมีอาการปอดอักเสบระดับรุนแรง (Hyperinflammation) โดยได้รับเชื้อตั้งแต่วันที่ 14-21 ระยะนี้เป็นผลมาจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่สร้างแอนติบอดี (Humoral immune response) ไม่สามารถกำจัดเชื้อ SARS-CoV-2 ทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงปอดที่มีการอักเสบจะพบการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมากและมีการทำลายของเนื้อปอดเกิด interstitial lung edema ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจแรง^{7, 9} แรงกดในช่องอกเป็นลบมากขึ้นเกิดการอักเสบของปอด (Lung injury) เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าปอดจะมีคุณสมบัติ low complication หรือมี high elastance ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดอย่างรุนแรง พบ right to left shunt มากขึ้น มีการรั่วของน้ำในปอดมากขึ้น

(High Lung weigh) ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน^{4, 7} มีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรง (Severe Pneumonia) และภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากนอกปอด (extrapulmonary ARDS) ทำให้ตรวจพบค่าบ่งบอกถึงการอักเสบสูง ได้แก่ C-reaction protein (CRP), Lactate Dehydrogenase (LDH), Interleukin-6 (IL-6), D-dimer, ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) จะต่ำ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ลดต่ำลงเช่นกัน⁵ การสังเกตจากภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะพบลักษณะของ ground glass opacities และปริมาณของ non-aerated lung area มีน้อย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาด้วยระดับ positive end expiratory pressure (PEEP) ที่สูง⁴ และการใช้ใน lung recruitment maneuver ซึ่งแตกต่างจากภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันโดยทั่วไป (classical ADRS)⁷ นอกจากนี้ยังพบระยะเวลาปรากฏอาการคือ 8-12 วัน ต่างจากภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันทั่วไปซึ่งจะเกิดภายใน 7 วันนับจากมีสาเหตุกระตุ้นหรืออาการทางระบบหายใจที่แย่ลง¹³

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 78 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มาคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection clinic) ตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี swab: RT-PCR ปรากฏว่าติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 19 ผล Ct (Cycle threshold) เท่ากับ 17 แร่รับวัดอุณหภูมิร่างกายได้ 38.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ (Respiratory rate) เท่ากับ 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้ง/วินาที ความดันโลหิต เท่ากับ 138/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O₂ saturation) ปลายนิ้วต่ำ เท่ากับ 88 เปอร์เซ็นต์ จึงได้ใส่สายออกซิเจนผ่านจมูก (Nasal cannula) 3 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O₂ saturation) ปลายนิ้ว เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory examination) พบ Procalcitonin (PCT) เท่ากับ 0.06, C-reactive protein (CRP) เท่ากับ 14.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL), D-dimer เท่ากับ 4,477 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (mcg/mL), fibrinogen เท่ากับ 884 mg/dL, activated partial thromboplastin time (APTT) เท่ากับ 39.1 วินาที

(seconds) และ Platelet count เท่ากับ $436 \times 10^3/\mu\text{L}$ ส่งตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่า มีภาวะปอดอักเสบระดับรุนแรง (Hyperinflammation) ซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูง และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Mantle Cell Lymphoma stage IV) แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยา Favipiravir (200 มิลลิกรัม) จำนวน 9 เม็ดโดยวิธีรับประทานทางปาก ทุก 12 ชั่วโมง วันแรก ต่อมาวันที่ 2-10 ให้ Favipiravir (200 มิลลิกรัม) 4 เม็ด โดยวิธีรับประทานทางปากทุก 12 ชั่วโมง จนครบ 10 วัน⁹ และได้เริ่มยาฉีด Enoxaparin 0.4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง Dexamethasone 5 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในระยะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วย พบว่าแผนการรักษาเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น จึงได้เพิ่มการให้ออกซิเจนผ่านจมูก (Nasal cannula) 5 LPM แต่ผู้ป่วยก็ยังมีภาวะหายใจหอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ปลายนิ้วต่ำ เท่ากับ 88 เปอร์เซ็นต์ จึงได้ออกซิเจนด้วยเครื่อง High-Flow Nasal Cannula (HFNC) เริ่มต้นที่ Flow 40 LPM FiO_2 0.4 Temp เท่ากับ 34 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยมีไข้ขึ้นสูงตลอดเวลา อุณหภูมิร่างกายได้ 39-40 องศาเซลเซียส เจาะเลือดเพื่อหาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Procalcitonin เพิ่มขึ้น เท่ากับ 12.06 C-reactive protein เท่ากับ 114.6 mg/dL D-dimer เท่ากับ 7,477 mcg/mL จึงได้เปลี่ยนยาต้านไวรัสเป็น Remdesivir[®] (GS-5734) loading dose 200 มิลลิกรัม ในสารน้ำ 0.9%Normal saline 100 มิลลิตร หลังจากนั้นให้ Remdesivir[®] 100 มิลลิกรัม ใน 0.9%Normal saline 100 มิลลิตร แต่อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยก็ยังคงสูงประมาณ 38-40 องศาเซลเซียส ร่วมกับมีอาการหนาวสั่น แพทย์จึงได้พิจารณาวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (Advance care plan) สำหรับให้การดูแลร่วมกับการรักษาให้กับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ¹⁰ ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจว่าจะไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้องการรับการรักษาแบบกดหน้าอก แต่สามารถให้ยาได้เต็มที่ แพทย์จึงได้ให้การรักษาระดับต่อไป ส่งผู้ป่วยตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องปอดและช่องท้องพบมีการติดเชื้อ fungi และ bacterial แพทย์จึงได้เพิ่มยาฆ่าเชื้อเป็น Amphotericin B 60 มิลลิกรัม ในสารน้ำ 5DW 500 มิลลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ 6 ชั่วโมง โดยมีสารน้ำ 0.9% Normal

saline 500 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำในครึ่งชั่วโมง และ paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนครึ่งชั่วโมง และฉีดยา chlorpheniramine 10 มิลลิกรัม ก่อนให้ยาฆ่าเชื้อตัวนี้ ผู้ป่วยได้ยา Amphotericin B 60 มิลลิกรัมได้ 3 วัน แพทย์ได้เปลี่ยนให้ยาตัวใหม่ คือ variconazole (200) 2 เม็ด เวลา 10 และ 22 นาฬิกา ต่อด้วย variconazole (200) 1 เม็ด เวลา 10 และ 22 นาฬิกา¹⁴ แต่ผู้ป่วยก็ยังมีภาวะหายใจลำบาก เริ่มมีอาการปวด ความรู้สึกตัวสับสนมากขึ้น แพทย์จึงมีคำสั่งการรักษาให้ยา Morphine(10:1) 20 mg ในสารน้ำ 0.9%Normal saline 100 มิลลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิตรต่อชั่วโมง และเพิ่มออกซิเจน High-Flow Nasal Cannula (HFNC) Flow 50 LPM FiO_2 0.5 Temp เท่ากับ 34 องศาเซลเซียส และภาวะหายใจลำบากก็ยังคงเกิดขึ้นจึงปรับเพิ่มออกซิเจน High-Flow Nasal Cannula (HFNC) Flow 50 จึงกระทั่ง 60 LPM และ FiO_2 0.7 จนกระทั่ง FiO_2 1.0 Temp เท่ากับ 34 องศาเซลเซียส และเพิ่มยา Morphine(10:1) 20 mg ในสารน้ำ 0.9%Normal saline 100 มิลลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ 10-20 มิลลิตรต่อชั่วโมง จนในที่สุดผู้ป่วยก็ได้จากไปอย่างสงบ รวมระยะเวลาอนในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 15 วัน

การพยาบาลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

จากประวัติผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในกรณีศึกษา ผู้เขียนได้สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ต้องอาศัยการปรับตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 สามารถปรับตัวต่อภาวะของโรคนี้ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะที่ดี และมีความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹² ภายใต้การตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมีกระบวนการสื่อสารที่ชัดเจน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (frail) และมีโรคร่วม^{5,8}

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ตามประกาศของกรมการแพทย์³ ได้แก่ กรณีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและญาติแสดงเจตจำนง ขอไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการพองชีพ ต้องการให้ดูแลแบบประคับประคองและจากไปตามธรรมชาติ¹⁰ แพทย์จะพิจารณาประเมินองค์รวมและสื่อสาร

ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวตามบริบท (Advance care plan) สอบถามและยืนยันความต้องการการรับการดูแลระดับ ประครองและการขอไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการ พองชีพ^{11, 14} และขั้นตอนต่อไปเป็นบทบาทหน้าที่ของ พยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยองค์รวมชนิดประคับประคอง

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ตามหลัก Convergence of Opinion on Recommendations and Evidence (CORE) process¹⁰ ประกอบด้วย การประเมิน การวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนบทบาท พยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติที่สำคัญ¹⁵ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย (Dyspnea)⁴ ซึ่งการจัดการเบื้องต้น บทบาทพยาบาลเบื้องต้นหาสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ซีด มีภาวะ หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด (O₂ saturation) ลดต่ำ การจัดการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ จัดท่าที่สุขสบาย นอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Prone position)⁶ ถ้าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดยังต่ำกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ใส่ Nasal cannula 1-6 LPM ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการหายใจ หอบเหนื่อยอยู่ หายใจเร็วตื่นมากกว่าหรือเท่ากับ 28 ครั้งต่อ นาที ดูแลให้ออกซิเจนด้วยเครื่อง High-Flow Nasal Cannula (HFNC) เริ่มต้นที่ Flow 30-60 LPM FiO₂ 0.3-1.0 Temp เท่ากับ 34-37 องศาเซลเซียส^{5, 7}

ส่วนการจัดการที่ใช้นั้น ได้แก่ ดูแลให้ยาแก้ปวด ชนิด Morphine IR 2.5-5 mg (1/4-1/2 tab) หรือ Morphine syrup 1.5-2.5 oral PRN ทุก 2 ชั่วโมง Morphine injection 1-2 mg SC PRN ทุก 2 ชั่วโมง Midazolam injection 2.5-5 mg SC PRN ทุก 2 ชั่วโมง Lorazepam (0.5) 1 tab oral PRN ทุก 2 ชั่วโมง หรือ Morphine injection (10:1) mg v drip 10-20 ml/hr. และให้ยา PRN ตามขนาดยาข้างต้น หากมีอาการไอ ให้การพยาบาลโดยการจัดทำผู้ป่วยนอนศีรษะสูง¹⁶ และให้ยาแก้ไอน้ำเชื่อม ชนิด M. tussive 5-10 ml oral PRN Codeine (50 มิลลิกรัม) 1 tab oral PRN Morphine injection 2 mg IV PRN ทุก 2 ชั่วโมง³ หากให้ยาข้างต้นไม่ดีขึ้นให้ บริक्षाผู้เชี่ยวชาญ ถึงประโยชน์ของยาเหล่านี้ โดยให้ Prednisolone (5 มิลลิกรัม) 2 tab oral ทุก 3 ชั่วโมง ถ้ามีอาการรุนแรง หรืออยู่ในช่วงไม่กี่วันก่อนเสียชีวิต ดูแลให้ Morphine injection (10:1) mg IV drip 10-20 ml/hr. ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนวุ่นวาย แพทย์พิจารณาหาสาเหตุ ที่แก้ไขได้ เช่น ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง กลืนแรมผิดปกติ ความไม่สุข

สบายต่าง ๆ เช่น ปวด หายใจไม่อิ่ม⁵ พยาบาลพิจารณา พยายามสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างอ่อนโยนให้รับทราบสถานการณ์ รอบตัวในปัจจุบัน (Orientation) จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่เงียบสงบ ไม่มีการรบกวน¹⁷ วิธีการจัดการในรายที่ไม่รุนแรง แพทย์พิจารณาให้ Haloperidol (1 mg) 0.5-1 tab oral ก่อนนอน และ PRN ทุก 4 ชั่วโมง ในรายที่รุนแรง แพทย์พิจารณาให้ Haloperidol 1-5 mg IM/SC ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสงบ บางรายแพทย์พิจารณาให้ Lorazepam (0.5 mg) 1-2 tabs oral ก่อนนอน และ PRN ทุก 4 ชั่วโมง หรือ midazolam 10-20 mg IV/SC PRN ทุก 4 ชั่วโมง หรือถ้า ผู้ป่วยมีอาการสับสนมาก แพทย์พิจารณาให้ midazolam 10-20 mg continuous SC infusion ใน 24 ชั่วโมง⁸ สัญญาณชีพ พบว่าระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (Diastolic) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันซิสโตลิก (Systolic) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท⁶ บ่งชี้ถึงผู้ป่วย บ่งชี้ถึงผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะนี้ การวิเคราะห์การทำงานของไต (eGFR) พบว่าเริ่มลดลงจาก 11.9 มิลลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ ร่างกาย 1.73 ตรม. เหลือ 4.04 และ 2.8 มิลลิตรต่อนาทีต่อ พื้นที่ร่างกาย 1.73 ตรม. ตามลำดับ บ่งชี้ถึงการทำงานของไต ลดลงเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต¹²

2) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาล มีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ของโรค การดำเนินโรคของโรค อาการที่อาจเกิดขึ้นใน อนาคตกับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว¹⁸ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ ประสานการดูแลและช่วยเหลือร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ทีมแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางขั้นสูงชนิดประคับประคอง เกสซิกเกอร์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น บันทึกและรายงานถึง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงค้นหาอุปสรรค ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการ หลายด้าน เพื่อการทำงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย¹⁹ แต่ใน ระยะสุดท้ายของชีวิตในสถานการณ์ปกติควรอยู่ภายใต้ แต่ในสถานการณ์ติดเชื้อ COVID-19 จะไม่อนุญาตให้ญาติเข้ามา มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการแพร่ กระจายเชื้อไวรัส¹⁰ ทีมดูแลแบบประคับประคองสามารถจัด บริการแบบ new normal โดยใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยในการประชุมครอบครัวหรือใช้ระบบ สื่อสารออนไลน์ ให้ผู้ป่วยมีโอกาสบอกกล่าวผ่านวิดีโอคอล ช่วย ประคับประคองครอบครัวให้เตรียมรับความพร้อมสำหรับการ สูญเสีย และผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับเกียรติ และเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง²⁰

3) สำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อทางศาสนา พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อไวรัส^{10,20} จึงอาจจะต้องเผาศพผู้ป่วยโดยทันทีหลังจากญาติรับศพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แต่สามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเป็นพิธี แต่ไม่มีศพก็ได้^{5,18} แล้วแต่ตามความเชื่อของญาติ เช่น นิมนต์พระสงฆ์มาสวดมนต์และถวายสังฆทาน นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่ในการแนะนำติดต่อเอกสารสำคัญทางราชการ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การติดต่อรับใบมรณะบัตรจากสำนักงานเขต เป็นต้น

สรุป

ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญมากที่สุด ในขณะนี้ เป็นแนวหน้าในการดูแลผู้รับบริการได้ครบถ้วนทุกด้าน พุ่มเททั้งพลังร่างกายพลังใจ ปฏิบัติหน้าที่ที่หนักเกินกว่าภาวะปกติ ทั้งจากประสบกับความทุกข์ทรมานและความตายของผู้ป่วยบ่อยครั้ง และรับมือกับภาวะโรคภัยที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ซึ่งในกรณีผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีอาการทรุดลงเรื่อยๆ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างเฉียบพลัน แพทย์จะพิจารณาประเมินองค์รวมและสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวตามบริบท (Advance care plan) แสดงเจตจำนงขอไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการพองชีพ ต้องการให้ดูแลแบบประคับประคองและจากไปตามธรรมชาติ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญซึ่งเป็นทั้งผู้ประสานงานกับญาติ และให้การพยาบาลเพื่อมุ่งให้เกิดความสบายแก่ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่จะช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุมถึงความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการรับรู้และการยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติและจากไปอย่างสงบ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของการให้การพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคโควิด-19

References

1. Chawaphanth S, Sennun P, Tanasirijiranont R. Nurses and their 'spirit of the second mile' service during covid-19 pandemic. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021;36(1):5-17. (in Thai).
2. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva; 2018.
3. Sekse RJT, Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: a qualitative meta-synthesis. Journal of Clinical Nursing, 2018;17(1-2), 21-38.
4. Thanakijtummakul N. Nursing care for covid-19 patients with acute respiratory distress syndrome. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021;36(3):16-30. (in Thai).
5. Subwongcharoen N, Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1):26-34. (in Thai).
6. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into covid-19 pandemic planning. British Medical Journal Supportive & Palliative Care. 2021;11(1):40-4.
7. Carpenito L. Handbook of nursing diagnosis. (15th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2016.
8. Wongrostrai Y. & Sangrujee J. The development of clinical nursing practice guideline for providing oxygen therapy to the patients infected with the coronavirus 2019 (covid-19) in the critical cohort department. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):269-78. (in Thai).

9. Ji W, Wang W, Zhao X, Zai J, Li X. Homologous recombination within the spike glycoprotein of the newly identified coronavirus may boost cross-species transmission from snake to human. *Journal of Medical Virology*. 2020;92(4):1-9
10. Ting R, Edmonds P, Higginson I, Sleeman K. Palliative care for patients with severe covid-19. *British Medical Journal*. 2020; 370(1):1-4.
11. Intolo S. Infection control and prevention of covid-19: roles of advanced nurse practitioners. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2021;36(3):5-15. (in Thai).
12. Janssen D, Ekstrom M, Curro D, Johnson M, Maddocks M, Simonds A, et al. Covid-19: guidance on palliative care from a European respiratory society international task force. *European Respiratory Journal*. 2020;56(1):1-13.
13. Sheehan J, Ho KS, Poon J, Sarosky K, Fung JY. Palliative care in critically ill covid-19 patients: the early New York city experience. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*. 2023;13(1):107-11.
14. Cheng HWB. Palliative care for cancer patients with severe covid-19: the challenge of uncertainty. *Support Care Cancer*. 2021;29(3): 1153-5.
15. Pornsirat T, Tongyoo S. Nursing care for adult patients with acute hypoxic respiratory failure receiving high flow nasal cannula. *Siriraj Medical Bulletin*. 2020;13(1):60-8. (in Thai).
16. Lerner Z, Burke R, McCall J, Leigh A, Glass M. A case report of covid-19 in new Orleans, Louisiana: highlighting the complexities of prognostication in a critically ill patient. *Palliative Medicine Reports*. 2020;11(1):227-31.
17. Hajjar L, Costa I, Rizk S, Biselli B, Gomes B, Bittar C, et al. Intensive care management of patients with covid-19: a practical approach. *Annals of Intensive Care*. 2021;11(36):1-17.
18. Herdman H, Kamitsuru S. Nursing diagnoses: definitions and classification. (11th ed.) Wiley Blackwell, 2020.
19. Rogers M, Meier DE, Morrison RS, Moreno J, Aldridge M. Hospital characteristics associated with palliative care program prevalence. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(10): 1286-99.
20. Birkholz L, Haney T. Using a dyspnea assessment tool to improve care at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2018; 20(3):219-27.

ความสำคัญของวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยทำผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

The Importance Role of Nurse Anesthetist for Cochlear Implantation

ณานิศา เมตตาทพล* ศรัณยา เฮงไพศาล ศิริจรรยา จรรย์ยาธรรม

Chanisa Mettapol* Saranya Hengphaisan Sirijunya Junyatham

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

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

บทคัดย่อ

การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม เป็นการผ่าตัดฝังอุปกรณ์เข้าไปในหู เพื่อแก้ไขภาวะความบกพร่องทางการได้ยินของผู้พิการทางหูมาแต่กำเนิด หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ภายใต้กล้องจุลทรรศน์ผ่านทางช่องหู มีการทดสอบเส้นประสาทใบหูในระหว่างการทำผ่าตัด ในการระงับความรู้สึกจึงไม่สามารถใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อได้ ลักษณะงานพยาบาลจึงต้องอาศัยวิสัญญีพยาบาลที่มีความรู้และความชำนาญเฉพาะด้าน เพื่อให้การผ่าตัดสัมฤทธิ์ผลตามแผนการรักษา สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งบทบาทของวิสัญญีพยาบาลมีความสำคัญและมีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการระงับความรู้สึก การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในการเตรียมยา อุปกรณ์ และสถานที่ในการระงับความรู้สึก การสื่อสารร่วมกับศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด ตลอดจนการดูแลส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักรักษา และติดตามภาวะแทรกซ้อนภายหลังการระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: ประสาทหูเทียม,การระงับความรู้สึก,บทบาทของวิสัญญีพยาบาล

Abstract

Cochlear implant surgery is a procedure involving insertion a device into inner ear, as a treatment of congenital deafness or acquired deafness. The cochlear implant is a long operation, approach with microscope through ear canal. According to the usage of an intraoperative nerve stimulator, a neuromuscular blocking agent is prohibited. A specialized and skilled nurse anesthetist is essential to maintain the depth of anesthesia and promptly detection and treatment of any complications. Beginning with the preoperative period, the nurse anesthetist is responsible for patient assessment, patient preparation, and room setup. Moreover, intraoperative coordination with anesthesiologist and surgeon, postoperative monitoring for adequate pain control and treatment of immediate complications are the key success to achieve excellent patient care.

Keywords: Cochlear implant, Anesthesia, Role of Nurse Anesthetist

Corresponding author: * E mail: nuttaphum49@gmail.com

วันที่รับ (received) 22 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accept) 14 พ.ค. 2566

บทนำ

การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม¹ (Cochlear implant) เป็นการรักษาทางเลือกเดียวที่สามารถแก้ไขปัญหาคิดที่สูญเสียการได้ยินระดับรุนแรงถึงหูหนวกสนิท (hearing loss)^{2,3} และใช้เครื่องช่วยฟัง (hearing aid) แล้วไม่ได้ผล ซึ่งประสาทหูเทียมเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กและมีราคาสูงหลายแสนถึงหนึ่งล้านบาทต่อชุด¹ ใช้ทำหน้าที่แทนหูชั้นใน โดยทำหน้าที่รับสัญญาณเสียงจากภายนอก ส่งไปกระตุ้นเส้นประสาทการได้ยิน แล้วแปลความหมายเสียง

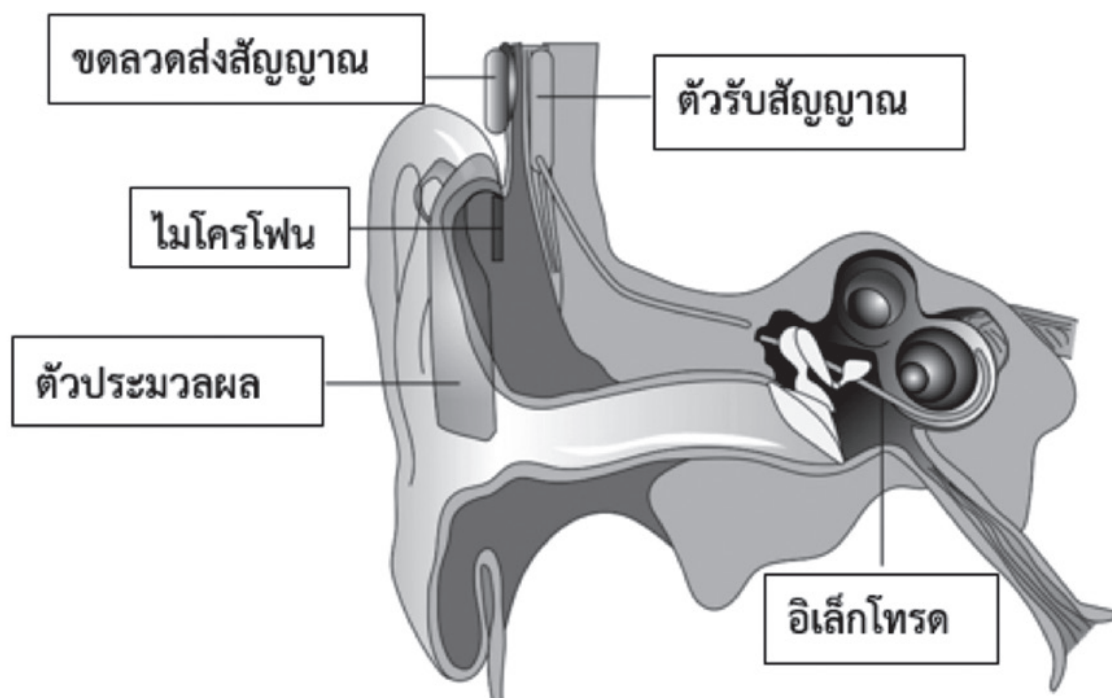
การรับรู้ความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัดจะต้องทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่ง โดยที่ไม่สามารถใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเหมือนกับการรับรู้ความรู้สึกทั่วไป เนื่องจากมีการทดสอบและค้นหาเส้นประสาทใบหน้า (facial nerve)⁴ จึงมีโอกาที่ผู้ป่วยจะขยับร่างกาย ทำให้การผ่าตัดไม่ราบรื่นและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นปัจจัยทำให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ตามมาได้^{2,4} เพื่อให้การผ่าตัดสัมฤทธิ์ผลตามแผนการรักษา มีประสิทธิภาพสูง ดังนั้นบทบาทของวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสำคัญ เริ่มตั้งแต่การประเมินและเตรียมความ

พร้อมผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านการสื่อสาร จึงต้องใช้สัญลักษณ์ภาพหรือท่าทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในระหว่างการระงับความรู้สึกต้องมีความรู้ในขั้นตอนการผ่าตัด การสื่อสารร่วมกับวิสัญญีแพทย์และทีมศัลยกรรม แพทย์ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยภายหลังการระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังผู้ป่วยไปจนถึงห้องพักฟื้น อันเป็นความรู้ความสามารถในการพยาบาลวิสัญญีที่เฉพาะและสำคัญ

ประสาทหูเทียม (cochlear implant)

มีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน ได้แก่

1. ส่วนที่ฝังอยู่ภายในหู เรียกว่า เครื่องรับสัญญาณเสียง เป็นส่วนของ receiver (internal coil) ที่ฝังไว้บริเวณกระดูกขมับ (temporal bone) และลวด cochlear electrode ที่ต่อจาก receiver จะฝังไว้บริเวณ cochlear
2. ส่วนที่อยู่นอกหู เรียกว่า เครื่องแปลงสัญญาณเสียง ประกอบด้วย signal processor ทำหน้าที่รับเสียงและเปลี่ยนคลื่นเสียงให้เป็นคลื่นไฟฟ้า ส่งไปยัง external coil เพื่อส่งต่อไปยัง internal coil เข้าสู่ cochlear



รูปที่ 1 ส่วนประกอบและตำแหน่งของประสาทหูเทียม

ที่มา : วาดโดย นางสาวชลยา อัดถาภินันท์

ขั้นตอนการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

ศัลยแพทย์จะติดเครื่องฝังาระวังการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทใบหน้าด้วยเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท (nerve stimulator) จากนั้นจะเริ่มการลงแผลผ่าตัด (skin incision) การเซาะกล้ามเนื้อและเยื่อหุ้มกะโหลก (musculoperiosteal layer) การกรอกระดูก mastoid (Mastoidectomy) การเจาะกระดูกช่องหูชั้นกลาง (posterior tympanotomy) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมีการกระตุ้นเส้นประสาท เพื่อค้นหาและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บของเส้นประสาทใบหน้า การเปิด round window การกรอหลุมวางตัวรับสัญญาณ (drilling out of the receiver well) การยึดตัวรับสัญญาณ (fixation of the implant) การทำ cochleostomy การสอดใส่อิเล็กโทรด (insertion of the cochlear electrode) การตรวจสอบสัญญาณไฟฟ้า (electrophysiologic testing) การยึดอิเล็กโทรด (fixation of the electrode) และการปิดแผลผ่าตัด

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการเยี่ยมประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก

วิสัญญีพยาบาลจะเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย โดยปรึกษาร่วมกับวิสัญญีแพทย์เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความเข้าใจถึงขั้นตอนการระงับความรู้สึก ดังนี้

1. การซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น โดยผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม เป็นผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยินระดับรุนแรงถึงหูหนวก ทำให้การซักประวัติและการสื่อสารทำได้ยาก วิสัญญีพยาบาลจะใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยฟัง การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงรบกวนน้อย การพูดใกล้ผู้ป่วย และการหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น⁶ รวมทั้งการทบทวน

แพ้ประวัติของผู้ป่วย ซึ่งการซักประวัติควรครอบคลุมถึงโรคปัจจุบันที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและประวัติอื่นๆ ได้แก่

- ประวัติโรคประจำตัว ควรครอบคลุมถึงอาการความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการรักษาที่ได้รับ โดยเฉพาะประวัติโรคหลอดเลือดและหัวใจ ภาวะเลือดจาง (anemia) ภาวะขาดน้ำ (dehydration) เพื่อประเมินข้อจำกัดในการให้การระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคจงใจลดความดันเลือด (deliberate hypotension)² และนำข้อมูลที่ได้ร่วมปรึกษาและวางแผนกับวิสัญญีแพทย์ในการทำเทคนิคจงใจลดความดัน

- ประวัติการผ่าตัดและประวัติการระงับความรู้สึกก่อนหน้านี้ โดยสอบถามถึงเทคนิคการระงับความรู้สึกที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประวัติการใส่ท่อหายใจยาก อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด หรือการฟื้นจากยาสลบช้า เป็นต้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

- ประวัติของคนในครอบครัวหรือญาติที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมีความสำคัญในกรณีโรคทางพันธุกรรมบางชนิด ที่อาจเกิดปัญหาเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึก

- ประวัติแพ้ยาและอาหาร รวมถึงประวัติการใช้ยาสารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

- ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม อาจมีกลุ่มอาการผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (congenital anomaly) ร่วมด้วยอันเป็นสาเหตุของการสูญเสียการได้ยิน ซึ่งกลุ่มอาการผิดปกติเหล่านี้มีความผิดปกติในระบบต่างๆ ที่สามารถส่งผลต่อกระบวนการระงับความรู้สึกได้ (anesthetic management) วิสัญญีพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างละเอียดและรอบคอบ เพื่อร่วมวางแผนและให้การดูแลร่วมกับวิสัญญีแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ดังตารางที่ 2^{2,6,7}

ตารางที่ 2 กลุ่มอาการผิดปกติตั้งแต่กำเนิดที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินและผลกระทบต่อกระบวนการระงับความรู้สึก

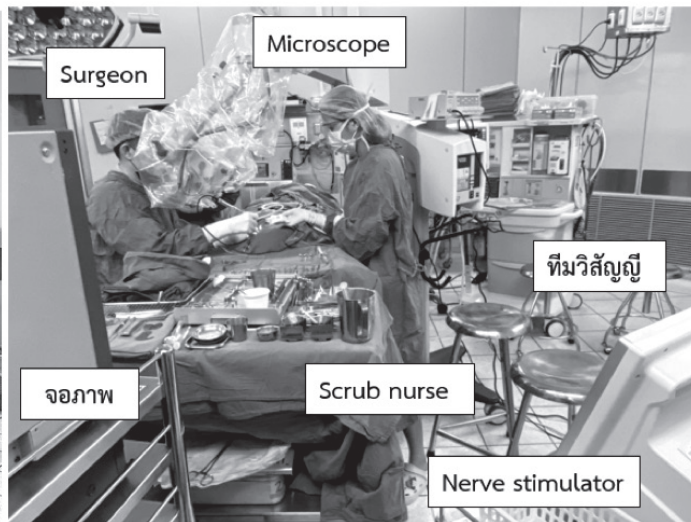
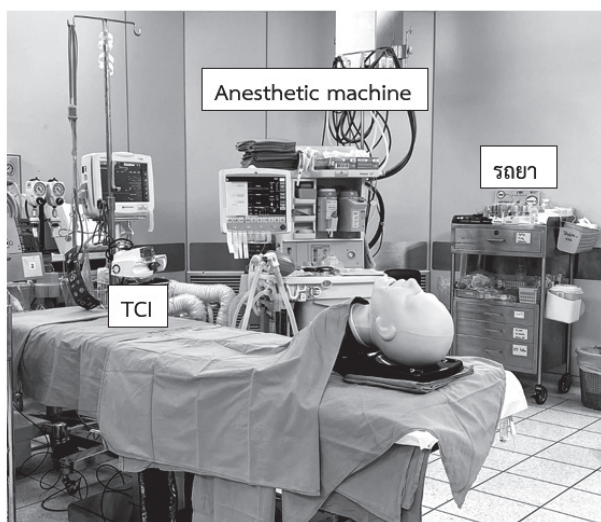
Congenital syndrome	Anesthetic consideration
Treacher collins syndrome	ใบหน้าผิดปกติ สัมพันธ์กับภาวะทางหายใจยาก (difficult airway)
Klippel-Fiel syndrome	กระดูกสันหลังส่วนคอผิดปกติ คอสั้น และการเคลื่อนไหวศีรษะทำได้จำกัด ส่งผลต่อการใส่ท่อหายใจยาก (difficult intubation)
Pendred syndrome	ความผิดปกติของระบบการเผาผลาญที่เกี่ยวข้องกับภาวะคอพอกและภาวะไทรอยด์ต่ำ
Alport syndrome	ไตและระบบต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ
Jervell and Lange-Nielsen syndrome	ภาวะ prolong QT interval เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะเป็นลมหมดสติ

2. การประเมินทางหายใจ (airway assessment) เป็นการประเมินที่มีความสำคัญอย่างมาก หากตรวจประเมินแล้วคาดว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะทางหายใจยาก คือ การช่วยหายใจทางหน้ากากได้ยาก (difficult mask ventilation) หรือการใส่ท่อหายใจยาก (difficult intubation) วิทยาลัยพยาบาลจะต้องมีการวางแผน และเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการดูแลทางหายใจ เช่น oral airway, nasal airway, laryngeal mask airway (LMA), video laryngoscope, fiber optic bronchoscopy (FOB) เป็นต้น ซึ่งการเตรียมพร้อมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

3. วิทยาลัยพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ โดยการอธิบายเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติในการร่วมตัดสินใจเลือกเทคนิคในการระงับความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่างๆ รวมถึงคลายความกังวลให้กับผู้ป่วยและญาติ

บทบาทของวิทยาลัยพยาบาลในการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ระงับความรู้สึก

1. เตรียมสถานที่และจัดวางอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ เช่น รถดมยาสลบ (anesthetic machine) รถยา เครื่องควบคุมการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ เช่น infusion pump, syringe pump หรือเครื่อง target controlled infusion (TCI) และเครื่องดูดเสมหะ ซึ่งการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมนั้น ทำภายใต้กล้องจุลทรรศน์ และมีเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท จัดตำแหน่งเครื่องดมยาสลบและรถดมยาสลบให้อยู่ในบริเวณที่เหมาะสมเพื่อให้ทุกฝ่ายทำงานได้อย่างราบรื่น โดยขณะผ่าตัด ศัลยแพทย์จะอยู่ด้านที่ทำการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและกล้องจุลทรรศน์จะอยู่ฝั่งตรงข้ามกับศัลยแพทย์ ส่วนอุปกรณ์ผ่าตัด จอภาพ เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทอยู่บริเวณศีรษะผู้ป่วย และทีมวิทยาลัย รถดมยาสลบ รวมทั้งเครื่องควบคุมการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำจะอยู่บริเวณปลายเตียงผ่าตัด ดังรูปที่ 2,3



รูปที่ 2 ตำแหน่งการวางอุปกรณ์สำหรับการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

รูปที่ 3 ตำแหน่งการวางอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

ที่มา : ภาพถ่ายโดย นายณณิศา เมตตาพล

2. จัดเตรียมยา อุปกรณ์ในการใส่ท่อหายใจ เช่น laryngoscope, ท่อหายใจขนาดต่างๆ stylet, oropharyngeal airway, face mask, suction catheter, stethoscope, O_2 cannula รวมทั้ง self-inflating bag ให้พร้อมใช้งาน ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะ difficult airway ควรเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจเหนือกล่องเสียง เช่น laryngeal

mask airway (LMA) และเตรียมอุปกรณ์ video laryngoscope

3. เตรียมเครื่องมือเฝ้าระวังผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติของ American Society of Anesthesiologist (ASA) บริเวณปลายเตียงผ่าตัด ได้แก่ การวัดความดันโลหิต (noninvasive blood pressure: NIBP) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography: EKG) การวัดความอิ่มตัวของ

ออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry: SpO₂) การวัดค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (end tidal carbon dioxide: ET-CO₂)

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลระหว่างให้การรับความรู้สึก

1. วางแผนให้การรับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ (briefing in anesthesia team) อันเกี่ยวกับข้อควรระวัง เทคนิคการรับความรู้สึก และเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ ท่อหายใจชนิด RAE (Ring-Adair-Elwyn)¹⁰ ซึ่งข้อดีของท่อหายใจดังกล่าว จะลดการบดบังสลายแพทย์ขณะผ่าตัด ข้อพึงระวังคือ เนื่องจากท่อหายใจชนิดนี้มีความยาวตั้งแต่จุดที่งอถึงปลายท่อจำกัด มีโอกาสที่ปลายท่อจะอยู่ตื้นเกินไปหรือลึกเกินไปได้ จำเป็นต้องเลือกขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. เตรียมอุปกรณ์สำหรับให้สารน้ำและยา เช่น เครื่อง infusion pump, syringe pump หรือ TCI และช่วยวิสัญญีแพทย์เตรียมยาที่จะใช้ระงับความรู้สึกผู้ป่วย เช่น ยานำสลบ ยาแก้ปวด และยาหย่อนกล้ามเนื้อ ซึ่งควรเลือกยาที่มีผลข้างเคียงทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อย เพื่อลดภาวะการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

3. ในห้องเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (waiting room) ทำการประเมินผู้ป่วยซ้ำ เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้านจิตใจและร่างกาย ยืนยันไม่มีการเปลี่ยนแปลงของโรคหรืออาการสำคัญ หากมีจะได้รับการแก้ไขก่อนเข้ารับการผ่าตัด

4. เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (operating room) ทำการระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) ร่วมกับการทำ briefing ระหว่างศัลยแพทย์ พยาบาลผ่าตัด เพื่อสื่อสารขั้นตอน ชื่อการผ่าตัด ข้างที่ทำผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ข้อควรระวัง และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด⁸

5. ติดเครื่องมือเฝ้าระวังผู้ป่วยพื้นฐาน ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เครื่องวิเคราะห์ก๊าซในลมหายใจออก ให้การรับความรู้สึกผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ตามสภาพและสภาวะของผู้ป่วย ดังนี้

การใช้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยาสงบประสาท (conscious sedation with local anesthesia) เทคนิคการใช้ยาชาเฉพาะที่สามารถทำในผู้ใหญ่ที่ให้ความร่วมมือ² โดยให้

ศัลยแพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ ได้แก่ 2% lidocaine with adrenaline 1:100,000 ขนาดของยาที่ใช้ไม่ควรเกิน 7 มก./กก.⁹ ก่อนให้ยาสงบประสาท วิสัญญีพยาบาลต้องให้ออกซิเจนร่วมด้วย โดยให้ผ่านทาง nasal cannula หรือ face mask ควรดูแลเปิดใบหน้าผู้ป่วยไว้ เพื่อสะดวกในการประเมินเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนและสื่อสารกับผู้ป่วยขณะทำผ่าตัด หลังจากนั้นวิสัญญีแพทย์จะให้ยาสงบประสาท แนะนำให้ใช้ยา dexmedetomidine⁹ สามารถสงบประสาทโดยที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวและให้ความร่วมมือได้ ซึ่งอาจใช้ร่วมกับยา fentanyl, midazolam และ propofol เพื่อให้ผู้ป่วยสงบมากขึ้นและลดความเจ็บปวด

การรับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) แม้ว่าการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมจะสามารถทำภายใต้การให้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยาสงบประสาทได้ แต่เป็นการผ่าตัดด้วยกล้องจุลทรรศน์ ที่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่นิ่ง เพื่อลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บต่ออวัยวะหูชั้นกลาง ซึ่งการผ่าตัดใช้เวลาและมีความเสี่ยงด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย จึงนิยมให้การรับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการใส่ท่อหายใจ โดยมีขั้นตอนดังนี้

Premedication สามารถให้ยา midazolam ก่อนการนำสลบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กจะช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการนำสลบและมีผลข้างเคียงน้อย^{2,6}

การนำสลบด้วยการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผู้ใหญ่ใช้ยา propofol หรือ thiopental ร่วมกับยา opioid กรณีผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่มีการเปิดหลอดเลือดดำสามารถใช้การนำสลบด้วยก๊าซไอระเหย นิยมใช้ sevoflurane หลังจากนั้นทำการเปิดหลอดเลือดดำเพื่อใช้ในการให้ยาและสารน้ำ ส่วนยาหย่อนกล้ามเนื้อ แนะนำให้ใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น succinylcholine ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม หรือใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม non depolarizing muscle relaxant ในขนาดลดลงและควรเฝ้าระวังให้มีการตอบสนองของกล้ามเนื้ออย่างน้อย 30% ของปกติขณะทำการกระตุ้นเส้นประสาท¹⁰ ภายหลังใส่ท่อหายใจและจัดทำเพื่อทำการผ่าตัด ต้องตรวจสอบตำแหน่งท่อหายใจเพื่อให้แน่ใจว่าปลายท่ออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมทุกครั้ง วิสัญญีพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะการผ่าตัด โดยจะเฝ้าระวังสัญญาณชีพและปรับระดับความลึกของการสลบที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดการขยับหว่างผ่าตัดและไม่ได้ยาระงับความรู้สึกที่มากเกินไป อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยตื่นซ้ำภายหลังได้

บทบาทวิสัญญีพยาบาลที่เฉพาะในการผ่าตัดประสาทหูเทียม

1. ขั้นตอนที่ศัลยแพทย์ทำการเจาะกระดูกสู่หูชั้นกลาง ถือเป็นขั้นตอนที่ศัลยแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งมากที่สุด เนื่องจากจะมีการกระตุ้นเส้นประสาท เพื่อค้นหาและเผื่อารวางเส้นประสาทใบหน้าเป็นระยะๆ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยจะต้องปรับระดับความลึกของการสลบในช่วงนี้ให้เพียงพอ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการขยับ อันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อเส้นประสาท

2. ระหว่างการตรวจสอบสัญญาณไฟฟ้า (electrophysiologic testing) จากนักเวชศาสตร์การสื่อสาร โดยการวัด Impedance field telemetry (IFT), electrically evoked stapedius reflex threshold (ESRT) และ electrically evoked brainstem response (EABR) หรือ auditory nerve response telemetry (ART)¹ แนะนำให้คงการสลบด้วยเทคนิค Total intravenous anesthesia (TIVA)⁵ จะมีผลต่อการตรวจสอบสัญญาณไฟฟ้าแบบ ESRT น้อยกว่าการใช้ก๊าซไอระเหย¹¹ สำหรับการตรวจสอบสัญญาณไฟฟ้าแบบ ART ก๊าซไอระเหยไม่มีผลต่อการตรวจสอบ⁵

3. เป็นการผ่าตัดในบริเวณหูชั้นกลาง การสูญเสียเลือดส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดขนาดเล็กซึ่งขึ้นกับความดันโลหิตเป็นหลัก⁵ ดังนั้น การทำเทคนิคจางลดความดันเลือดในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามจะช่วยลดการเสียเลือดและลดการบดบังศัลยแพทย์ขณะผ่าตัด

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดโดยเฉลี่ยประมาณ 3-4 ชั่วโมง ควรดูแลให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาลต้องระมัดระวังการบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำมากเกินไป

5. ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการผ่าตัด ทีมวิสัญญีต้องหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยไออย่างรุนแรง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของอิเล็กโทรดประสาทหูเทียม^{2,6} และสามารถถอดท่อหายใจเมื่อผู้ป่วยกลับมาหายใจเอง ในผู้ป่วยเด็กสามารถถอดท่อหายใจได้ในระยะหลังลิคและจัดท่านอนตะแคง (lateral recovery position) เพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันและป้องกันการสูดสำลักจากน้ำลายหรือเสมหะ

การพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

อาการไม่พึงประสงค์ภายหลังจากการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมที่สำคัญ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ได้ จากการศึกษาในกรณีที่ไม่มีการให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนในการผ่าตัดหูชั้นกลางพบว่าร้อยละ 62-80 มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด^{2,14} ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อย เวลาที่ใช้ผ่าตัดนาน การกระตุ้นระบบ vestibular ของหูชั้นใน และเทคนิคการระงับความรู้สึก โดยพบว่าการใช้เทคนิค TIVA จะช่วยลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเมื่อเทียบกับการใช้ก๊าซไอระเหย⁵ วิสัญญีพยาบาล ควรมีการวางแผนให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน เช่น dexamethasone 0.15 mg/kg ทางหลอดเลือดดำภายหลังการนำสลบ ondansetron 0.1 mg/kg ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด² เป็นต้น อาจพิจารณาให้ paracetamol ทางหลอดเลือดดำหรือทางทวารร่วมด้วย เพื่อลดอาการข้างเคียงของ opioid¹⁵ และให้การติดตามประเมินภาวะดังกล่าวภายหลังให้การระงับความรู้สึก

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการระงับความรู้สึก ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลในห้องพักฟื้น (post anesthesia care unit: PACU) จะต้องประเมินอาการสำคัญ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ความปวด ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่อง¹² เตรียมอุปกรณ์เผื่อารวางระหว่างส่งต่อผู้ป่วยไปที่ห้องพักฟื้นและช่วยแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹³ ได้แก่ ประวัติตรวจร่างกายก่อนผ่าตัด ข้อมูลระหว่างผ่าตัด ปัญหาหรือภาวะที่ต้องเผื่อารวางต่อและคำสั่งการรักษาสำหรับดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น (recovery room order) รวมทั้งประเมินสภาวะผู้ป่วยซักก่อนมอบหมายให้พยาบาลห้องพักฟื้นดูแลต่อ

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะอยู่ในห้องพักฟื้น 1-2 ชั่วโมงหรือจนผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นโดยใช้การประเมิน Modified Aldrete Score ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จึงจะสามารถส่งกลับหอผู้ป่วยได้¹³

สรุป

การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมเป็นวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะสูญเสียการได้ยินระดับรุนแรงถึงหูหนวกสนิท ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วย cochlear implant เท่านั้น รวมทั้งยังเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาสูง ความสำเร็จในการทำผ่าตัดนั้น นอกจากศัลยแพทย์แล้ว การระงับความรู้สึกก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้สัมฤทธิ์ผลตามแผนการรักษาที่ดี ทีมวิสัญญีโดยวิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดการผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการระงับความรู้สึกด้วยความรู้ความชำนาญเฉพาะ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดสำเร็จ ป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อน โดยมุ่งหวังผลการรักษาที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

References

1. Piromchai T. Cochlear implant. 1sted. Bangkok: Danex intercorporation Publisher; 2020: 91-187. (in Thai)
2. Madan HK, Kosare S. Anesthesia for Middle Ear Surgeries and Cochlear Implant. Otorhinolaryngology Clinics An International Journal. 2015;7(1): 1-9.
3. Lin FR, Chien WW, Li L, Clarrett DM, Niparko JK, Francis HW. Cochlear Implantation in Older Adults. Medicine Baltimore;91(5): 229-41.
4. Yang Z, Cosetti M. Safety and outcomes of cochlear implantation in the elderly: A review of recent literature. Journal of Otology. 2016;11(1): 1-6.
5. Pairaudeau C, Mendonca C. Anaesthesia for major middle ear surgery. BioMed Central Anesthesiology. 2019;19(5): 136-43.
6. Bajwa SJS, Kulshrestha A. The cochlear implantation surgery: A review of anesthetic considerations and implications. International Journal Health and Allied Science. 2013;2(4): 225-9.
7. Korver AMH, Smith RJH, Van Camp G, Schleiss MR, et al. Congenital hearing loss. Nature Reviews Disease Primers. 2017;3: 160-94.
8. 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)
9. Kecskemeti N, Szonyi M, Kustel M, et al. Cochlear implantation under local anesthesia: A Possible Alternative for Elderly patients. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2019;276(6): 1643-7.
10. Luansritsakul C, Tareerath M. Anesthesia for Otolaryngologic surgery. In: Raksakietisak M, Yok-ubol B, Vacharaksa K, editors. Basic Anesthesia and Procedural Units. 1st ed. Bangkok: Siriraj Publisher; 2017: 243-63. (In Thai)
11. Hejazi M, Moghaddam Y, Pour M, Banaii M, et al. Evaluation of volatile and intravenous anesthetics, effects on the threshold of neuroresponse telemetry and the threshold of acoustically evoked stapedial reflex in children undergoing cochlear implant surgery. Journal Anaesthesiology Clinical Pharmacology. 2018;34(2): 177-81.
12. 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)
13. Dejarkom S, Wangdee A, Jirakulsawat. Nursing Care in the post anesthesia care unit. Thai Journal of Anesthesiology. 2014;40(1): 46-52. (in Thai)
14. Nekhendzy V. Anesthesia for otologic and neurotologic surgery. In: Abdelmalak B, Doyle J, editors. Anesthesia for Otolaryngologic Surgery. Cambridge: Cambridge University Press; 2012: 271-96.
15. Wong I, St John-Green C, Walker SM. Opioid-sparing effects of perioperative paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in children. Paediatric Anaesthesia. 2013;23(6): 475-95.

ปัญญาประดิษฐ์ - นวัตกรรมในงานการพยาบาล

Artificial Intelligence - An Innovation in Nursing Care

รัฐยา คิมุระ พาพิรุณ น้อยตาแสง พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล*

Ratthaya Kimura Papiroon Noitasaeng Phongthara Vichitvejpaisal*

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

ปัญญาประดิษฐ์เป็นนวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในหลายสายงาน ซึ่งรวมถึงงานการพยาบาล ที่คุ้นเคยไปกับการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลจำเป็นต้องปรับตัวให้เท่าทันเทคโนโลยี ควรมีการฝึกอบรมการใช้งานบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ความรับผิดชอบ และความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย เพื่อนำมาช่วยลดข้อผิดพลาดจากการทำงานของมนุษย์ และจัดการระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์ มุ่งสู่การเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

ปัญญาประดิษฐ์สามารถนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เชิงคาดการณ์ และตัดสินใจทางคลินิก เพื่อการวินิจฉัยโรคในระยะแรก การป้องกันความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ และบทบาทเป็นผู้ช่วยพยาบาลเสมือนจริง ในการสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต ด้วยการฉายภาพวิถีทัศน์พร้อมเสียง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะช่วงการระบาดของไวรัสโควิด 19 อีกทั้งนำมาใช้ในการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ที่มีความแม่นยำสูงกว่าการผ่าตัดรูปแบบเดิม ซึ่งอยู่ภายใต้จรรยาบรรณและมาตรฐานทางวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

อย่างไรก็ตาม ปัญญาประดิษฐ์ยังคงเป็นความท้าทายที่พยาบาลต้องเรียนรู้เกี่ยวกับด้านกฎหมายและจริยธรรม รวมถึงการจัดการความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย และการบูรณาการรูปแบบการทำงานให้รับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การแพทย์ทางไกล; งานการพยาบาล; ปัญญาประดิษฐ์; ผู้ช่วยพยาบาลเสมือน

Abstract

Artificial intelligence is a rapidly developing technological innovation that has the potential to improve patient care in various professional fields. Alongside physicians' diagnosis and treatment, nurses also need to be trained in the techniques of using artificial intelligence thoroughly to ensure accountability, responsibility, and the safety of patient data for reduce a human error and manage an electronic medical database systems aiming to increase the quality of nursing care.

Corresponding Author: *Email address: phongthara@gmail.com

วันที่รับ (received) 11 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ก.ค. 2566

ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566
Vol. 24 No.3 September - December 2023

Predictive analysis using artificial intelligence can aid in clinical decision making for early diagnosis, prevent risk factors and virtual nursing assistants can use internet-based communication to project video images with sound to provide advice to patients and their families or monitor patients who are far from the hospital. Especially during the outbreak of the COVID-19 virus. Medical robots can assist in surgeries with precision than traditional surgery. Which is under the code of professional standards to keep patients safety and maintain data privacy.

However, the integration of artificial intelligence is still a challenge that nurses must be aware of, and efforts must be made to ensure collaboration from all personnel to maintain patient confidentiality and privacy. Transparency, non-disclosure, freedom from bias, and responsibility are essential to improve the quality of patients' nursing care, allowing them to return to a happy life with their families.

Keywords: Telemedicine; Nursing care; Artificial intelligence; Virtual nursing assistant

บทนำ

ปัจจุบันมนุษย์ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence, AI) ในชีวิตประจำวันกันอย่างแพร่หลาย เพื่อความบันเทิง การพักผ่อนหย่อนใจ การค้นหาข้อมูล การสื่อสาร การค้นคว้าหาความรู้ การซื้อขายสินค้า ฯลฯ เช่น การค้นหาเว็บด้วยกูเกิล (Google search) วิดีทัศน์ที่น่าสนใจบนยูทูบ (YouTube) การเข้าใจเสียงพูดด้วยสิริ (Siri) บนโทรศัพท์ไอโฟน (iPhone) การสนทนาโต้ตอบด้วยแชทจีพีที (Chat Generative Pre-trained transformer, ChatGPT) รถยนต์ไร้คนขับ การแปลภาษา หุ่นยนต์ วิดีโอเกมส์ และการสร้างงานศิลปะ เป็นต้น

ทางด้านระบบสาธารณสุข นวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์ได้ถูกนำมาใช้ในการพยาบาลมากขึ้น ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข ที่ส่งเสริมพัฒนาเทคโนโลยีในกลุ่มสาธารณสุขสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของอาเซียน มุ่งสู่การยกระดับคุณภาพการบริการผู้ป่วย จึงมีการนำประโยชน์ของปัญญาประดิษฐ์มาช่วยแบ่งเบาภาระงานของพยาบาล เช่น ระบบจัดการข้อมูลทางการแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีอุปกรณ์ทางการแพทย์แบบเคลื่อนที่ เป็นต้น เพื่อลดภาระงานของพยาบาลและเพิ่มเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น¹ ทำให้ระบบภาระงานประจำเกิดความคล่องตัว อีกทั้งยังนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อการตัดสินใจในการวินิจฉัยรักษา ตามเวลาที่เป็นจริงในปัจจุบัน (real-time fashion) เพื่อคาดการณ์ภาวะไม่พึงประสงค์ และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย²

อย่างไรก็ตาม การใช้ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในงานการพยาบาล ยังเป็นเรื่องที่ท้าทาย ความรับผิดชอบด้านจริยธรรมในการบริหารข้อมูลความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย³ ซึ่งทำให้พยาบาลต้องตระหนักถึงศักยภาพของนวัตกรรมชิ้นนี้ เนื่องจากในอนาคตอันใกล้มีแนวโน้มที่ชีวิตมนุษย์และสรรพสิ่งรอบข้างจะได้รับผลกระทบจากปัญญาประดิษฐ์ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

วิวัฒนาการของปัญญาประดิษฐ์

ปัญญาประดิษฐ์ เป็นสาขาหนึ่งของวิทยาการคอมพิวเตอร์ มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบที่แสดงออกถึงสติปัญญา ความฉลาดและการใช้เหตุผล เดกเช่นมนุษย์หรืออาจเหนือกว่า เพื่อทำงานหรือแก้ปัญหาในสิ่งที่มนุษย์เราไม่สามารถทำได้ เช่น ระบบการจดจำและการประมวลผลจากคลังข้อมูลขนาดใหญ่ เป็นต้น⁴

คำว่าปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) ได้ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2499 ในงานประชุมของ Dartmouth College ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย John McCarthy นักวิทยาศาสตร์สาขาคอมพิวเตอร์ กับเพื่อนนักวิทยาศาสตร์และนักคณิตศาสตร์กลุ่มเล็กๆ ในโครงการ Dartmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence ที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการสร้างเครื่องจักรที่สามารถเลียนแบบสมองของมนุษย์โดยออกแบบคอมพิวเตอร์ให้มีความสามารถในการใช้เหตุผล ใช้ภาษาและความคิดสร้างสรรค์⁵

ต่อมาในปี พ.ศ. 2523 ได้มีการพัฒนาเทคนิค

การเรียนรู้ของเครื่อง (machine learning) ซึ่งเป็นการประมวลลำดับขั้นความคิดหรืออัลกอริธึม (algorithm) และในปี พ.ศ. 2553 มีการพัฒนาโมเดลการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายประสาทเทียม ที่จำลองรูปแบบคล้ายระบบประสาทสมอง (artificial neural network) เน้นเรื่องการเรียนรู้เชิงลึก (deep Learning) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้คอมพิวเตอร์มีความสามารถใกล้เคียงกับสมองของมนุษย์และมีความฉลาดมากขึ้น⁶ เช่น ถ้าเราป้อนข้อมูลการอ่านวินิจฉัยฟิล์มเอ็กซเรย์ (X-ray) ของอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดเข้าไปในคอมพิวเตอร์เป็นจำนวนมากๆ เครื่องจะทำการสร้างโมเดลการเรียนรู้ เพื่อวางหลักเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลภาพถ่ายชุดใหม่ที่จะส่งเข้าไป ซึ่งระบบจะประมวลผลผลลัพธ์ออกมาได้ในเพียงระยะเวลาเสี้ยววินาที อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันศักยภาพของปัญญาประดิษฐ์ยังอยู่ในวงจำกัด เพราะยังไม่สามารถทำนายพยาธิสภาพพร้อมให้คำแนะนำในการส่งต่อหรือให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม เหมือนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางรังสีวินิจฉัยได้

การพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ ให้เข้าใจและแก้ปัญหาซับซ้อนในแบบของมนุษย์ (artificial general intelligence) ยังเป็นเป้าหมายในอนาคต ซึ่งคาดการณ์กันว่า จะประสบความสำเร็จภายในปี พ.ศ. 2583⁷ เมื่อถึงเวลานั้น มนุษย์เราคงแยกไม่ออกว่า บุคคลที่เราสนทนาด้วย เป็นมนุษย์ที่แท้จริงหรือหุ่นยนต์ปัญญาประดิษฐ์ที่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมจำลองกิริยาท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้า ความคิด การรับรู้ ความเข้าใจ สำเนียงพูดที่ตอบสนองด้วยทักษะทางด้านภาษา และการตัดสินใจเช่นมนุษย์ ทำให้นักวิทยาศาสตร์เริ่มกังวลกับเรื่องนี้ เมื่อปัญญาประดิษฐ์ สามารถยกระดับขีดความสามารถทางด้านตรรกะ สัญชาตญาณ และการใช้เหตุผลพื้นฐาน (common sense) ในระดับเดียวกันกับมนุษย์ พร้อมสามารถออกแบบสร้างและควบคุมระบบตนเองได้อย่างอิสระ⁸

ปัญญาประดิษฐ์กับกระบวนการทางการแพทย์

ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ปัญญาประดิษฐ์ถูกนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์มากขึ้น มีการสร้างระบบฐานข้อมูลทางคลินิก การลงบันทึกข้อมูลทางการแพทย์เป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health record, EHR) เกิดวิวัฒนาการทางด้านเครื่องมือแพทย์ รวมถึงระบบปฏิบัติการต่างๆ ด้วยสาเหตุที่ข้อมูลทางการแพทย์มีปริมาณ

เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล ในขณะที่ขีดความสามารถของคอมพิวเตอร์ในการประมวลผลสูงขึ้น จึงทำให้ปัญญาประดิษฐ์เกิดการเรียนรู้และบูรณาการศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง นับเป็นการปฏิวัติทางสาธารณสุขครั้งใหญ่

จากงานวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์ เช่น รังสีวิทยา (Radiology) จิตวิทยา (Psychiatry) ประสาทวิทยา (Neurology) กุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics) และหัวใจวิทยา (Cardiology) ได้ข้อสรุปว่า ปัญญาประดิษฐ์มีประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรค⁹ จึงเป็นไปได้ว่า ในอนาคตมาตรฐานงานวิจัยทางการแพทย์คงไม่ได้ขึ้นกับกระบวนการทางสถิติและวิทยาศาสตร์ที่ต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Medicine) เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เป็นศาสตร์ที่ต้องขับเคลื่อนด้วยข้อมูลมหาศาล (big data) ที่เรียกว่า (Data-driven Medicine) ซึ่งสามารถบันทึกข้อมูลในรูปแบบดิจิทัล และเก็บรวบรวมในฐานที่มีขนาดใหญ่เพื่อนำไปใช้วิเคราะห์วินิจฉัย ค้นหาแนวทางการรักษาและการพยากรณ์โรคต่อไป¹⁰

การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางการแพทย์ (paradigm shift) ในครั้งนี้ ส่งผลกระทบต่องานการพยาบาลด้วยเช่นกัน เพราะทำให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายมากขึ้น นับเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบโจทย์ด้านการช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลสามารถใช้งานเทคโนโลยีที่มีความทันสมัย เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายในการปฏิบัติงาน มีฐานข้อมูลการบันทึกและรวบรวมข้อมูลสุขภาพของประชากรขนาดใหญ่ ที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพเป็นวงกว้าง และมีประโยชน์อย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด เช่นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด¹¹

ปัญญาประดิษฐ์กับงานการพยาบาล

ปัญญาประดิษฐ์ถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงานการพยาบาลหลาย ๆ ภาคส่วน โดยใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทางการแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์มาประมวลผลวิเคราะห์เชิงคาดการณ์ และค้นหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจทางคลินิก พร้อมวางแผนการป้องกันเชิงรุก และติดตามความคืบหน้าของอาการผิดปกติเป็นระยะ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย¹² ซึ่งปัญญาประดิษฐ์สามารถเข้ามาช่วยตรวจจับความผิดปกติของผู้ป่วย จัดการขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อนยุ่งยาก อำนวยความสะดวกแก่พยาบาลและผู้ป่วย อีกทั้งยังเข้ามามีบทบาทด้านการศึกษาเพื่อการฝึกพัฒนาทักษะการพยาบาลจากสถานการณ์จำลองด้วยเทคโนโลยีภาพถ่ายเสมือนจริง ที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในสถานการณ์จริงได้แม่นยำมากขึ้น

การตัดสินใจทางคลินิก

ปัญญาประดิษฐ์มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (AI-enabled clinical decision support systems, CDSS) ที่สามารถวิเคราะห์รายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยตามกรอบเวลาที่กำหนด เช่น ประวัติการตรวจร่างกาย รวมทั้งการดำเนินชีวิตและภูมิหลังของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายทางการแพทย์ (imaging test) อาทิ เอ็กซเรย์ CT scan และ MRI การตรวจคัดกรองสารต่างๆ ในเลือด (liquid test) อาทิ ระดับน้ำตาลและไขมัน หรือดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งที่หลุดลอยในพลาสมา (circulating tumor DNA, ctDNA)^{13,14} โดย ปัญญาประดิษฐ์มีศักยภาพในการประมวลผล ตรวจจับลักษณะรายละเอียดความผิดปกติที่เกินความสามารถของมนุษย์จะมองเห็น นำไปเปรียบเทียบกับคลังข้อมูล พร้อมให้การวินิจฉัยที่มีความแม่นยำสูง ช่วยในการตัดสินใจให้การรักษา การพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือการคัดกรองผู้ป่วยที่มีสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

การวิเคราะห์เชิงคาดการณ์

ปัญญาประดิษฐ์ใช้การเรียนรู้ของเครื่อง อัลกอริธึม และรูปแบบทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจำนวนมาก เพื่อคาดการณ์แนวโน้มผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากอายุ เพศ น้ำหนักตัว พันธุกรรม ความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การออกกำลังกาย รูปแบบพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน ฯลฯ เพื่อระบุความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (Coronary heart disease) หรือการวินิจฉัยโรคเมอเร็งระยะเริ่มแรก โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคไวรัสโคโรนา-19 (COVID 19)^{14,15} ตลอดจนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล¹⁶ พร้อมวางแผนป้องกันเชิงรุก ที่สามารถปรับแต่งแผนการรักษา และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา มีเป้าหมายเพื่อ

ชะลอความเจ็บป่วย ป้องกันผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ หรือลดความจำเป็นในการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคาดคะเนปริมาณผู้ป่วยที่หมุนเวียนเข้ารับบริการ เวลาคัดหมาย ระยะเวลาการรอตรวจ และระยะการครองเตียง¹⁷ นอกจากนี้ยังสามารถแนะนำการใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ที่เรียกว่า การรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (Precision Medicine) หรือการรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy)¹⁸

ผู้ช่วยพยาบาลเสมือนจริง

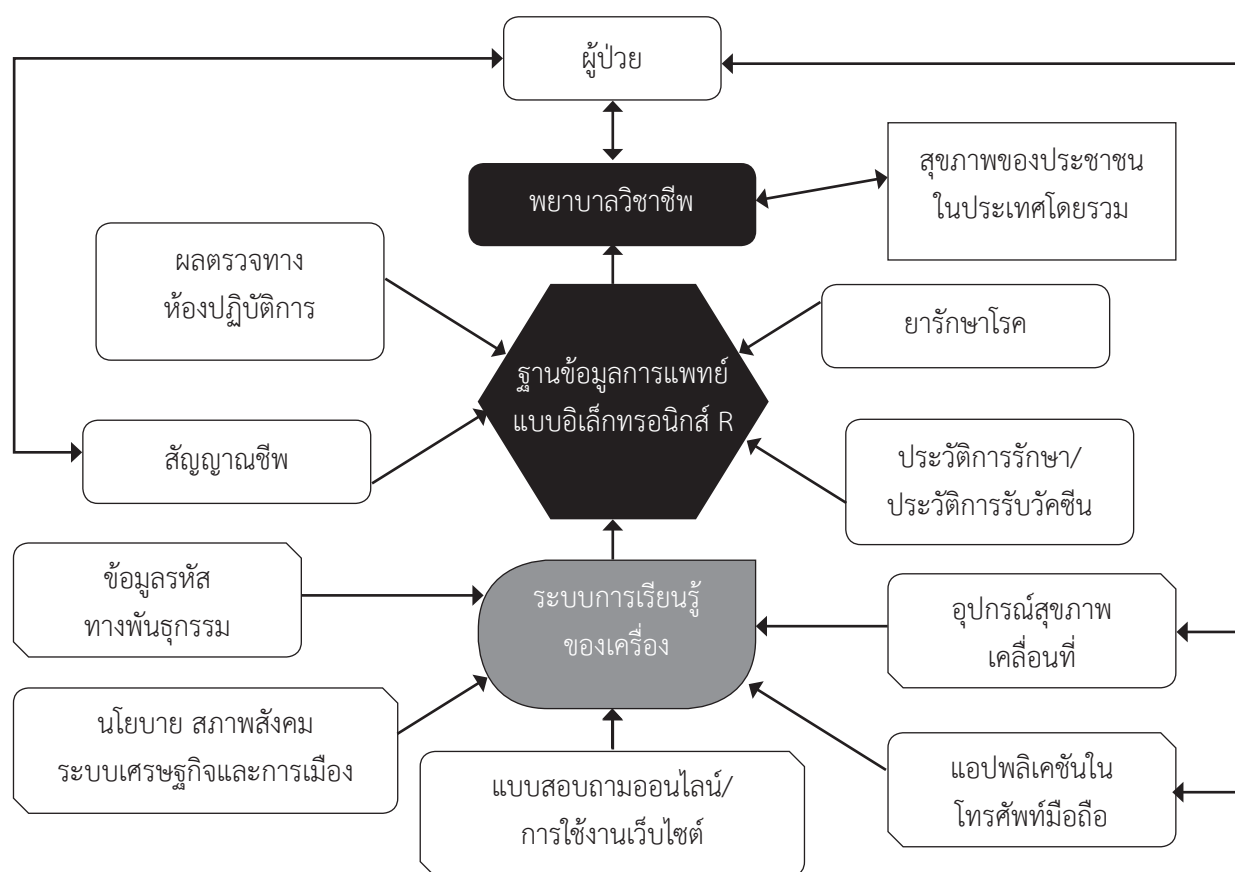
ความสามารถในการบริหารจัดการข้อมูล ทำให้ปัญญาประดิษฐ์มีบทบาทเป็นผู้ช่วยพยาบาลเสมือนจริง (Virtual nursing assistants, VNA)^{10,17} โดยอาศัยเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพเคลื่อนที่ (mobile health technology) มาติดต่อสื่อสารสองทางผ่านภาพวิดีโอและเสียง ในสถานที่ที่มีสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Telemedicine) ดังเช่นในปัจจุบัน ได้มีการนำนาฬิกา (wearable device) มาใช้ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อระบุปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มต้น และเข้าจัดการก่อนที่จะเกิดปัญหาร้ายแรง หรือการใช้โทรศัพท์มือถือ (mobile phone) มาช่วยจัดตารางยา เพื่อเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาตามเวลาที่กำหนด และใช้ติดต่อสนทนาตอบข้อซักถาม เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย¹⁹ เป็นการรักษาระยะห่างและหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เพื่อลดความเสี่ยงติดเชื้อ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาล (AI-enabled remote patient monitoring, RPM) เช่น แท่นชั่งน้ำหนักน้มน้ำมวน เรือเดินทางข้ามทวีป เป็นต้น ไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นการสร้างขวัญกำลังใจ เสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า และลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งยังสามารถช่วยวางแผนการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ตลอดจนผู้ป่วยจิตเวช โดยการส่งต่อประวัติการรักษาทางการแพทย์และอาการปัจจุบัน ให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือทีมสหวิชาชีพใกล้บ้าน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมต่อไป²⁰

หุ่่นย่นต์ปฏึบัตึการ

การใช้หุ่นยนต์ปฏิบัติการ (Robot-assisted care) เพื่อช่วยการผ่าตัด เป็นเทคนิคที่มีความแม่นยำสูงกว่าวิธีการผ่าตัดแบบดั้งเดิม ทำให้เนื้อเยื่อโดยรอบถูกทำลายน้อย ผู้ป่วยจึงเสียเลือดไม่มาก มีอาการเจ็บแผลผ่าตัดและใช้เวลาการพักฟื้นค่อนข้างน้อย เช่น การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น²¹ หรือการใช้หุ่นยนต์ที่ติดกล้องวิดีโอ 3 มิติ เพื่อการส่ง-รับ ข้อมูลภาพและเสียง ทำหน้าที่เป็น VNA ที่คอยสนับสนุนการทำงานของพยาบาลตลอดเวลา 24 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก ตั้งแต่การให้คำแนะนำ การตอบข้อซักถาม การช่วยเตือนความจำ การจ่ายยาตามเวลา และการติดตามสัญญาณชีพ เหมาะกับการเฝ้าดูแลผู้ป่วยในห้องพักแยก เนื่องจากภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความพิการในการมองเห็น หรือการได้ยิน หรือผู้มีสภาพทางจิตผิดปกติ โดยมีระบบแจ้งเตือนคอยให้คำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ การฝึกทำกายภาพบำบัดภายหลังการผ่าตัด หรือเพื่อให้การช่วยเหลือระดับเหตุภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นการลดภาระงานของพยาบาล และเป็นการสร้างความพึงพอใจกับผู้ป่วย^{10,22}

ภาระงานประจำ

ปัญญาประดิษฐ์สามารถลดความซับซ้อนของ
การจัดการงานเอกสาร ด้วยการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์
ทั้งหมดแล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญใหม่ ส่งผลให้ระบบ
การทำงานประจำสัปดาห์และเป็นขั้นเป็นตอนมากขึ้น
นวัตกรรมต่าง ๆ ที่เกิดจากปัญญาประดิษฐ์เข้ามาช่วยลด
ภาระงานของพยาบาลด้านเอกสารและเพิ่มประสิทธิภาพ
การบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทำให้พยาบาลมีเวลาดูแล
ผู้ป่วยมากขึ้น มีส่วนช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเพิ่ม
ความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งนี้ยังช่วยให้พยาบาลมีช่องทาง
สื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลด้วยกันหรือกับ
บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความ
เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยแพทย์เจ้าของไข้สามารถเข้าให้
ความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา เป็นปฏิบัติการเชิงรุกบนพื้นฐาน
ความปลอดภัยของผู้ป่วย² (รูปที่ 1)



รูป 1 ความสัมพันธ์ของปัญญาประดิษฐ์กับงานการพยาบาลกับการบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์²

งานพยาบาลศึกษา

ด้วยระบบการสร้างภาพเสมือนจริง (Virtual reality, VR) ที่สามารถจำลองสภาพแวดล้อมทางการแพทย์ได้สมจริง ผ่านแว่นตาที่ผู้เรียนสวมใส่ จะช่วยเสริมทักษะการเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับขั้นตอนการให้พยาบาลผู้ป่วยได้อย่างสมจริง โดยภาพผู้ป่วยจำลองที่สร้างขึ้น สามารถมีปฏิกริยาตอบสนองต่อการกระทำของผู้เรียน การแสดงออกโต้ตอบในเรื่องความเจ็บปวด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ตลอดจนท่าทางการเคลื่อนไหวที่มีความซับซ้อนทางกายภาพ เช่น ลักษณะการหายใจ สภาพบาดแผลบนผิวหนัง เป็นต้น²³

การนำนวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์มาบูรณาการกับงานพยาบาลและการพัฒนาทักษะของพยาบาล โดยการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โปรแกรมพื้นฐาน และสื่อดิจิทัลอื่น ๆ นั้น มีประโยชน์อย่างมาก²⁴ ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบว่า การจัดการสอนของนักศึกษาพยาบาลที่จำลองห้องเรียนเสมือนจริงผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์ โดยออกแบบให้เป็นมิตรกับผู้เรียน (user-friendly) ที่สามารถทบทวนและเรียนรู้ได้ตลอดเวลา²⁵ หรือการฉายสภาพแวดล้อมเสมือนจริง พร้อมกับใช้ซอฟต์แวร์กำหนดสถานการณ์จำลองที่ออกแบบให้มีความยากหลายระดับสำหรับใช้ฝึกกระบวนการเรียนรู้และการตัดสินใจ²⁶ เช่น โปรแกรมฝึกทักษะการทำคลอดเสมือนจริงของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล เป็นต้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนาการเรียนรู้ของพยาบาลที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดของปัญญาประดิษฐ์

การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการพยาบาลยังเป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากรายละเอียดข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยถือเป็นทรัพย์สินโดยชอบธรรมที่ผู้ป่วยและญาติมอบให้ไว้กับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการบริหารจัดการข้อมูลถือเป็นความรับผิดชอบที่แพทย์และพยาบาลพึงตระหนักถึงมาตรฐานความปลอดภัย ด้วยการรักษาความลับบนพื้นฐานจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัด โดยการปกป้องความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลโดยพลการ การเปิดเผยข้อมูลโดยอคติ ความลำเอียงหรือโดยทุจริต อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกังวล และไม่ไว้วางใจต่อความปลอดภัยของการเก็บรักษาข้อมูลสุขภาพบนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์²⁷

ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เป็นความท้าทายในเรื่องของ

กฎหมายทางวิชาชีพ เนื่องจากสังคมยังคงวิตกกังวลในเรื่องความแม่นยำของเทคโนโลยีที่นำมาใช้วินิจฉัยทางการแพทย์ รวมถึงความเสี่ยงในการวินิจฉัยผิดพลาดและความเหมาะสมในการนำมาใช้จริงกับผู้ป่วย จึงส่งผลให้ปัญญาประดิษฐ์ยังไม่ได้ได้รับความนิยมในการนำมารักษา โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้ทักษะหรือในหัตถการที่มีความซับซ้อนสูง แต่ถูกนำมาใช้ในส่วนของการเอกสาร การติดต่อสื่อสาร การค้นหาการงานพยาบาลทั่วไป และปัญหาเล็กน้อยหน้างาน²²

เนื่องจากปัญญาประดิษฐ์เป็นนวัตกรรมที่มีต้นทุนสูง เนื่องจากค่าต้นทุนของอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่มีราคาสูงขึ้น ตามระดับความสามารถในการบริหารจัดการข้อมูลและความเชี่ยวชาญด้านเทคนิค รวมถึงค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมเพื่อใช้งาน และค่าการบำรุงรักษา¹⁹ เมื่อเข้ามาแปรเปลี่ยนวิถีชีวิตพยาบาล ผู้เป็นด่านแรกในการปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ โดยต้องใช้เวลาพิเศษในการเรียนรู้ทำความเข้าใจ เพื่อสร้างความคุ้นเคย พร้อมนำความรู้มาประสานการทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับเพื่อให้เกิดการยอมรับ โดยเฉพาะความเข้มงวดในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การจัดลำดับชั้นความสำคัญของผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการเข้าถึงฐานข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย พร้อมประเมินความคุ้มค่าและประโยชน์ของปัญญาประดิษฐ์อย่างรอบคอบ ด้วยมาตรการประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น การใช้ซอฟต์แวร์โอเพ่นซอร์ส และการจัดการเก็บข้อมูลบนคลาวด์ เป็นต้น^{3,27}

ปัญญาประดิษฐ์ในบทบาทของพยาบาล

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เข้ามาใช้ช่วยเหลือพยาบาลในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งในช่วงมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งได้เริ่มมีการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันของตนเองขึ้น เพื่อใช้นัดหมายพบแพทย์ออนไลน์ให้กับผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลเดินทางลำบากหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินทางไม่สะดวก ยกตัวอย่างเช่น แอปพลิเคชัน Siriraj connect ของโรงพยาบาลศิริราช ที่รวบรวมการบริการต่าง ๆ ให้สามารถใช้งานได้ทางโทรศัพท์มือถือ ได้แก่ บันทึกนัดหมาย การพบแพทย์ออนไลน์ ระบบสิทธิการรักษา ระบบแจ้งคิวเข้ารับการรักษา รวมถึงการจัดการข้อมูลส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วย

เข้าถึงการรักษาได้ง่ายและได้รับความสะดวกสบายมากขึ้นจากการนำนวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์เข้ามาช่วยจัดการอย่างเป็นองค์รวมนี้² พยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญที่ต้องทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เข้ากับผู้ป่วย เป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับรูปแบบการติดต่อสื่อสารของโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นพยาบาลจึงควรได้รับการฝึกฝนทักษะการใช้งานและมีความรู้ความเข้าใจในนวัตกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้เพื่อนำมาใช้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด²⁷

บทสรุป

ปัญญาประดิษฐ์เป็นเทคโนโลยีที่มีศักยภาพมากเพียงพอที่จะนำมาเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานการพยาบาลเนื่องจากสามารถลดภาระงานด้านเอกสาร เพิ่มเวลาในการดูแลผู้ป่วย ช่วยตรวจสอบความผิดพลาดจากการทำงาน และลดความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น ได้รับความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เพิ่มโอกาสการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีความแม่นยำสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัญญาประดิษฐ์ยังช่วยวางแผนการดูแลในระยะยาว เพื่อลดระยะเวลาพักฟื้นและลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติได้โดยเร็ว

อย่างไรก็ตามปัญญาประดิษฐ์ยังคงเป็นนวัตกรรมที่มีความท้าทาย ในเรื่องความสำคัญของความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วยและการรักษามาตรฐานความปลอดภัยซึ่งต้องใช้พื้นฐานด้านจริยธรรม ความรับผิดชอบ และความร่วมมือจากผู้ให้บริการสุขภาพทุกระดับ

References

1. Sittichanbuncha Y. Artificial Intelligence (AI) and its use in healthcare and emergency medicine. *Journal of Emergency Medical Service of Thailand*. 2021; 1(1): 91-104. (In Thai)
2. O'Brien RL, O'Brien MW. CE: Nursing Orientation to Data Science and Machine Learning. *American Journal of Nursing*. 2021; 121(4): 32-9.
3. McGrow K. Artificial intelligence: Essentials for nursing. *Nursing*. 2019;49(9): 46-9.
4. Office of the National Digital Economy and Society Commission. Ministry of Digital Economy and Society. Thailand AI Ethics Guideline. Bangkok: Office of the National Digital Economy and Society Commission; 2021. (In Thai)
5. Robert N. How artificial intelligence is changing nursing. *Nurse Manage*. 2019;50(9):30-9.
6. Lee D, Yoon SN. Application of Artificial Intelligence-Based Technologies in the Healthcare Industry: Opportunities and Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(1): 271-5.
7. Müller VC, Bostrom N. Future Progress in Artificial Intelligence: A Survey of Expert Opinion. In: Müller VC, editor. *Fundamental Issues of Artificial Intelligence*. Cham: Springer International Publishing. 2016;555-72.
8. Seibert K, Domhoff D, Bruch D, Schulte-Althoff M, Fürstenau D, Biessmann F, et al. Application Scenarios for Artificial Intelligence in Nursing Care: Rapid Review. *Journal of medical Internet research*. 2021; 23(11): e26522.
9. Stewart JE, Rybicki FJ, Dwivedi G. Medical specialties involved in artificial intelligence research: is there a leader?. *Tasman Medical Journal* 2020; 2(1):20-7.
10. Buchanan C, Howitt ML, Wilson R, Booth RG, Risling T, Bamford M. Nursing in the Age of Artificial Intelligence: Protocol for a Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*. research protocols. 2020; 9(4): e17490.
11. Boujarean H, Chankham W. Application of health innovations with artificial intelligence in nursing. *Thai Journal of Nursing*. 2020; 69(4): 60-7. (In Thai)

12. Wiljer D, Hakim Z. Developing an Artificial Intelligence–Enabled Health Care Practice: Rewiring Health Care Professions for Better Care. *Journal of medical imaging and radiation sciences*. 2019; 50(4): S8-14.
13. Sutton RT, Pincock D, Baumgart DC, Sadowski DC, Fedorak RN, Kroeker KI. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ digital medicine*. 2020; 3(1): 17-26.
14. Merker JD, Oxnard GR, Compton C, Diehn M, Hurley P, Lazar AJ, et al. Circulating Tumor DNA Analysis in Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology and College of American Pathologists Joint Review. *Journal of clinical oncology*. 2018; 36(16):1631-41.
15. Majumder S, Mondal T, Deen MJ. Wearable Sensors for Remote Health Monitoring. *Sensors (Basel)*. 2017; 17(1): 130-5.
16. Tutun S, Johnson ME, Ahmed A, Albizri A, Irgil S, Yesilkaya I, , et al. An AI-based Decision Support System for Predicting Mental Health Disorders. *Information systems frontiers : a journal of research and innovation*. 2023; 25(3): 1261-76
17. Abbott MB, Shaw P. Virtual Nursing Avatars: Nurse Roles and Evolving Concepts of Care. *Online journal of issues in nursing*. 2016; 21(3): 7-19.
18. Johnson KB, Wei WQ, Weeraratne D, Frisse ME, Misulis K, Rhee K, et al. Precision Medicine, AI, and the Future of Personalized Health Care. *Clinical and translational science*. 2021; 14(1): 86-93.
19. Subramanian M, Wojtuszczyzn A, Favre L, Boughorbel S, Shan J, Letaief KB, et al. Precision medicine in the era of artificial intelligence: implications in chronic disease management. *Journal of translational medicine*. 2020; 18(1): 472-84.
20. Boikanyo K, Zungeru AM, Sigweni B, Yahya A, Lebekwe C. Remote patient monitoring systems: Applications, architecture, and challenges. *Scientific African*. 2023;20:e01638.
21. Babbar P, Hemal AK. Robot-assisted urologic surgery in 2010 - Advancements and future outlook. *Urology annals*. 2011; 3(1): 1-7.
22. Asgharian P, Pancha AM, Ferland F. A Review on the Use of Mobile Service Robots in Elderly Care. *Robotics*. 2022; 11(6): 127-54.
23. Shorey S, Ang E, Yap J, Ng ED, Lau ST, Chui CK. A Virtual Counseling Application Using Artificial Intelligence for Communication Skills Training in Nursing Education: Development Study. *Journal of medical Internet research*. 2019; 21(10): e14658.
24. Janthaweek S, Siritarungsri B, Pamulila S & Asdornwiset U. The Development of an Enhancing Competency Program through Electronic Media for Perioperative Nurses to Care Patients with Brain Tumor Surgery at Sunpasitthiprasong Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(3): 48-57. (in Thai)
25. Charoenwong Z, Keskomon T & Tamsat A. Virtual Classroom in Teaching and Learning for Nursing Students in Digital Age. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(2): 120-8. (in Thai)
26. Taotho A, Phontip K, Chapradit C, Somkhantee T, Yeunyow T & Sareelae N. The Management of Teaching and Learning in Nursing by Using Virtual Reality Simulations. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(1): 27-34. (in Thai)
27. Ronquillo CE, Peltonen LM, Pruinelli L, Chu CH, Bakken S, Beduschi A, et al. Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of Advanced Nursing*. 2021; 77(9): 3707-17.

การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน: บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Strengthening the Community: Role of Village Health Volunteer

ปณณทัต จันทพานิช* เวธกา วงษ์มณี นารัก จูดาบุตร

Pannathat Chanpanit* Weathaka Wongmanee Narak Judabood

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000

Faculty of Nursing Sisaket Rajabhat University, Sisaket, Thailand 33000

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความเข้มแข็งและมีความสามารถในการช่วยเหลือประสานงานที่เกี่ยวกับสุขภาพของทีมนักวิชาการด้านการแพทย์ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีความคุ้นเคยในพื้นที่ทั้งชุมชนเมืองและชนบท จึงส่งผลดีต่อการทำงานและสามารถเข้าถึงชุมชนได้ง่าย สามารถชักจูง ชี้นำชุมชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดี อีกทั้งหากได้รับการอบรมหรือส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และได้รับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ดังเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ค่าป่วยการ การจัดสรรโควตาการศึกษาในกระทรวงสาธารณสุข การรักษาพยาบาลและการลดค่าโดยสารรถไฟ ซึ่งก็จะเป็นแรงผลักดันให้กลุ่มดังกล่าวมีขวัญกำลังใจ มีสมรรถนะในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานหรือแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพสู่ชุมชน ในการศึกษาข้อมูลที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเป็นโมเดล ด้านพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วม ในการจัดตั้งชมรม เครือข่ายสุขภาพ กิจกรรม และการมีส่วนร่วมในเครือข่ายบริการสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และบทบาท ในการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย แก่ตัวผู้ป่วย และผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ส่งผลต่อการพัฒนา และการส่งเสริมความเข้มแข็งในชุมชน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ชุมชนเข้มแข็ง, บทบาทหน้าที่

Abstract

The Village Health Volunteer are group of strong and helpful health personnel, well-coordinated health teams, the group that is well-trained group in the area so that ,they can work well and have easy access to the community in Urban and Rural. They can encourage the community to change health behaviors in the right direction, even if they are trained or promoted health knowledge and receive a gift in practice. Excellent of Village health volunteer ; Fees, education quota allocation in the Ministry of Public Health, Medical treatment and train fare reduction for example, will be the driving force for such groups to have a gift of motivation and performance to work, which will impact sustainable health promotion policies or plans in communities and studies have demonstrated that village health volunteers can serve as health behavior models, participate in health networking, activities, and participation in public health services networks in family physicians, home visited, and local patient care, and play a role in transmi ted knowledge and specific

Corresponding Author: *E-mail: Pannathatc@sskru.ac.th

วันที่รับ (received) 12 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.ค. 2566

skills in care for patients, developing patients and caregivers well, and contributed the development and strengthening of the community.

Keywords: Village Health Volunteer, Strengthening the Community, Role

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยจากร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2006 เพิ่มเป็นร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050 ดังนั้นเมื่อแนวโน้มผู้สูงอายุมากขึ้น ร่วมกับการมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ประชาชนมีอาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นในชุมชน แต่ก็ยังเข้าถึงระบบสุขภาพได้ยังไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะพื้นที่ในชนบทหรือต่างจังหวัด การมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะส่งผลดีในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆที่เข้าถึงและได้รับความไว้วางใจจากชุมชน ซึ่งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศภายใต้หลักการส่งเสริม ผลักดันให้ประชาชนในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว จึงถือได้ว่าเป็นกลไกหรือแรงขับเคลื่อนที่สำคัญที่มีส่วนในการช่วยยกระดับคุณภาพงานด้านบริการสาธารณสุขโดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วย ในแบบแผนพัฒนานโยบายระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง อีกทั้งในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงแรกๆ ส่วนใหญ่ทำงานดูแลและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการสำรวจข้อมูล ตัวบ่งชี้ จปฐ. ช่วยสนับสนุนดูแลปัญหาสุขภาพทางกาย ครอบคลุมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน ดูแลประชาชนในพื้นที่ทั้งด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในครอบครัว ในชุมชนอย่างใกล้ชิด แต่ในยุคปัจจุบันมีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรมากขึ้น จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำงานในเชิงรุกมากขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น จึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพงานด้านบริการสาธารณสุขตามนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข^{1 2}

ดังนั้นรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข มีความมุ่งมั่นที่จะขับเคลื่อนนโยบาย และให้ความสำคัญ ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนา เห็นคุณค่า

ความสำคัญ ของ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ในฐานะเป็นแกนนำสำคัญในการดูแล ส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้สามารถพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนลดการพึ่งพาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นต้องช่วยผู้พลดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล อีกทั้ง ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล ทั้งนี้หนึ่งในบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของ “อสม. หมอประจำบ้าน” คือ การส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยเป็นแกนนำในการส่งเสริมให้ประชาชน ดูแลปฏิบัติตนด้าน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส ห่างไกลสารเสพติดและอบายมุข เพื่อช่วยลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด อย่างมีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวัง เพื่อให้การปฏิบัติงานของ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีความถูกต้องชัดเจนเป็นรูปธรรม³

ในรัฐธรรมนูญไทยราชอาณาจักรไทย กำหนดให้มีความอิสระแก่ท้องถิ่น ในการปกครองตนเอง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายในการปกครอง บริหารบุคคล การเงินการคลัง มีอำนาจของตนเองโดยเฉพาะ ทำให้เกิดการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นปกครองด้วยตนเอง ส่งเสริมให้มีการปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท) มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการคัดเลือก และได้รับการอบรมในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในทีมบุคลากรด้านสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย (change agents) ซึ่งคอยช่วยสนับสนุนในด้านข่าวสารสาธารณสุข แนะนำการเผยแพร่ความรู้ วางแผน ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนงานสาธารณสุขด้านต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลขั้นต้น อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยสนับสนุนในการสร้าง

ความเข้มแข็งในชุมชน โดยมีบทบาทในทีมหมอครอบครัว ในการออกเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง พิการและโรคเรื้อรัง เป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ของคนในชุมชน และยังมีส่วนร่วมในเครือข่ายบริการสุขภาพ ในชุมชน สามารถดำเนินโครงการหรือกิจกรรมต่อการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันภายใต้การดูแล ให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริม เพิ่มทักษะการถ่ายทอดความรู้ ทักษะในการดูแลทั้ง ผู้ป่วยและญาติ ^{4 5}

จากการประชุมในระดับนานาชาติ เกี่ยวกับการสร้าง เสริมสุขภาพครั้งที่ 1 เมืองออตตาวา (Ottawa) ประเทศแคนาดา ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ.2529 ซึ่งจัดขึ้นเกี่ยวกับ ความต้องการสาธารณสุขแนวใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพดี ถ้วนหน้า และกระทรวงสาธารณสุขนำการสาธารณสุขมูลฐาน มาเป็นกลวิธีในการพัฒนาประเทศ ภายใต้การส่งเสริมให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ในรูปแบบให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยพัฒนาสุขภาพในชุมชน ดังนั้นจึงมีนโยบาย โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในรูปแบบเชิงรุก เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนก่อให้เกิดมีประสิทธิภาพเชิงรุกอย่าง เป็นระบบ ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการ พึ่งพาโรงพยาบาล ช่วยในการลดภาวะแออัดของโรงพยาบาล เป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลในการช่วยลดอัตราการ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และยังช่วยในการแก้ไข ปัญหายาเสพติด ในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ^{6 7}

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกี่ยวกับระเบียบ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้านต่อการเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ตามหลักการ สาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือก จากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการอบรมตามหลักสูตร มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ชื่อย่อว่า “อสม” มีชื่อเรียก ภาษาอังกฤษว่า village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV” การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม) ที่เหมาะสมนั้นจะช่วยให้ทีมสุขภาพเกิดความ เข้มแข็ง มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ มีชื่อในทะเบียนบ้าน

และอาศัยอยู่เป็นประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ และ สมัครงใจและเสียสละ และประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคย ร่วมดำเนินการงานด้านสาธารณสุขและต้องมีความประพฤติอยู่ใน กรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจาก ประชาชน มีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ สามารถเป็นแบบอย่างได้ มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาท อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ดังนั้นหน้าที่เพิ่มเติมคือเป็น ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนใน หมู่บ้าน และทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้และแกนนำด้าน สุขภาพให้แก่ชุมชน ช่วยเหลือให้คำแนะนำในชุมชนได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจาก สถานบริการ จำยาเม็ดคุมกำเนิด คุมยางอนามัย การ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ และ ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกันสาธารณสุขในหมู่บ้าน เรื่องโภชนาการ อนามัยแม่ และเด็ก สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการเฝ้าระวังโรคประจำ ถิ่น ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน ชุมชนรวมทั้ง งบประมาณพัฒนาที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข และชักชวน ชุมชนในการเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน รวมกลุ่มในชมรมในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ ⁸

บทบาทตามนโยบายเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่บทบาทเชิงรุกในชุมชนเกี่ยวกับกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน รวมทั้งมีหน้าที่ เกี่ยวกับการดูแลติดตาม เสริมสร้างสุขภาพ การฟื้นฟู เกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นในระบบทีมสุขภาพจึงกล่าวได้ว่าเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นกำลังหลักที่ช่วย ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างยิ่ง จากผล การศึกษาในเรื่องของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ต่อการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีความสามารถในการดำเนินการ ในการร่วมวางแผน ประเมินผลรวมทั้งการใช้คำพูดชักจูง เชื่อเชิญ ในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เป็นแกนนำของคนในชุมชนในการติดตามเยี่ยมบ้านในเชิงรุก เน้นเรื่องของการให้กำลังใจ การดูแลกำกับและประสานงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ ทางกายภาพ เพื่อฟื้นฟู ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น นอกจากนั้นในการส่งเสริม ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทนักจัดการสุขภาพ การรับรู้ใน โรคเรื้อรังในชุมชน และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ลงสู่ชุมชน ได้รับการดูแลเอาใจใส่ กลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ดีขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมความเป็นผู้นำหรือแกนนำในเรื่องของ การส่งเสริมสุขภาพ เข้ามาจัดการควบคุม ป้องกันโรคติดต่อ ตามแนวชายแดน ในการช่วยเหลือและสนับสนุน ทีมบุคลากร การแพทย์ สามารถทำให้การบริหารจัดการควบคุมโรคติดต่อ ได้ดีขึ้น ร้อยละ 43.8 อย่างมีนัยสำคัญ^{9 10 11}

ในการศึกษาติดตามผลการดำเนินงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของเมืองสุลาเวสี เขตตะวันตก ของประเทศอินโดนีเซียโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน โดยการติดตามผ่านการใช้โปรแกรม comm care application ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องของกิจกรรม ในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชุมชน ส่งผลให้ชุมชน สามารถดูแลตนเอง เกิดความเข้มแข็ง หากได้รับการสนับสนุน นโยบายจากภาครัฐ ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง¹²

กลวิธีในการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนถือเป็นกระบวนการ เพิ่มสมรรถนะความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสุขภาพในตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน คือผลลัพธ์จาก อิทธิพลของปัจจัยในการกำหนดภาวะสุขภาพในด้านบุคคล ปัจจัยพื้นฐานทางสังคม สิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพ จึงก่อให้เกิดความผาสุก กลายเป็นสังคมสุขภาพ ฉะนั้นการสร้าง ความเข้มแข็งในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควรมีการส่งเสริมแกนนำทางด้านสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดความ ยั่งยืน โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มดังกล่าวมีความสามารถเข้ากับชุมชนได้ทุกพื้นที่ ชุมชน ให้การต้อนรับ และให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ได้เป็น อย่างดี จึงถือได้ว่ากระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจำเป็นต้อง มีความเคลื่อนไหวและให้ความร่วมมือทุกภาคส่วนในการสร้าง

เสริมสุขภาพ จึงได้ยึดหลักกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพโดยเน้น การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน มุ่งเน้นชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชน เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง โดย ยึดกลยุทธ์หลักตามกฎบัตรรอตตาวา เป็นโมเดลในการเสริม สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ดังนี้ การชี้แนะ (advocate) การเพิ่มความสามารถของบุคคล (enable) การสื่อกลาง (mediate) ซึ่งกลวิธีสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยการสร้าง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build health public policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) และการปรับเปลี่ยนบริการ สาธารณสุข (reorient health services) อีกทั้งกลยุทธ์ ดังกล่าวมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งได้ จึงนำมาเป็นเกณฑ์หลักในการพัฒนาชุมชน โดยให้แกนนำอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำในการขับเคลื่อน การส่งเสริมสุขภาพ^{12 13}

กลยุทธ์แนวทางดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบบมีส่วนร่วม

1. การชี้แนะสนับสนุน (advocate)

การชี้แนะสนับสนุนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ด้านชีวภาพ และสนในด้านสุขภาพในเรื่อง ของการจัดโครงการหรืออบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. โดยให้ อสม. เป็นนักจัดการ สุขภาพในชุมชนได้เรียนรู้หลักการตามหลัก 3อ2ส (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) การคัดกรอง ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เพื่อ สามารถเป็นกลุ่มที่พัฒนาและสนับสนุนประชากรให้มีสุขภาพ ที่ดี พบว่าสามารถให้ชุมชนมีความรู้ในการดูแลตนเองได้และ การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามีส่วนร่วมใน การจัดการควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนของหมู่บ้าน อำเภอลำปาง จังหวัดพะเยานั้น ทำให้การจัดการควบคุมป้องกัน โรคติดต่อตามแนวชายแดนได้อย่างมีนัยสำคัญ^{10 11}

2. การเพิ่มความเข้มแข็ง (Enable)

การเพิ่มความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากเป็นการเพิ่มทักษะหรือสมรรถนะให้กับทีมสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพ แล้วยังเป็นการก่อให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชนในทางอ้อมระยะยาว และความเสมอภาคในชุมชน จากผลการศึกษาในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน การสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอยู่ในระดับดี รวมทั้งการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องการคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเป็นอย่างดีอย่างมีนัยสำคัญ ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่า การกระตุ้นให้อสม. มีทักษะทางสังคม แรงจูงใจ ก่อให้เกิดการพัฒนาด้านศักยภาพ สามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น^{12 13}

3. การเป็นตัวกลาง (mediate)

การชักจูงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบทีมสุขภาพ เป็นตัวกลางในการประสานงานและสามารถเข้าถึงระบบปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ ดังเช่น ทำหน้าที่ในการเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่ในชุมชน ประสานงานข่าวเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ในท้องถิ่น แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้แอป smart อสม. ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน จัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อส่งต่อไปยังหน่วยต้นสังกัด เป็นการประเมินปัญหาสุขภาพเบื้องต้นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข^{14 15}

4. กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy)

การสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนได้การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในโรงพยาบาลสาธารณสุขในรูปแบบเชิงรุก เป็นทีมที่จะเข้ามาจัดการดูแลถึงแม้จะมีคำตอบแทนน้อยหรือไม่มีเลย แต่เพื่อชุมชนที่อาศัยอยู่จึงส่งผลให้เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดี จากผลการศึกษาให้มีการส่งเสริมนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้โครงการชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

โดยแกนนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การเป็นผู้นำในการเดินอารบิกออกกำลังกาย หรือแม้กระทั่งการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดของร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ข้อจำกัดด้านสมรรถนะด้านร่างกาย ส่งผลให้เกิดการตอบรับหรือเกิดวิถีแห่งความสุขในชุมชนได้^{16 19}

4.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน (creative supportive environments)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพทั้งสิ่งแวดล้อมและสภาพเป็นสิ่งที่เปราะบางซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ ดังนั้นหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ย่อมส่งผลต่อปัญหาสุขภาพหรือเกิดคุกคามต่อสุขภาพ เป้าหมายที่จะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดีถ้วนหน้าจำเป็นต้องทำสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ ส่งเสริมนโยบายให้เอื้อต่อการสืบสุขภาพดี อีกทั้งการส่งเสริมสนับสนุนในสิ่งแวดล้อมที่มีการเอื้อประโยชน์ต่อการที่ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการดูแลหรือการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ทำให้การฟื้นฟูสมรรถนะทางร่างกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)¹⁷

4.3 การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนร่วมกับชุมชน จะช่วยให้การดำเนินงานต่อยอดสู่ความยั่งยืน ซึ่งต้องให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีกระบวนการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เข้าถึงการศึกษาข้อมูลสารสนเทศในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจ และในการศึกษาแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นแกนนำเกี่ยวข้องในเรื่อง ของการออกกำลังกาย การฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในชุมชน ($p < .05$) รวมทั้งเป็นผู้นำชุมชนในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สับสน ไม่ดื่มสุรา)^{17 19}

4.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill)

ในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มอาสาสมัครที่จะเข้ามาช่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน เสริมสร้างทีมบุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในด้านต่างๆ

โดยเฉพาะแนวทางการพัฒนาความรู้ในการคัดกรองโรคเบื้องต้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง การใช้ smart app ซึ่งเป็นแอปพลิเคชัน โดยเข้ามาจัดการ ช่วยเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว มายังศูนย์กลางข้อมูล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) และการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) และองค์ความรู้ในการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไต ร่วมกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จากข้อมูลในการศึกษาถึงแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหรือศักยภาพต่างๆของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้น จะสามารถช่วยให้กลุ่มดังกล่าวเป็นแกนนำในการช่วยเหลือและการเข้าถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมถึงช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในเชิงลึกได้^{8 14 19}

4.5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient health service)

การปรับเปลี่ยนในด้านการบริการสุขภาพ จำเป็นจะต้องให้ความสนใจในการกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมโดยเฉพาะงานวิจัยด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดตั้งโครงการอบรมต่างๆให้แก่ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ความสามารถในเรื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถทำงานในรูปแบบการบริการเชิงรุกในการค้นหากลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในชุมชน ดังเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ เป็นต้น มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเสี่ยง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ในการศึกษาที่ส่งผลถึงประสิทธิภาพที่แสดงให้เห็นถึงการบริการสุขภาพเชิงรุก โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้มีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนได้ดีถึงร้อยละ 13.8 และการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สามารถจัดการควบคุม โรคติดต่อตามแนวชายแดน ($r = 0.387$) รัฐบาลพหุหน้าที่ของตนเองในการควบคุมโรคติดต่อ ($r = 0.040$) จากปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของการให้บริการเชิงรุกได้แบบมีประสิทธิภาพที่ร้อยละ 43.8^{11 19} ดังนั้นรูปแบบกิจกรรมที่ควรดำเนินการหรือออกแบบร่วมกันในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เพื่อเป็นแนวร่วมการปฏิบัติงานที่เข้มแข็งในทีมสุขภาพ เพื่อประโยชน์ให้แก่ชุมชนอย่างยั่งยืน ดังเช่น ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการจัดเก็บข้อมูลหรือส่งเสริมอบรมการเรียนรู้ผ่าน “smart application อสม.” และการอบรมวิธีการใช้ยาเบื้องต้นที่ถูกต้องตามหลัก RDU ในชุมชน อบรมการดูแลเบื้องต้นป้องกันแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยนอนติดเตียงรวมทั้งป้องกันข้อยึดติดในชุมชน ส่งเสริมความรู้ในการคัดกรอง กลุ่มโรคในชุมชน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง นอกจากการส่งเสริมในด้านอื่นๆ ที่จะเป็นขวัญใจในการทำงานของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดีเด่นประจำปี รวมทั้งการพิจารณาเรื่องผลตอบแทนในการทำงาน

ผลงานเด่นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาข้อมูลในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นประจำปีพบว่าสิ่งที่ เป็นปัจจัยและแรงผลักดันให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติงานนั้นได้แก่ ครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแนวทางการดำเนินงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำในการพัฒนาในชุมชน ได้แก่ การเข้าอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน พันฟูในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโรคติดต่อในชุมชนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นคนจัดทำโครงการมีพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นครูพี่เลี้ยง การดำเนินการจัดตั้งและสร้างกลุ่มในชุมชน ให้มีการสำรวจชุมชน โดยการใช้เครื่องมือศึกษาชุมชน 7 ชั้น เพื่อนำมาวางแผนในการออกแบบส่งเสริมสุขภาพ และสร้างนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ ที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในท้องถิ่น

การประยุกต์ใช้นวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ดำเนินการดำเนินการและได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากชุมชน ได้แก่ การนำหลักสมาธิบำบัด (SKT) ในผู้ป่วยกลุ่มมีอาการปวดศีรษะ และโรคความดันโลหิตสูงการจัดทำอุปกรณ์ฟื้นฟู สำหรับกลุ่มผู้ป่วยพิการ กระดานฝึกเดินและวงล้อป้องกันไหล่ติด ตลอดจนการใช้หน้ากากชีวภาพในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ลดการใช้สารเคมีและการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังโรคในชุมชน รวมทั้งการจัดตั้งกลุ่ม line เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและสมุนไพรในชุมชน

นวัตกรรมเบื้องต้นที่นำเสนอไปนั้นเป็นเพียงผลงานส่วนหนึ่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นในชุมชนเป็นผลเนื่องจากแรงจูงใจในการทำงานด้านบวก แรงผลักดันการส่งเสริมบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จึงส่งผลให้การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁸

สรุป

การส่งเสริมความรู้ในด้านต่าง ๆ ให้แก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉพาะเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนของการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูที่เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคติดต่อในชุมชน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีด้านการสำรวจ ส่งต่อ การจัดเก็บข้อมูลที่ทันสมัย จะช่วยให้ทางทีมสุขภาพได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ทันสมัยอยู่ตลอดเวลาและเป็นการแบ่งเบาภาระงาน ส่งผลให้การจัดการสุขภาพในชุมชนมีความคล่องตัวสูง และการคัดเลือกเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้บุคคลที่มีสมรรถนะในการมีเจตคติที่ดี มีความเสียสละ มีความกระตือรือร้น และมีการเข้าอบรมและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ระบบทีมสุขภาพในชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้นส่งผลต่อองค์กรและผู้ป่วยในชุมชนได้เป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization. Report of the international conference on primary health care. New York: N.P. press; 2020.
2. Bureau of Research and Statistics. Aging society in ASEAN. Millet Publishing House, 2015. (in Thai)
3. Kaeodumkoeng K, Pekalee A. The Role of Village Health Volunteers in the Family Care Team. KKU Journal for Public Health Research. 2016;9(2):6-16. (in Thai)
4. Wongkiatkajorn P. Strategic Concepts Management, Development, Local Government Organizations. Punyachon. Bangkok; 2013. (in Thai)
5. Bureau of Public Health Administration Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Family Doctor Team: The people are at ease with relatives in general as a family doctor team. Bangkok. Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand. 2022.
6. Powwattana AR. Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice. 3th clungnana vittaya, Bangkok; 2013. (in Thai)
7. Chanwan BE. Village Health Volunteers' self efficacy on the participation in elderly health promotion program according to health regulation in municipality of Pathumthani province; Mahidol university; 2014. (in Thai)
8. Ministry of public health . Village Health volunteers course book. Department of health; 2019.
9. Chinchai P, Khamwong P. The effects of rehabilitation education for village health volunteers on walking speed and upper extremity function in stroke survivors in Thailand. South African Journal of Occupational Therapy. 2017;47(3):32-8. (in Thai)
10. Kulchaya Loiha. Strengthening the role of community health managers of village health volunteers in Puei Subdistrict, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province. Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. 2017; (24): 1-13. (in Thai)
11. Suttasilp ME. Factors Influencing Participation in Managing to Control and Prevention the Spread of Contagious Disease The Border Area of the Village Public Health Volunteer in Phusang District Phayao Province. 2017;18(1). 83-93. (in Thai)

12. Walton M, Arsyad Ds, Alimuddin S, Arundhana, Al, Guest D, McMahon P, et al. Implementing A One Health village volunteers programme in West Sulawesi, Indonesia: A pilot study, *Global Public Health*. 2021;16(1):1741-56.
13. Lee CY, Kim HS, Ahn YH, Ko IS, Cho YH. Development of a community health promotion center based on the World Health Organization's Ottawa Charter health promotion strategies. *Japan Journal of Nursing Science*. 2009;6(2): 83-90.
14. Pathan A, Mongkolsomlit S. Effectiveness of Mental Health Care Literacy Promotion Program of Eldely People among Village Health Volunteers, Pathumthani Municipality Province, 2020;12(2): 214-30. (in Thai)
15. Runghana Arahung, Sutheera Hoontrakul, Sasitorn Roojanavech. The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-hypertension Risk Group at a Community in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal*; 2014, 45 (3): 509-26. (in Thai)
16. Merchant RA, Tsoi CT, Tan WM, Lau W, Sandrasageran S, Arai H. Community-Based Peer-Led Intervention for Healthy Ageing and Evaluation of the "HAPPY" Program. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2021;25(4): 520-7.
17. Chinchai P, Sirisatayawong P, Jindakum N. Community Integration and Quality of Life: Stroke Survivors as Recipients of Rehabilitation by Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *Occupational Therapy in Health Care*; 2020;34(3): 277-90. (in Thai)
18. Primary Public Health Development Central. Outstanding achievements and innovations of village health volunteers :2020,(1): 4-30. (in Thai)
19. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion ; Working Guide. Geneva: World Health Organization. 2021.

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล Competencies of Professional Nurses in the Hospital

ณัฐวิโรจน์ ชูดำ¹ ศศินาภรณ์ โลหิตไทย^{*2} ณัฏฐินี ชัวชมเกตุ³

Natthawiroot Choodum¹ Sasinaporn Lohitthai^{*2} Natthinee Chua Chomket³

¹คณะพยาบาลศาสตร์สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ ชลบุรี ประเทศไทย 20250

¹School of Nursing Panyapiwat Institute of Management Chonburi Bangkok Thailand 20250

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จันทบุรี ประเทศไทย 22000

²Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University Chanthaburi Bangkok Thailand 22000

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พัทลุง 93210

³Faculty of Nursing Thaksin University Phatthalung Bangkok Thailand 93210

บทคัดย่อ

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหลักไว้เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการกำหนดสมรรถนะกลางเพื่อวัตถุประสงค์ คือ การส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และก้าวหน้าของวิชาชีพ ปัจจุบันสภาการพยาบาลกำหนดให้ทุกแผนกมีสมรรถนะ 8 ด้านเหมือนกัน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ และการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารเชิงวิชาชีพ และการสัมพันธภาพ 7) สมรรถนะด้านการใช้เครื่องมือ และเทคโนโลยี และ 8) สมรรถนะด้านสังคม

ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลมีหลายแผนกจึงมีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันไปตามศักยภาพตามแผนกที่ตนเองรับผิดชอบ โดยในแต่ละโรงพยาบาลจะมีแผนกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลนั้นๆ ในบทความวิชาการนี้ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการแบ่งระดับสมรรถนะพยาบาลตามแนวคิดของ Benner และ Bloom สมรรถนะของฝ่ายการพยาบาล สมรรถนะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สมรรถนะพยาบาลแผนกผู้ป่วยหนัก สมรรถนะพยาบาลแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สมรรถนะแผนกผู้ป่วยศัลยกรรม สมรรถนะพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สมรรถนะพยาบาลแผนกสูติกรรมห้องคลอด สมรรถนะแผนกกุมารเวชกรรม และสมรรถนะพยาบาลแผนกห้องผ่าตัดวิสัญญี

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาล

Abstract

The Nursing Council has determined the main professional nurse competencies in order to increase the competency of professional nurses. The central competencies are defined for the purposes of promoting education, service, research, and professional advancement. Currently, the Nursing Council requires that all departments have the same 8 competencies. consisting of 1) ethical competence Ethics and law 2) nursing and midwifery practice competency 3) professional character competency 4) management leadership competency and quality development, 5) academic and research competencies

Corresponding author *E-mail: sasinaporn.l@bru.ac.th

วันที่รับ (recived) 22 เม.ย 2566 วันที่แก้ไข (revised) 3 ต.ค 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ต.ค 2566

6) communication and relationship competencies, 7) technology and information competencies, and 8) social competencies.

This is because the hospital has many departments, so they have different expertise according to the capacity according to the department they are responsible for. Each hospital has different departments depending on the size of that hospital. This academic article contains content about nursing competency grading based on Benner and Bloom's concepts. Nursing competencies in the Accident and Emergency Department Nursing performance in the intensive care unit Competency of nurses in the department of aging patients' performance of the surgical patient department Nursing competencies in the outpatient department Competency of nurses in maternity department, delivery room competency of the pediatric department and the competency of nurses in the anesthesiology operating room department.

Keywords: Competencies of professional nurses, Hospital

บทนำ

สภาการพยาบาลได้มีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเป็นสมรรถนะกลาง มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์และอำนาจให้สภาการพยาบาลส่งเสริม การศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างเต็มที่ โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก สาขาการพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรอบรมขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลศาสตร์ให้ทันยุคสมัย¹

ปัจจุบันสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 8 ด้าน

- 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย
- 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ
- 4) สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- 5) สมรรถนะด้านการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ
- 7) สมรรถนะด้านการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางวิชาชีพ
- 8) สมรรถนะด้านสังคม

จากข้อกำหนดสมรรถนะหลักดังกล่าว ไม่ใช่แค่เพียงระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอกเท่านั้นที่มีการกำหนดสมรรถนะ แต่รวมถึงการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย ฝ่ายการพยาบาล แผนกผู้ป่วยพิเศษ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แผนกผู้ป่วยหนัก แผนกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก แผนกสูติกรรมห้องคลอด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกห้องผ่าตัด วิสัยทัศน์ จากการศึกษาพบว่า มีการแบ่งสมรรถนะทางการพยาบาลตามแนวคิดพื้นฐาน 2 แนวคิดหลัก ดังนี้ แนวคิดแรก เป็นการแบ่งระดับตามประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ (Novice to Expert) ตามแนวคิดของ Benner แบ่งเป็น 5 ระดับ และแนวคิดที่สอง เป็นการแบ่งระดับตามความสามารถและพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลในการนำไปประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Bloom (Bloom's Taxonomy) แบ่งเป็น 6 ระดับ เรื่องสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนพบว่า พยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนจะมีสมรรถนะหลัก 6 สมรรถนะ ดังนี้ 1) ความรู้ที่ทันสมัย และความเชี่ยวชาญทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 2) ความเป็น Hospitality ที่เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลไทย 3) ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การจัดการรูปแบบความคิด และ 6) สามารถสืบค้นข้อมูลเทคโนโลยีเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษาดังกล่าวทำให้เห็นว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในประเทศอาเซียนมีความคล้ายคลึงกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สภาการการพยาบาลกำหนดให้เป็นสมรรถนะหลัก

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อ่านโดยเฉพาะพยาบาลในแต่แผนกเข้าใจและรับรู้สมรรถนะของตนเอง รวมไปถึงสามารถนำมาปรับใช้กับหน่วยงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าพยาบาลระดับเริ่มต้นงานใหม่ (Novice) ยังไม่เข้าใจบทบาทและสมรรถนะของตนเอง จึงทำให้ผู้เขียนสนใจที่จะให้บทความ

วิชาการฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเป็นคู่มือปฏิบัติที่บ่งบอกถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนก

สมรรถนะพยาบาลมีการแบ่งระดับตามแนวคิดที่เป็นพื้นฐาน 2 แนวคิด ประกอบด้วย

แนวคิดแรก แนวคิดของ Benner มีการแบ่งระดับตามประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ (Novice to Expert) เป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ระดับเริ่มต้นงานใหม่ (Novice) เป็นระดับของผู้ที่จบใหม่ หรือผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง และจากการศึกษา² ในเรื่องการพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ควรมีความสามารถในการปฏิบัติงานการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทุกช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพดี เสียหรือป่วยมีความรู้ความสามารถระดับพื้นฐานในการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน วิกฤติ และการดำเนินสู่ศาสตร์ 2 ระดับที่ 2 ระดับเริ่มต้นที่มีประสบการณ์มาแล้วระยะหนึ่ง (Advance Beginner) เป็นระดับที่เริ่มมีประสบการณ์แต่ยังไม่กล้าตัดสินใจ หรือยังไม่สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ได้ จำเป็นต้องมีแนวทางหรือผู้ชี้แนะ ระดับที่ 3 ระดับผู้มีความสามารถ (Competence) ระดับนี้มักเป็นผู้ที่ทำงานมาแล้วประมาณ 2-3 ปี เริ่มมีการพัฒนาทักษะความสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับสถานการณ์ใหม่ๆ ระดับที่ 4 ระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) เป็นระดับที่มีความสามารถมากขึ้น สามารถมองสถานการณ์ต่างๆ อย่างองค์รวม สามารถตัดสินใจพิจารณาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อนได้ มักพบในผู้ที่ทำงานมานาน 3-5 ปี ซึ่งบุคลากรเหล่านี้จะมีสมรรถนะหลัก (Core Competency) สมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ (Functional Competency) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional Competency) สมรรถนะเฉพาะสาขา (Specific Competency) ระดับที่ 5 ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นระดับที่มีประสบการณ์และพื้นฐานความรู้ที่แน่นอนสามารถควบคุมสถานการณ์ และจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ในระยะเวลาอันรวดเร็วโดยไม่ต้องเสียเวลาในการวิเคราะห์มากนัก

แนวคิดที่สอง เป็นการแบ่งระดับตามความสามารถและพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลในการนำไปประยุกต์ใช้ (Bloom's Taxonomy) ซึ่ง Bloom ได้แบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้ (Knowledge) เป็นระดับความรู้ การจดจำ

ในสิ่งที่ได้เรียนมาจะมีการตอบสนองต่องานในลักษณะเลียนแบบ ระดับความเข้าใจ (Comprehend) เป็นระดับที่สามารถอธิบาย บอกความแตกต่างแสดงความเข้าใจในสิ่งที่เรียนมาประมาณค่าได้ และเข้าใจกระบวนการ ระดับการประยุกต์ (Application) เป็นระดับการประยุกต์ใช้ความรู้กับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ใหม่ๆ ได้ ระดับวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถแก้ปัญหาตรวจสอบแยกส่วน และหาความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน ระดับสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นระดับที่สามารถนำไปสู่การประกอบเป็นรูปแบบใหม่ที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมได้ เช่น การวางแผนใหม่ หรือนำการอบรมไปแก้ปัญหา ระดับประเมิน (Evaluation) เป็นระดับที่สามารถวัดและตัดสินใจได้ว่าอะไรผิด อะไรถูก สามารถตัดสินคุณค่าบนพื้นฐานของเหตุ และผล และสามารถสรุปได้ชัดเจน

ซึ่งจากแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของ Benner และ Bloom ทำให้เห็นว่าประสบการณ์เป็นสิ่งสำคัญต่อการเพิ่มสมรรถนะในทุกๆ ด้าน รวมไปถึงความรู้ใหม่ๆ ที่ในปัจจุบันโลกของเราได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างเป็นพลวัตที่มองเห็นได้ชัดเจน คือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้เราเห็นได้ชัดเจนว่าประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ การทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันสามารถสะท้อนให้เห็นสมรรถนะของพยาบาลได้ชัดเจนมากขึ้น โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ หรือเพศ แต่เป็นการสั่งสมจากประสบการณ์การทำงาน บางคนเริ่มทำงานใหม่ 6 เดือนแต่จะต้องไปเป็นพยาบาลแผนกโควิด พยาบาลก็สามารถนำความรู้ที่ได้เรียนมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถรู้จักป้องกันตนเอง และผู้ใกล้ชิดไม่ให้ติดเชื้อจากการไปให้การพยาบาลคนป่วยโควิด-19 ได้ จึงสะท้อนให้เห็นได้ว่าประสบการณ์และการฝึกฝน รวมไปถึงการได้ปฏิบัติงานจริงทำให้สมรรถนะของพยาบาลในทุกๆ ระดับมีความแตกต่างกัน แต่ขึ้นอยู่กับว่าพยาบาลจะนำสมรรถนะนั้นมาใช้ในรูปแบบไหน เช่น พยาบาลที่ประสบการณ์อาจจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ให้พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า แต่มีร่างกายที่แข็งแรง มีกำลังแรงมากกว่าเป็นผู้ปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามประสบการณ์ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

สมรรถนะของฝ่ายการพยาบาล

สมรรถนะของพยาบาลฝ่ายการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล และคุณลักษณะวิชาชีพ³

1. สมรรถนะเทคนิคเชิงวิชาชีพเป็นสมรรถนะที่ทำให้เห็นว่าพยาบาลหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าฝ่าย การพยาบาลมีการนำกระบวนการพยาบาลมาบูรณาการในกรณีที่ต้องตัดสินใจในหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และปลอดภัยอย่างทันท่วงที

2. สมรรถนะด้านการจัดการเป็นสมรรถนะที่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลสามารถคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์เฉพาะหน้า และสามารถประสานกับหน่วยงานหรือบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย หรือญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สมรรถนะการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นสมรรถนะที่มีความท้าทาย เนื่องจากการบริหารจัดการตารางเวรและอัตรากำลัง โดยสามารถมอบหมายงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้องตามสมรรถนะของพยาบาล ส่งผลให้เกิดความปลอดภัย และความพึงพอใจที่ดีต่อผู้รับบริการ อีกทั้งยังเป็นการสอนงานและถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น นอกจากนี้ยังต้องเป็นผู้ที่คอยประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุดรวมถึงการวางแผนการพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพกับญาติอีกด้วย

4. คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ เป็นสมรรถนะที่ทำให้เห็นว่าพยาบาลฝ่ายการพยาบาลมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ มีความเป็นผู้นำ กล้าตัดสินใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ คิดเชิงบวก และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับพยาบาลวิชาชีพ⁴

จากสมรรถนะพยาบาลฝ่ายการทั้ง 4 ด้านทำให้เห็นได้ว่าการเป็นพยาบาลวิชาชีพฝ่ายการพยาบาลหรือหัวหน้าเวรต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดก็คงหนีไม่พ้นการมีภาวะผู้นำ กล้าคิด กล้าตัดสินใจ การรู้จักอ่อนน้อมถ่อมตน พร้อมทั้งจะเรียนรู้ ให้โอกาสและสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีความก้าวหน้าอยู่เสมอ

สมรรถนะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการ และการคัดกรอง 2) สมรรถนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน 3) สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 4) สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ⁵

1. สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง เช่น สามารถรวบรวมอาการสำคัญจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การประเมิน Glasgow Coma Score ได้ถูกต้องแม่นยำ รวดเร็วและครอบคลุม สามารถคัดกรองผู้ป่วยตามหลัก ESI (emergency severity index) คือ resuscitation, emergency, urgency, semi-urgency, non-urgency อย่างถูกต้องรวดเร็ว

2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เช่น สามารถให้การรักษา พยาบาลเบื้องต้นได้ในภาวะฉุกเฉิน อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เช่น สามารถจัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอเพื่อใช้ในรพพยาบาลฉุกเฉิน สามารถประเมินสถานการณ์ หลังได้รับแจ้งเหตุ และสามารถออกปฏิบัติการได้ทันที

4. สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ เช่น สามารถประเมินสถานการณ์ เพื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน รายงานผู้บังคับบัญชา ตามลำดับชั้น และขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลา สามารถบริหารจัดการยาและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพได้ บุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทีมส่งเสริมเพื่อจัดกลุ่มพื้นที่และมอบหมายงานให้ เพียงพอ เหมาะสมกับสถานการณ์

เมื่อพูดถึงสมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉินคงปฏิเสธไม่ได้ว่าสมรรถนะที่โดดเด่นที่สุด คือ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทั้งกรณีฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างทันท่วงที และสามารถประสานงานกับหน่วยงานแม่ข่ายเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด

สมรรถนะพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ คือ 1) ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการ

เตรียมความพร้อมและให้การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจแก่ผู้ป่วยวิกฤตคัดแยกมรณะก่อนและหลังผ่าตัด และสามารถจัดการกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตคัดแยกมรณะได้อย่างเหมาะสม 2) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บครอบคลุมด้านร่างกาย และจิตใจทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอกโดยดูแลผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจ และทรวงอกโดยใช้กระบวนการพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ⁶

สมรรถนะพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

สมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม แบ่งออกเป็น 8 สมรรถนะ ดังนี้ 1) ด้านการพยาบาล ระบุสุดท้ายซึ่งพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้การพยาบาลในระยะสุดท้ายเป็นอันดับแรกไม่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีเป้าหมายในการช่วยชีวิตและฟื้นฟูผู้ป่วยให้อาการดีขึ้นถึงแม้ว่า ผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียู จะได้รับการดูแลแบบเต็มรูปแบบแล้วก็ตาม แต่สุดท้ายเมื่อผู้ป่วย ไม่ตอบสนองต่อการรักษา พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องให้การดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ การเข้าสู่กระบวนการตายอย่างสงบ ดูแลญาติที่เป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วยและดูแลจิตใจตนเอง 2) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จากการเปลี่ยนแปลงของโลกเข้าสู่ยุคดิจิทัลยุคของสารสนเทศ (information society) พยาบาลต้องมีการปรับตัวตลอดเวลาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นอาวุธที่สำคัญในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจทางการบริหารทางการพยาบาล สารสนเทศจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเป็นการบูรณาการการใช้เทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ สารสนเทศและศาสตร์ทางการพยาบาลในการรวบรวมจัดเก็บ วิเคราะห์ เชื่อมโยงองค์ความรู้ความรู้ และสามารถเผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายได้ 3) ด้านปฏิบัติการแสดงถึงความรู้ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤต ทั้งความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีภาวะวิกฤต ความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพสรีรวิทยา และการดำเนินโรคของในแต่ละโรคอย่างละเอียด ผลกระทบต่อระบบต่างๆของร่างกายที่ซับซ้อน พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความละเอียดช่างสังเกต คล่องแคล่วว่องไว สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้บนพื้นฐานวิชาชีพและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก การใช้

อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษและการทำหัตถการพิเศษ ด้วยกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องตรงประเด็นควบคู่ไปกับการรักษา เฝ้าระวังและติดตามรวมทั้งประเมินผลให้ครอบคลุม 4 มิติ 4) ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยวิกฤตขั้นสูง สำคัญที่สุดคือการช่วยเหลือที่ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ การเฝ้าระวัง ป้องกันและการรักษาผู้ป่วยวิกฤตก่อนหัวใจหยุดเต้นโดยการติดตามอย่างใกล้ชิด การวินิจฉัยที่รวดเร็วพร้อมทั้งมีการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรมจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญในการประเมินผู้ป่วย การใช้เครื่องมือช่วยชีวิตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพสามารถอ่านและแปลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และบริหารยาตามอัลกอริทึมได้ถูกต้องร่วมกับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังฟื้นคืนชีพใน 24 ชั่วโมง 5) ด้านการบริหารยา ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องใช้การรักษาด้วยยาเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการบริหารยาความเสี่ยงสูง การบริหารยาที่มีฤทธิ์ต่อกันหรือบริหารยาจำเพาะ 6) ด้านการจัดการความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านอายุรกรรมนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะล้มเหลวหลายระบบ ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นหลักแต่ยังมีบางระบบของร่างกายที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาเพียงอย่างเดียว ต้องใช้วิธีการผ่าตัด การทำหัตถการร่วมด้วย ทำให้พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ในหัตถการและการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการ เฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด หรือการได้รับสารอาหารที่เพียงพอในการฟื้นฟูร่างกายรวมทั้งการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยในการรับข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการทำหัตถการต่าง ๆ 7) ด้านการสื่อสาร การถ่ายทอดความคิดความต้องการของบุคคลหรือกลุ่มไปสู่บุคคลหรือกลุ่มเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติงาน การจูงใจให้เกิดความร่วมมือในงาน หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจและให้ความรู้ ทักษะการติดต่อสื่อสารจึงมีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติการพยาบาลขององค์กรพยาบาลซึ่งมีการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ ในการประสานงานตามแนวทางการรักษาระหว่างแพทย์ทีมพยาบาลผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรระหว่างทีมสุขภาพหรือการสื่อสารภายในทีมพยาบาลเองเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมี

ประสิทธิภาพ ปลอดภัยและพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ และ 8) ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนางานการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพภายใต้สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ซึ่งทำให้พยาบาลต้องมีการปรับตัวและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ ความพร้อมของพยาบาลที่สนใจ กระตือรือร้นและขวนขวายในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านการจัดการองค์ความรู้ การทำวิจัยค้นหาความรู้ใหม่ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ครบถ้วน รวดเร็ว และเพียงพอในการตัดสินใจ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพลดภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีกทั้งส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยได้⁷

สมรรถนะพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกต้องแสดงถึงความสามารถในการดูแลและให้การบริการแก่ผู้รับบริการ โดยนำความรู้และทักษะเฉพาะทางให้ทันกับเทคโนโลยีทางการแพทย์พยาบาลที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สามารถป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถวางแผนการดูแลและประสานงานผู้เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำปรึกษา และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ สรุปสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกในด้านต่าง ๆ 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านการพยาบาล 3) ด้านการคัดกรอง 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร 5) ด้านการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือ 6) ด้านการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ผู้ป่วย 7) ด้านการตัดสินใจ และการแก้ปัญหา 8) ด้านกฎหมาย จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ และ 9) ด้านบุคลิกภาพ

สมรรถนะพยาบาลแผนกสูติกรรมห้องคลอด

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ คือ พฤติกรรม การกระทำความรู้ ความ

สามารถในการประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างครอบคลุม 3) การส่งเสริมความก้าวหน้า การคลอด หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้คลอดให้ดำเนินการคลอดเป็นไปอย่างปกติ 4) การพยาบาลผู้คลอดภาวะปกติและภาวะผิดปกติ ตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างครอบคลุม 5) การทำคลอด ความสามารถในการทำคลอดทางช่องคลอดได้อย่างถูกต้องปลอดภัย 6) การพยาบาลทารกแรกเกิด หมายถึง ความสามารถในการพยาบาลทารกแรกเกิดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอดในทารกปกติ ทารกที่มีภาวะเสี่ยงและทารกที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างครอบคลุม 7) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสามารถในการดูแลมารดา หลังคลอดและทารกแรกเกิดให้ได้รับนมแม่ได้อย่างเหมาะสม และ 8) การดูแลความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง ความสามารถในการควบคุมความเสี่ยง การเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้อย่างครอบคลุม⁸

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรมห้องคลอดเริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ระยะต่างๆของการตั้งครรภ์ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น จนถึงระยะคลอดและหลังคลอด 2 ชั่วโมง ความคาดหวังของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพสูติกรรมห้องคลอด คือการดูแลแม่รอดและลูกปลอดภัย

สมรรถนะพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรม

สมรรถนะพยาบาลกุมารเวชกรรม แบ่งออกเป็น 2 ด้าน 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค/ภาวะเจ็บป่วยของเด็ก สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลและพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้ถูกต้องตามมาตรฐานด้วยหลักคุณธรรมและจริยธรรม พยาบาลต้องมีความไวต่อความเชื่อทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจนได้รับความไว้วางใจ ประเมินและวิเคราะห์สัญญาณชีพของผู้ป่วยเด็กแต่ละ

ช่วงวัยได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกบริการด้านสุขภาพ จัดสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานให้เอื้อต่อความปลอดภัยแก่เด็ก สามารถใช้การพยาบาลแบบผสมผสาน (Alternative Medicine) ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานในการประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กได้ถูกต้อง รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ด้านการสอน คือ สามารถให้คำแนะนำแก่เด็กและครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยทุกช่วงวัยอย่างต่อเนื่อง และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กแก่บุคลากรทางสุขภาพ และนักศึกษาพยาบาลได้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรังที่ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยได้⁹

สมรรถนะพยาบาลกุมารเวชกรรม แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติการและด้านการสอน เป็นการดูแลทารกต่อเนื่องจากแผนกห้องคลอด และการดูแลเด็กป่วยพยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญ ตั้งแต่การประเมินส่งเสริมเด็ก การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก และครอบครัว

สมรรถนะพยาบาลแผนกห้องผ่าตัดวิสัญญี

สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดประกอบด้วย 9 ด้าน ดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัดต้องประเมินปัญหา ความต้องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดรวมถึงการเตรียมความพร้อมพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องมือ 2) ระยะผ่าตัด 3) ระยะหลังผ่าตัด 4) ด้านการดูแลต่อเนื่อง 5) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 6) ด้านการคุ้มครองภาวะสุขภาพ 7) ด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 8) ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 9) ด้านการบันทึกทางการพยาบาล¹⁰

สมรรถนะพยาบาลแผนกห้องผ่าตัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด

สมรรถนะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย สมรรถนะด้านการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด สมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการประสานงาน สมรรถนะด้านการวางแผนการปฏิบัติงานตามการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะด้านบริหารจัดการทั่วไป

สมรรถนะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระยะผ่าตัด สมรรถนะด้านการเตรียมและส่งเครื่องมือผ่าตัด สมรรถนะด้านการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยทั่วไป สมรรถนะด้านการประเมินและร่วมวางแผนแก้ปัญหา สมรรถนะด้านการให้การช่วยเหลือได้อย่างทันเวลาที่ ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด สมรรถนะด้านการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น ระยะหลังผ่าตัด สมรรถนะด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด ผู้รับบริการ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด สมรรถนะด้านการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์หลังผ่าตัด สมรรถนะด้านการส่งต่อข้อมูล ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย¹¹

สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งครอบคลุมสมรรถนะทั้งหมด 9 ด้าน

1) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรวมถึงครอบครัว 2) ด้านการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆ 3) ด้านการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต 4) ด้านการดูแลภาวะสูญเสีย 5) ด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา 6) ด้านหลักศาสนา จิตใจ จิตวิญญาณ 7) ด้านวัฒนธรรมด้านจริยธรรมและกฎหมาย 8) ด้านการประสานงานกับทีมทุกวิชาชีพ 9) ด้านการสอนและให้ความรู้และการรับรู้สมรรถนะความเครียดวิตกกังวลและความกลัวในการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป¹²

จากการค้นคว้าและการทบทวนวรรณกรรมเรื่องสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามหลักเกณฑ์สภาการพยาบาล และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแต่ละแผนกในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าในทุกๆแผนกพยาบาลวิชาชีพจะมีสมรรถนะหลักที่เหมือนกัน 8 สมรรถนะหลัก ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการ และการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาล 6) สมรรถนะด้านการสื่อสาร และสัมพันธภาพ 7) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 8) สมรรถนะด้านสังคม

แต่อย่างไรก็ตามสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาลแต่ละแผนกย่อมมีความแตกต่างกัน เชี่ยวชาญ และมีความสามารถที่ อาทิเช่น สมรรถนะของฝ่ายการพยาบาล คือ ด้าน

เทคนิคเชิงวิชาชีพ การบริหารจัดการด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล และคุณลักษณะวิชาชีพ สมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉินคงปฏิเสธไม่ได้ว่าสมรรถนะที่โดดเด่นที่สุด คือ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ รักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ดูแลผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างทันถ่วงที และมีการประสานงานส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด โดยวัตถุประสงค์หลักของแต่ละแผนกคือ การให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และได้รับความปลอดภัยสูงสุด รวมไปถึงการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

References

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Core competencies of graduates with bachelor's degree, master's degree, doctoral degree in nursing science, advanced nursing training courses at the diploma level and receiving a certificate/approval letter. Demonstrate knowledge and expertise in nursing and midwifery and nursing specialties in the field of nursing science. Nonthaburi ; 2018. (in Thai)
2. Kunsiripunyo. JHE .Development of Criterion Onevaluation Register Nurses Competencies. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2015; 16 (2) :123-30. (in Thai)
3. Tannukit P. Study Charge Nurses Competencies in Nursing Division B.M.A. General Hospital. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2019 ; 15 (1) : 14-22. (in Thai)
4. Jamieson JM, Clark JE. Charge Nurse Competencies Legacy Good Samaritan Medical Center Portland Oregon 2019.
5. Koomsuphan W, Chitpakdee B & Abhicharttibutra K. Development of a Registered Nurse Competency Framework, Emergency Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Nursing Journal Chiang Mai University 2022 ; 49 (1) : 138-47. (in Thai)
6. Uangnakhon M, Abhicharttibutra K & Chontawan R. Development of a Competency Framework for Registered Nurses, Surgical Intensive Care Unit, Chiang Rai Prachanukroh Hospital. Nursing Journal 2016; 43(special section) : 129-39. (in Thai)
7. Petchmadan N & Sritragool R. Factor analysis of Medical Critical Care Nursing Competencies in Tertiary Hospitals, Northeastern Thailand. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office 2020; 6(2)140-54. (in Thai)
8. Dusitkul Y, Chitpakdee B & Akkadechanunt. T. Development of a Registered Nurse Competency Framework, Labour Room, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Nursing Journal 2020 ; 47 (4) : 325-35. (in Thai)
9. Niyomchat R & Wivatvanit S. Competencies Of Pediatric Nurses. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017 ; 33 (2) : 84-100. (in Thai)
10. Suwanaphum S, Angkhanit M & Sornboon A. Competency in Operating Room Nurses and Nursing Service Practices That Concern Patient Safety as Per Nurse's Perception, Roiet Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2020 ; 38 (3) : 51-60. (in Thai)
11. Pengcha-um P, Khajornsini B, & Na-soontorn T, Development of Functional Competency Evaluation Form Of Registered Nurses in Operating Room under the University Hospitals. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2021 ;13(1): 132-46. (in Thai)
12. Loknimit W, Janda T, & Sumdaengrit B. Self-Perceived Palliative Care Competencies of Nurse Working in A University Hospital within less Than Two Years of Receiving Bachelor's Degrees. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2020;21 (3) :373-80. (in Thai)

ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่ ต่อการควบคุมยาสูบอย่างยั่งยืน

New Approach in Nursing Student Club creates a Smoke – Free Thai Society to Sustainability of Tobacco Control

ธนวัฒน์ รวมสุข*¹ พชรภณ ไชยสังข์² ฤดี ปુંบางกระดี³

Tanawat Ruamsook*¹ Phatcharaphan Chaiyasung² Rudee Pungbangkadee³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10510

¹Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok Thailand 10510

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900

Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok Thailand 10900

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

³Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยนักศึกษาพยาบาลเป็นแกนนำหลักในการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในรูปแบบการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เน้นการมีส่วนร่วม ส่งเสริม และสนับสนุนให้ลดละเลิกการบริโภคยาสูบ บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางในการดำเนินงานของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ให้แก่สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ตามบทบาทหน้าที่ของนักศึกษาพยาบาล ในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้ หรือการพัฒนาสื่อและนวัตกรรมช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่ทุกสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการช่วยเลิกบุหรี่ และมีพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ รวมไปถึงการวางแผนการบริหารจัดการชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่จากแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อเป็นมาตรฐานและการดำเนินการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การควบคุมยาสูบ, ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Nursing Student Club creates a Smoke – Free Thai Society, have roles and responsibilities in operating to control tobacco consumption for people of all age groups. Nursing students are the main leaders in the operation. The purpose is to reduce the health risk factors from smoking and exposure to secondhand smoke in the from organizing various activities that emphasize participation, promotion, and support in reducing and quitting tobacco consumption. The objective of this article is to purpose guidelines for the operation of the

Corresponding Author: *E-mail: tanawat.rua@kbu.ac.th

วันที่รับ (received) 7 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ส.ค. 2566

Nursing Student Club creates a Smoke – Free Thai Society for nursing institution according to the roles and responsibilities for nursing student to control tobacco consumption in various forms, such as organizing educational activities or the development of media and innovation of assisting smoking cessation, etc. Therefore, it should be promoted and develop the potential for the Nursing Student Club creates a Smoke – Free Thai Society in every educational institution of nursing for health literacy and behavior. And have behavior of assisting smoking cessation including planning the management of Nursing Student Club creates a Smoke – Free Thai Society to build Thai society smoke free from good practice to be a standard and to create a sustainable smoke free Thai society.

Keyword: Tobacco control, Nursing Student Club creates a Smoke – Free Thai Society, Nursing students

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้สูบและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและโรคต่างๆ มากมาย จากการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบที่ผ่านมาพบว่า ในจำนวนประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.4 และมีการติดตามผลในระยะยาว 30 ปี พบว่า อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่ลดลง¹ ทั้งนี้ถึงแม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่จะลดลงนั้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ที่กำหนดไว้ว่า ความชุกในการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปไม่เกินร้อยละ 14²

ดังนั้น การควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมไปถึงนักศึกษาพยาบาลที่ทรัพยากรบุคคลที่สำคัญและจะพัฒนาไปสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่สำคัญและมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ การดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมไปถึงการควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นอีกบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์พยาบาล³ เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ มากมาย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษาและเยาวชนที่ยังมีความรู้ความเข้าใจ รวมไปถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ที่ยังไม่เหมาะสมและยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง⁵

การดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบของชมรมนักศึกษาพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

ผ่านการดำเนินงานของนักศึกษาพยาบาล เป็นอีกหนึ่งกลวิธีที่สำคัญที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ และเล็งเห็นถึงความสำคัญในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ได้มากขึ้น จากสภาพปัญหาที่พบ คือ ผู้ที่สูบบุหรี่พร้อมความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบ รวมไปถึงความตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงทำให้ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่โดยนักศึกษาพยาบาล พัฒนารูปแบบและกิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ที่มีความหลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางในการดำเนินงานของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แก่สถาบันการศึกษาทางการแพทย์พยาบาลสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของนักศึกษาพยาบาลต่อการดำเนินงานของชมรมนักศึกษาพยาบาลในการควบคุมยาสูบอย่างยั่งยืน

ความเป็นมาของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่

ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ ก่อตั้งขึ้นจากการดำเนินงานของแผนงานสร้างเครือข่ายนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่ปรึกษาในการควบคุมยาสูบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นแผนงานหนึ่งของในแผนงานการควบคุมยาสูบของเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ที่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญทางด้านส่งเสริม สร้างเสริมสุขภาพของประชาชน โดยเริ่มดำเนินการจัดทำกิจกรรม/โครงการด้านการรณรงค์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบและสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และดำเนินงาน

ด้านการควบคุมยาสูบมาตลอด รวมไปถึงโครงการขยายเครือข่ายแกนนำนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ เนื่องด้วยคณะกรรมการของเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย เล็งเห็นถึงความสำคัญของนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกำลังสำคัญของทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพ และเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ และจะเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงได้ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสร้างสังคมไทยให้ปลอดบุหรี่ และเพื่อการดำเนินงานการควบคุมยาสูบโดยนักศึกษาพยาบาลมีการดำเนินการต่อเนื่องทุกปี จึงเห็นควรให้จัดตั้ง **ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่** จนถึงปัจจุบัน⁶

ดังนั้นชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่มีเป้าหมายในการดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่สามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย ที่มุ่งเน้นให้มีการเข้าถึง เข้าใจ และตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ เทคนิคการเลิกสูบบุหรี่ รวมไปถึงมีเป้าหมายในการสร้างเครือข่ายอาจารย์ที่ปรึกษา และนักศึกษาพยาบาลในการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยการสนับสนุนแกนนำนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศภายใต้การดูแลควบคุม และการให้คำปรึกษาในการดำเนินงานของอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมฯ รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสถาบันในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบและการสร้างสังคมไทยให้ปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน⁷

การดำเนินงานควบคุมยาสูบของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่

การดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่ ดำเนินการภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมและสถาบันการศึกษาพยาบาล ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามยุทธศาสตร์ด้านการควบคุมยาสูบของแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ และเป้าหมายของเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ โดยในช่วงก่อตั้งชมรมฯ แรกนั้น ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรือนั้นมีบทบาทหน้าที่และภารกิจที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกปี ได้แก่^{6,8}

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบกับสุขภาพแก่เยาวชน และประชาชนในชุมชน
2. การฝึกอบรมและสร้างการมีส่วนร่วมของครูอาจารย์ รวมไปถึงนักเรียนและเยาวชน
3. ให้การสนับสนุนและจูงใจให้โรงเรียน สถาบันการศึกษา ชุมชน เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่
4. การรณรงค์และการสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อป้องกันการเริ่มการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนและเยาวชน
5. ให้การสนับสนุนเด็กและเยาวชนที่มีศักยภาพในการเป็นแกนนำในการควบคุมยาสูบ
6. ชมรมนักศึกษาพยาบาล ของแต่ละสถาบันจะมีกิจกรรมในการควบคุมยาสูบต่อเนื่องทุกปีและตลอดไป

นอกจากนี้ ที่ผ่านมายังพบว่า สิ่งที่นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมในการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่หลากหลายประเด็น ประกอบด้วย 1) นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้บทบาทของนักศึกษาพยาบาลในการควบคุมยาสูบ 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ ได้ทราบและเรียนรู้รูปแบบการรณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี่ 3) รู้เท่าทันผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ เช่น บุหรี่ทั่วไป หรือบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น 4) เกิดเครือข่ายของนักศึกษาพยาบาลในการดำเนินโครงการ 5) ได้รับความร่วมมือระหว่างสถาบันทางการศึกษาพยาบาลในการควบคุมยาสูบ เช่น เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ในการบูรณาการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการช่วยเลิกบุหรี่ 6) ได้รับการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ การทำงานเป็นทีมและมีมนุษยสัมพันธ์ ได้เรียนรู้วิถีชุมชน รวมไปถึงได้เรียนรู้ชีวิตและพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล

จากการดำเนินงานของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่ ต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบจนถึงปัจจุบันนี้ มีหลายสถาบันทางการศึกษาที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกใหม่ของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนครพนม วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชนาวีวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ เป็นต้น ทำให้กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมยาสูบแพร่หลายและมีความหลากหลายมากขึ้นที่มี

ความสอดคล้องและตรงกับบริบทของสถานที่ ภูมิภาค และสถาบันการศึกษานั้นๆ เพื่อให้การควบคุมยาสูบมีความยั่งยืนมากขึ้น^{9,10} โดยสามารถสรุปผลการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ ได้ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมพัฒนาแกนนำนักศึกษาพยาบาลในการช่วยเลิกยาสูบ
2. การบูรณาการแกนนำนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับยาสูบในการจัดการเรียนการสอน
3. การพัฒนาแกนนำนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ที่ปรึกษาชมรมขยายผลสู่สังคมในการพัฒนาจิตอาสาช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชน
4. การพัฒนาผลิตภัณฑ์/สมุนไพรในการช่วยเลิกบุหรี่
5. การสอดแทรกเนื้อหาในการควบคุมการบริโภคยาสูบในการจัดการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
6. การพัฒนาคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่
7. การจัดกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
8. การพัฒนาสื่อออนไลน์ในการชวน ช่วย เลิกบุหรี่ และสติ๊กเกอร์ช่วยเลิกบุหรี่ต่างๆ
9. การพัฒนาแกนนำควบคุมยาสูบของคณะพยาบาลและนักศึกษาต่างคณะ

10. การจัดกิจกรรมลด ละ เลิกบุหรี่ในรูปแบบออนไลน์ เป็นต้น

จากกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมยาสูบที่ผ่านการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดภัยไร้แนวโน้มข้างต้น เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานของสถาบันทางการศึกษาพยาบาลในการควบคุมยาสูบที่ถูกนำเสนอและเผยแพร่ไว้ผ่านเป็น **เรื่องเล่า ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดภัยไร้แนวโน้ม** อันเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดภัยไร้แนวโน้ม มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญและดำเนินการในการควบคุมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพื่อสังคมไทยปลอดภัยไร้บุหรี่ บทบาทหน้าที่หลักของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในการสร้างสังคมไทยปลอดภัยไร้บุหรี่ได้ขอบเขตของนักศึกษาพยาบาลและหลายๆ สถาบันในการดำเนินการควบคุมยาสูบ คือ ทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยโมเดล 5A (5A's Model) ทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ¹¹ เป็นกระบวนการ/เทคนิคที่มีผู้ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่เป็นจำนวนมากและเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลายที่เป็นการช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จและเพิ่มมากขึ้น¹² สามารถสรุปได้ ดังนี้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การใช้ทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยโมเดล 5A ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สำหรับนักศึกษาพยาบาล

การใช้โมเดล 5A ระดับปฐมภูมิ	การใช้โมเดล 5A ระดับทุติยภูมิ	การใช้โมเดล 5A ระดับตติยภูมิ
(Ask) ชักประวัติการสูบบุหรี่ (Assess) ประเมินความพร้อม ในการเลิกสูบบุหรี่ และระดับ ความรุนแรงของการเสพติด บุหรี่	(Ask) ชักประวัติการสูบบุหรี่ (Assess) ประเมินความพร้อมในการเลิก สูบบุหรี่และระดับความรุนแรงของการ เสพติดบุหรี่	(Ask) ชักประวัติการสูบบุหรี่ (Assess) ประเมินความพร้อม ในการเลิกสูบบุหรี่และระดับ ความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่
(Advice) ให้คำแนะนำแบบกระชับในการ เลิกสูบบุหรี่ ตามระดับความพร้อมในการ เลิกสูบบุหรี่และสร้างแรงจูงใจ (Assist) ช่วยเหลือเมื่อผู้สูบบุหรี่มีความพร้อมในการ เลิกสูบบุหรี่โดยการแนะนำเทคนิคการช่วย เลิกสูบบุหรี่ให้เหมาะสมแต่ละบุคคล เช่น	(Advice) ให้คำแนะนำแบบกระชับใน การเลิกสูบบุหรี่ ตามระดับความพร้อมใน การเลิกสูบบุหรี่และการสร้างแรงจูงใจ (Assist) ช่วยเหลือเมื่อผู้สูบบุหรี่มีความ พร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการแนะนำ เทคนิคการช่วยเลิกสูบบุหรี่ให้เหมาะสม	(Advice) หากพบว่าผู้สูบบุหรี่ มีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ควรให้คำ แนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ แบบกระชับ และส่งต่อคลินิก เลิกบุหรี่ (ถ้ามี) ใช้ระยะเวลาประมาณ 1-3 นาที

ตารางที่ 1 การใช้ทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยโมเดล 5A ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สำหรับนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

การใช้โมเดล 5A ระดับปฐมภูมิ	การใช้โมเดล 5A ระดับทุติยภูมิ	การใช้โมเดล 5A ระดับตติยภูมิ
การลดจำนวนมวนบุหรี่ การใช้มะนาว/ ลูกอม/สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ การใช้น้ำยา บ้วนปาก เลิกบุหรี่ เป็นต้น (Arrange Follow up) ร่วมติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การโทร ติดตามผล เป็นต้น ใช้ระยะเวลาประมาณ 3-5 นาที	แต่ละบุคคล เช่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ การใช้มะนาว/ลูกอม/สมุนไพรช่วยเลิก บุหรี่ การใช้น้ำยาบ้วนปาก เลิกบุหรี่ เป็นต้น (Arrange Follow up) ร่วมติดตามผล การเลิกสูบบุหรี่ เช่น การโทรติดตามผล เป็นต้น ใช้ระยะเวลาประมาณ 3-5 นาที	กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น และ/หรือไม่มีคลินิก ช่วยเลิกบุหรี่ (Ask) ควรซักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ ป่วย/ผู้ที่สูบบุหรี่ พร้อมทั้ง(Assess) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย/ผู้ที่สูบบุหรี่ ในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความรุนแรง ของการเสพติดบุหรี่ (Advice) ให้คำแนะนำแบบกระชับแก่ ผู้ป่วย/ผู้ที่สูบบุหรี่ในการเลิกสูบบุหรี่ ตาม ระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ (Assist) ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วย/ผู้ที่สูบ บุหรี่ยังมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ โดย การแนะนำเทคนิคการช่วยเลิกสูบบุหรี่ให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เช่น การ ลดจำนวนมวนบุหรี่ การใช้มะนาว/ลูกอม/ สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ การใช้น้ำยาบ้วนปาก เลิกบุหรี่ เป็นต้น (Arrange Follow up) ร่วมติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วย มาตรวจตามนัด ได้แก่ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังเลิกสูบบุหรี่ ใช้ระยะเวลาประมาณ 3-5 นาที

ที่มา: ดัดแปลงจากบทบาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการช่วยเลิกบุหรี่ของธนะวัฒน์ รวมสุข และคณะ¹¹

เป็นที่ประจักษ์ว่า การใช้โมเดล 5A (5A's Model)
นั้น มีผู้ที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่กันอย่างแพร่หลายทั้งบุคลากร
ทางด้านสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
นักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า ประสิทธิภาพของนักศึกษา
พยาบาลในการใช้โมเดล 5A เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
นั้น ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้โมเดล 5A
ในการช่วยเลิกบุหรี่ ถือเป็นสิ่งสำคัญและมีความเหมาะสมกับ
นักศึกษาพยาบาล โมเดล 5A สามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติการ
พยาบาลและเข้าใจง่ายในแต่ละขั้นตอน สอดคล้องกับ

กระบวนการพยาบาล (Nursing process) โดยเริ่มจากการถาม
(Ask) และการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Assess)
เปรียบได้กับขั้นตอนของการประเมินและวางแผนให้การ
พยาบาล การให้คำแนะนำ (Advice) และการช่วยเหลือ (Assist)
เปรียบได้กับขั้นตอนของการให้การพยาบาล และการติดตาม
ประเมินผล (Arrange follow up)¹³ ซึ่งทำให้เห็นว่าการควบคุม
การบริโภคยาสูบโดยนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิภาพและ
ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และสามารถช่วยให้ลด ละ เลิก
การสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

การควบคุมยาสูบโดยชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน

การควบคุมการบริโภคยาสูบโดยชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ ถือเป็นกิจกรรมในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีส่วนร่วมในการควบคุมยาสูบผ่านการจัด กิจกรรม และโครงการต่างๆที่สรรค์สร้างผ่านออกมาในรูปแบบต่างๆให้สอดคล้องกับบริบทของสถาบันการศึกษา และศักยภาพของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลแต่ละแห่ง โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานเดียวกัน คือ ส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่โดยแกนนำนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลที่จะดำเนินการควบคุมยาสูบให้ประชาชนสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น นอกจากจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพ และเทคนิคการช่วยเหลือบุหรี่/การใช้โมเดล 5A แล้วนั้น การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นกุญแจและทักษะที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นทักษะที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี รวมไปถึงช่วยให้บุคคลอื่นมีสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน¹⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ทางด้านสุขภาพด้านการช่วยเหลือบุหรี่ โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการช่วยเหลือบุหรี่ อยู่ในระดับดีมาก ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะเข้าใจ ทักษะได้ถาม ทักษะตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ และมีพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลกระทบมาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้นักศึกษาขาดการจัดกิจกรรมในการช่วยเหลือบุหรี่ในพื้นที่ (on-site) และเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 บรรเทาลง การดำเนินงานของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ในการควบคุมยาสูบสามารถดำเนินการได้ดีขึ้นทั้งในระดับบุคคลและชุมชน รวมไปถึงสามารถช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้นเช่นเดียวกัน¹⁵

นอกจากนี้ยังพบว่า มีหลายสถาบันทางการศึกษาพยาบาลดำเนินการควบคุมยาสูบโดยชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด จนเป็นที่ประจักษ์และเกิดความยั่งยืนของชมรมฯ โดยสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ประสบความสำเร็จและสามารถดำเนินการบริหารจัดการชมรมฯได้อย่างยั่งยืนนั้น ได้ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานของชมรมฯ และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการควบคุม

ยาสูบ มีการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้การปฏิบัติงานประจำทางด้านการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตร ให้แก่นักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การใช้การจัดการความรู้ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การแบ่งปันความรู้และทักษะร่วมกัน สู่การเป็นแนวปฏิบัติที่ดี¹⁶

ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่แนวใหม่ทุกสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลมีทักษะความรู้ทางด้านสุขภาพด้านการช่วยเหลือบุหรี่ทั้งทางด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะเข้าใจ ทักษะได้ถาม ทักษะตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ และมีพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรี่ รวมไปถึงการวางแผนการบริหารจัดการชมรมฯ จากแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อเป็นมาตรฐานและการดำเนินการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน

บทสรุป

การควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนจากการสูบบุหรี่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อันเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคต่างๆ มากมายและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การดำเนินงานควบคุมยาสูบถือเป็นบทบาท หน้าที่ และภารกิจที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสุขภาพและที่เกี่ยวข้อง โดยนักศึกษาพยาบาลภายใต้การดำเนินงานของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ เป็นอีกหนึ่งหน่วยที่สำคัญที่ดำเนินการการควบคุมยาสูบ โดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ด้วยโมเดล 5A ในรูปแบบต่างๆที่หลากหลายและแตกต่างกันออกไป โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการดำเนินการควบคุมยาสูบโดยชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ ได้มีการดำเนินการควบคุมยาสูบมาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมและพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือบุหรี่ มีภาวะผู้นำทางด้านสุขภาพ การสร้างเครือข่ายผ่านการทำกิจกรรมการทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้พฤติกรรมของบุคคล เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการส่งเสริมให้แกนนำนักศึกษาพยาบาลมีทักษะ/พฤติกรรมช่วยเหลือบุหรี่ที่ดี มีความรอบรู้ทางด้าน

สุขภาพด้านการช่วยเลิกบุหรี่ รวมไปถึงมีการวางแผนที่ดีในการบริหารจัดการชมรมฯ อันนำไปสู่การดำเนินงานที่มีมาตรฐาน และสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืนภายใต้การดำเนินงาน ควบคุมยาสูบของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทย ปลอดบุหรี่

References

1. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Situation of tobacco consumption in Thailand in 2022. Bangkok: CDMK Printing; 2023. (in Thai)
2. Department of disease control. Third national tobacco control action plan (2022–2027). Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited; 2022. (in Thai)
3. Chaayasung P., Tana P., Sridet R & Wiset N.. The efficiency of potential development on knowledge and counselling skills on smoking cessation via online in educational institution among nursing student leaders. Thai Journal of Nursing. 2020. 69(1): 36-43. (in Thai)
4. Vathesatogkit P. Smoking and health information. (Type 6). Bangkok: Thirakan, Graphic; 2016. (in Thai).
5. Ruamsook T., Kalampakorn S., Rawiworrakul T., Attharos T., Tipwong A., Dhiranathara N., et al. Correlation between Health Literacy and Smoking Behavior among Students in Higher Education Institute, Bangkok metropolis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2), 357 – 63. (in Thai).
6. Tulayathorn P. Tobacco-free environment nurse student club: A role in tobacco-free community. Thai Journal of Nursing. 2014; 63(1), 64-70. (in Thai).
7. Pungbangkadee R., & Satsin T. Work Motivation in Tobacco Control: Nursing Student Club Creating a Smoke-Free Thai Society. Journal of Nursing and Health Care 2020; 38(3), 14 -21. (in Thai).
8. Ministry of public health, Department of disease control. National of tobacco control action plan (issue 3). Bangkok: Aksorn graphic and design; 2022. (in Thai)
9. Pungbangkadee R., & Prasertsong C. Storytelling of Tobacco-free environment Nurse Student Club 2. Nurse Network on Tobacco Control of Thailand. 2020. (in Thai).
10. Prasertsong C., Poonruksa S., & Pungbangkadee R. Storytelling of Tobacco-free environment Nurse Student Club. Nurse Network on Tobacco Control of Thailand. 2020. (in Thai).
11. Ruamsook T., Lumrod N., & Likitpongwit B. Community nurse practitioner's roles on smoking cessation assistance for patients with non-communicable disease. Thai Journal of Nursing. 2021; 70(1), 34 - 41. (in Thai).
12. Tobacco TC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: A U.S. Public Health Service report. American Journal of Preventive Medicine. 2008; 35(2): 158-76. doi:10.1016/j.amepre.2008.04.009.)
13. Damkliang J., Kritpracha C., Prasartwanakit A., Chinnawong T., Vachprasit R., Thasaneesuan S. et al. Nursing Students' Experiences of Using the 5A's Model for Tobacco Control Among Adult and Elderly Patients. Songklanagarind Journal of Nursing. 2018; 38(3), 141 – 51. (in Thai)
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
15. Pungbangkadee R., Chaayasung., & Ruamsook T. Predictors of Helping Behavior on Smoking Cessation among Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3), 393 – 401. (in Thai).
16. Puandung A., Siriwatchaiporn R., Demile A., Kumsan J., & Rungudomcharoen N. Sustainability of smoke-free society nursing student club at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Thai Journal of Nursing. 2018; 67(1), 53 – 9. (in Thai)

การประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการกรณีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้สัมผัสอาหารมีผลเพาะเชื้อแซลโมเนลลาจากอุจจาระเป็นบวก

Return to Work Assessment and Management of Hospital Food Handlers with Positive Stool Culture for Salmonella

รวิภาส อักกะโชติกุล พลากร พนารัตน์* พริษฐ์ โพธิ์งาม

Ravipas Akkachotikul Palakorn Panarat* Parit Phongam

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20110

Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi, Thailand 20110

บทคัดย่อ

เชื้อแซลโมเนลลาเป็นเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยจากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระในประเทศไทยและแถบเอเชีย ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคที่มีความรุนแรงโดยเฉพาะชนิดที่ก่อโรคไข้ไทฟอยด์และพาราไทฟอยด์ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้แม้ไม่มีอาการ นอกจากนี้การติดเชื้อดังกล่าวเป็นโรคที่ถูกระบุให้พึงระวังตามคู่มือการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ตามบทบัญญัติของกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ดังนั้นการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหารมีผลเพาะเชื้อแซลโมเนลลาจากอุจจาระเป็นบวกจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มงานโภชนาการในโรงพยาบาลซึ่งเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อสู่ผู้ป่วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมและแนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหารมีผลเพาะเชื้อแซลโมเนลลาจากอุจจาระเป็นบวก เนื่องจากในแต่ละประเทศมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า การประเมินต้องพิจารณาหลายปัจจัยประกอบกัน เช่น ชนิดของเชื้อ ลักษณะการก่อโรค อาการ การรักษา ลักษณะงาน เป็นต้น บทความนี้ยังครอบคลุมถึงมาตรฐานความปลอดภัยของอาหาร สุขอนามัยส่วนบุคคล และมาตรการรายงานอาการผิดปกติ ซึ่งแนะนำให้ปฏิบัติตามเพื่อลดการปนเปื้อน การแพร่เชื้อจากผู้ทำงานสัมผัสอาหารสู่ผู้บริโภค และเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: เชื้อแซลโมเนลลา, การประเมินกลับเข้าทำงาน, ผู้สัมผัสอาหาร

Abstract

Salmonella is a common pathogen found in stool culture samples in Thailand and Asia. Infections may lead to severe diseases, particularly typhoid and paratyphoid fever, which can be transmitted even in the absence of symptoms. These infections are identified as diseases requiring attention in the food sanitation manual for food service establishments according to the regulations of the Ministry of Public Health's Food Service Establishment Act, B.E. 2561. Therefore, establishing guidelines for evaluating return to work and managing food handlers with positive stool culture for Salmonella is essential, especially for high-risk groups in a hospital setting.

Corresponding authors: *E-mail: Panarat_3rd@hotmail.com

วันที่รับ (received) 7 มิ.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ก.ย. 2566

This article aims to review the current literature on guidelines for evaluating return to work and managing food handlers with positive stool culture for Salmonella. As details vary in each country, the review results show that several factors need to be considered for assessment such as pathogens, infectivity, symptoms, treatments, and food handling duties. This article also covers food safety standards, personal hygiene, and self-reporting practices. These are recommended practices to reduce contamination and transmission of the pathogen from food handlers to consumers, as well as for infection control in hospitals.

Keywords: Salmonella, Return to work assessment, Food handlers

บทนำ

เชื้อแซลโมเนลลาเป็นเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อในทางเดินอาหารที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การติดเชื้อมักเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีเชื้อปนเปื้อน เช่น เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อวัว ไข่ นมและผลิตภัณฑ์นม ผัก และผลไม้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการสัมผัสกับสัตว์ที่ติดเชื้อ เช่น สัตว์ปีกและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ทำให้เกิดอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไปจนถึงการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งมีความรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยสาเหตุของการแพร่เชื้อทางอาหารส่วนหนึ่งมาจากผู้สัมผัสอาหารที่ติดเชื้อ ทำให้เกิดการปนเปื้อนจากอาหารไปสู่ผู้บริโภค โดยจำกัดความตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 “ผู้สัมผัสอาหารหมายความว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาหารตั้งแต่กระบวนการเตรียม ประกอบ บรรจุ จำหน่าย และเสิร์ฟอาหาร รวมถึงล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์” ซึ่งมีการรายงานว่าการระบาดซึ่งเกิดจากการแพร่เชื้อทางอาหารมีโอกาสมามากจากผู้สัมผัสอาหารที่ติดเชื้อและมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 15 ถึง 33¹ และในจังหวัดนครราชสีมา มีการรายงานพบความชุกของผู้สัมผัสอาหารที่มีผลเพาะเชื้อก่อโรคจากอุจจาระเป็นบวก ร้อยละ 11.5 โดยส่วนใหญ่เป็นเชื้อแซลโมเนลลามากที่สุดถึงร้อยละ 5.8² ซึ่งพบว่าสูงกว่าความชุกของเชื้อแซลโมเนลลาจากผู้สัมผัสอาหารในประเทศอังกฤษที่พบเพียงร้อยละ 0.015 อย่างมาก³ ดังนั้น เพื่อให้การผลิตและจำหน่ายอาหารเป็นไปอย่างถูกหลักอนามัย จึงมีการออกกฎหมายและกำหนดมาตรฐานการผลิตอาหาร เช่น กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561⁴ กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551⁵ พระราชบัญญัติอาหาร

พ.ศ. 2522⁶ รวมถึงมาตรฐานรองรับความปลอดภัยในอุตสาหกรรมอาหาร เช่น Good Hygiene Practices (GHP) Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)⁷

ชนิดของเชื้อแซลโมเนลลาและลักษณะการก่อโรค

เชื้อแซลโมเนลลาสามารถจำแนกเชื้อออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ตามลักษณะทางคลินิก คือ กลุ่มที่ทำให้เกิด Typhoidal salmonellosis ได้แก่ เชื้อ S. Typhi ซึ่งทำให้เกิดไข้ไทฟอยด์ และ S. Paratyphi A, B และ C ซึ่งทำให้เกิดไข้พาราไทฟอยด์ และกลุ่มที่ทำให้เกิด Non-typhoidal salmonellosis ได้แก่ เชื้ออื่นนอกเหนือจากที่กล่าวไปข้างต้น เชื้อที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ได้แก่ S. Choleraesuis, S. Enteritidis และ S. Typhimurium โดยกลุ่ม Typhoidal salmonellosis จะเริ่มมีอาการหลังได้รับเชื้อประมาณ 1 ถึง 3 สัปดาห์ มักเกิดอาการที่รุนแรงกว่า เช่น มีไข้สูง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดท้องทั่ว ๆ อาการท้องผูกในช่วงแรก อาการท้องร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ตรวจร่างกายอาจพบผื่นดอกกุหลาบโดยเฉพาะที่บริเวณหน้าอกและท้อง ผื่นมักหายได้เองภายใน 2 ถึง 5 วัน คลำบริเวณช่องท้องอาจพบตับและม้ามโต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อบริเวณเยื่อหุ้มหัวใจ เลือดออกในทางเดินอาหาร ในขณะที่การติดเชื้อกลุ่ม Non-typhoidal salmonellosis จะเริ่มมีอาการหลังได้รับเชื้อประมาณ 1 ถึง 3 วัน ส่วนมากอาการมักไม่รุนแรง หายได้เอง ยกเว้นกรณีประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ทารกแรกเกิดถึงอายุ 3 เดือน ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่อายุมากกว่า 70 ปี หรือ มากกว่า 50 ปี และมีภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือมีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ

ภาวะพาหะเรื้อรัง (Chronic carrier)

อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญของการติดเชื้อแซลโมเนลลา คือ เมื่ออาการหายแล้วหรือในกลุ่มที่ไม่มีอาการตั้งแต่แรก มีโอกาสจะกลายเป็นพาหะเรื้อรัง (Chronic carrier) ได้ โดยจำกัดความของพาหะเรื้อรังสำหรับผู้สัมผัสอาหาร คือ การที่ผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นบวกมากกว่า 1 ปี พยาธิกำเนิดเกิดจากการที่เชื้อไปอาศัยที่บริเวณทางเดินน้ำดี โดยเฉพาะในรายที่มีนิ่วในถุงน้ำดีหรือมีรอยแผลจากการผ่าตัดที่บริเวณนี้ โดยการติดเชื้อกลุ่ม Typhoidal salmonellosis มีโอกาสกลายเป็นพาหะเรื้อรังมากกว่ากลุ่ม Non-typhoidal salmonellosis ถึงประมาณ 10 เท่า กล่าวคือ กลุ่ม Typhoidal salmonellosis มีโอกาสกลายเป็นพาหะเรื้อรังร้อยละ 2 ถึง 5 ในขณะที่กลุ่ม Non-typhoidal salmonellosis มีโอกาสร้อยละ 0.2 ถึง 0.6⁸ ซึ่งภาวะนี้สามารถแพร่เชื้อผ่านทางอาหารได้เช่นกัน จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของ การไม่พึงระวังเรื่องสุขอนามัยเนื่องจากไม่มีอาการปรากฏ

จากการศึกษาในประเทศไทยเรื่องวิธีการให้ยารักษา ในผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือเคยมีอาการแต่หายแล้วในผู้สัมผัส อาหาร พบว่า หากเชื้อที่พบจากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Non-typhoidal Salmonella (NTS) และได้รับยาปฏิชีวนะ Norfloxacin 400 มิลลิกรัม วันละสองครั้ง หรือ Azithromycin 500 มิลลิกรัม วันละครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ปรากฏว่าการรักษา โดยใช้ยาปฏิชีวนะไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยยาหลอก กล่าวคือ สัดส่วนของผู้ที่จัดการเชื้อได้เองไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่ได้ยาและกลุ่มที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะ แต่กลุ่มที่ได้ ยาปฏิชีวนะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยามากขึ้น⁹ ในทางกลับกัน หากเชื้อที่พบจากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Typhoidal Salmonella ซึ่งสามารถตรวจพบได้บ่อยครั้ง หลังมีอาการ และอาจตรวจพบได้นานเป็นปีในผู้ป่วยบางราย มีการศึกษาว่าการใช้ยาปฏิชีวนะ Norfloxacin 400 mg วันละ สองครั้ง เป็นเวลา 28 วัน มีประสิทธิภาพดี ในการกำจัดเชื้อ Salmonella Typhi ถึงประมาณร้อยละ 78¹⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวนี้นตีพิมพ์ในปี 1989 ซึ่งปัจจุบันแบบแผน ความไวต่อยาอาจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากแล้ว จึงควร พิจารณาเลือกการรักษาจากแบบแผนความไวต่อยาของเชื้อ Salmonella Typhi ในแต่ละพื้นที่

การประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการกรณีผู้สัมผัสอาหารมีผลเพาะเชื้อแซลโมเนลลาจากอุจจาระเป็นบวก

ในปัจจุบันแนวทางปฏิบัติในแต่ละประเทศสำหรับการประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการในกรณีนี้ มีรายละเอียดที่แตกต่างกัน สำหรับผู้สัมผัสอาหารที่ติดเชื้อกลุ่ม Typhoidal salmonellosis มีแนวทางปฏิบัติที่ค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคที่มีอาการรุนแรงได้ แต่สำหรับ กลุ่ม Non-typhoidal salmonellosis ในหลายประเทศยังมี แนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย โดยเฉพาะกรณีไม่มีอาการหรือ เป็นพาหะ สำหรับกรณีที่มีอาการ แนวทางการประเมินในหลาย ประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ให้ออกจนกว่าอาการจะ หายจึงกลับเข้าทำงานสัมผัสอาหารได้ แต่ระยะเวลาที่ต้องไม่ ปรากฏอาการอาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

สำหรับกรณีที่ไม่มีอาการหรือเป็นพาหะนั้น สาเหตุ ที่แนวทางในแต่ละประเทศค่อนข้างหลากหลาย เนื่องจาก การติดเชื้อในกลุ่มนี้มักหายได้เองและโอกาสในการกลายเป็น พาหะเรื้อรังน้อย การตรวจเพาะเชื้อจากอุจจาระอาจพบหรือไม่ พบเชื้อเพียงชั่วคราว เนื่องจากผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือเคยมี อาการแต่หายแล้วสามารถตรวจพบเชื้อในอุจจาระได้นาน หลายสัปดาห์ จึงไม่ได้สะท้อนถึงภาวะการติดเชื้อที่แท้จริง สำหรับการให้ยาปฏิชีวนะอาจไม่มีประโยชน์ในการรักษาและ ยังเพิ่มโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาและเพิ่มระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อ จากอุจจาระได้ นอกจากนี้มีการรายงานข้อมูลเชิงระบาดวิทยา ว่า การแพร่ระบาดของ Non-typhoidal salmonellosis ที่มีการแพร่เชื้อผ่านทางสัมผัสใกล้ชิดหรือผ่านการเตรียม อาหารจากผู้ทำงานสัมผัสอาหารมีเพียงร้อยละ 2 ซึ่งเป็น ระดับความเสี่ยงในการแพร่เชื้อที่ค่อนข้างน้อย¹¹ ดังนั้นแม้ พบเชื้อกลุ่ม Non-typhoidal Salmonella ในอุจจาระแต่หาก ไม่มีอาการ แนวทางในหลายประเทศจึงกล่าวว่าจะไม่จำเป็นต้องห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหาร แต่ให้ลดการแพร่เชื้อด้วยสุข อนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมโดยเฉพาะการล้างมือให้เป็นกิจ นิสัย หรือพิจารณาห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารเฉพาะผู้สัมผัส อาหารที่ผู้บริโภคนั้นเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น งานโภชนาการ ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม แนวทางการจัดการกรณีที่ไม่ มีอาการนี้มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถพบได้บ่อย มีการศึกษา ในประเทศจีนพบว่าจากผู้ติดเชื้อแซลโมเนลลา 290 คน พบกลุ่มที่ไม่มีอาการถึงร้อยละ 28.9¹² และสามารถป้องกันได้ ด้วยสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม รวมถึงมาตรการรายงาน อาการที่ผิดปกติทางสุขภาพ

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรม และแนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหารมีผลเพาะเชื้อแซลโมเนลลา จากอุจจาระเป็นบวก โดยรวบรวมและเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติจากทั้งหมด 3 องค์การ ได้แก่ USA FDA Food Code ของประเทศสหรัฐอเมริกา, National Disease Surveillance Centre ของสหราชอาณาจักร และ Communicable Disease Network Australia ของประเทศออสเตรเลีย แต่ละแนวทางปฏิบัติมีรายละเอียดดังนี้

USA FDA Food Code ⁸

ลักษณะข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการปฏิบัติงานสัมผัสอาหารแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ Exclude หมายถึง ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารและต้องแยกออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Food establishments) และ Restrict หมายถึง สามารถเข้าพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหารได้ แต่ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารพร้อมเสิร์ฟ อาหารที่ไม่ต้องผ่านการปรุงสุก หรือภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้ในการบรรจุอาหาร

หากผู้สัมผัสอาหารมีอาการ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว แต่ไม่ได้ตรวจหาผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ การจัดการสามารถทำได้โดยการ Exclude จนกว่าอาการจะหายและไม่ปรากฏอาการซ้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง แต่หากมีการส่งผลเพาะเชื้อจากอุจจาระและพบเชื้อแซลโมเนลลาก็มีแนวทางการจัดการ ดังนี้

กรณี	Typhoidal Salmonella
1. ผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วย	- กรณีเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อดูการขจัดเชื้อและรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ให้ Exclude จนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 3 ครั้งติดต่อกัน* - กรณีไม่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและไม่ได้เก็บอุจจาระส่งตรวจ กล่าวคือ พบว่ามีประวัติเคยติดเชื้อ S. Typhi แต่ไม่ได้รับการ ให้ Exclude เป็นระยะเวลา 3 เดือน
2. ผู้สัมผัสอาหารไม่มีอาการหรืออาการหายแล้ว	- ให้ Exclude จนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 3 ครั้งติดต่อกัน* ไม่ว่าจะกรณีใดก็ตาม กล่าวคือ ต้องมีการเก็บอุจจาระเพื่อยืนยันเสมอ
3. ผู้สัมผัสอาหารมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ	- กรณีผู้บริโภคนั้นเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง** ให้ Restrict งานสัมผัสอาหารจนกว่าจะไม่มีอาการอย่างน้อย 14 วันหลังจากที่สัมผัสผู้ติดเชื้อจึงกลับเข้าทำงานได้ - กรณีผู้บริโภคไม่ใช่ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง ให้ทำงานได้โดยเน้นให้มีมาตรการ รายงานอาการผิดปกติ สุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมโดยเฉพาะการล้างมือ และไม่ทำงานสัมผัสอาหารโดยตรงกับอาหารพร้อมเสิร์ฟ อาหารที่ไม่ต้องผ่านการปรุงสุก หรือภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้ในการบรรจุอาหาร

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติตาม USA FDA Food Code กรณีผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Non-typhoidal Salmonella

กรณี	Non – typhoidal Salmonella
1. ผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วย	- กรณีเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อดูการจัดเชื้อ ไม่ว่าจะรักษาด้วยรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหรือไม่ ให้ Exclude จนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 2 ครั้งติดต่อกัน* - กรณีไม่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและไม่ได้เก็บอุจจาระส่งตรวจ ให้ Exclude จนกว่าจะไม่มีอาการ เป็นระยะเวลา 1 เดือนติดต่อกัน
2. ผู้สัมผัสอาหารไม่มีอาการหรืออาการหายแล้ว	- กรณีเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อดูการจัดเชื้อ ให้ Restrict งานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 2 ครั้งติดต่อกัน* - กรณีไม่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและไม่ได้เก็บอุจจาระส่งตรวจ ให้ Restrict จนกว่าจะไม่มีอาการ เป็นระยะเวลา 1 เดือนติดต่อกัน
3. ผู้สัมผัสอาหารมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ	- ไม่จำเป็นต้อง Exclude ออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ให้ทำงานได้ โดยเน้นให้มีมาตรการรายงานอาการผิดปกติ สุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม โดยเฉพาะการล้างมือ และไม่สัมผัสอาหารโดยตรงกับอาหารพร้อมเสิร์ฟ อาหารที่ไม่ต้องผ่านการปรุงสุก หรือภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้ในการบรรจุอาหาร

ตารางที่ 2 แนวทางปฏิบัติตาม USA FDA Food Code กรณีผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Non-typhoidal Salmonella*
การเก็บอุจจาระต้องเก็บห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง หากใช้ยาปฏิชีวนะต้องเก็บหลังจากหยุดยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 48 ชั่วโมง และ
ไม่เก็บอุจจาระก่อนครบ 1 เดือนหลังจากวันที่เริ่มมีอาการ

** ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ทารกแรกเกิดถึงอายุ 3 เดือน ผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่อายุมากกว่า 70 ปี หรือ มากกว่า 50 ปีและ
มีภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือมีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ

National Disease Surveillance Centre (NDSC) ¹³

เป็นแนวทางปฏิบัติของสหราชอาณาจักร เน้นไปที่
การประเมินความเสี่ยงของผู้สัมผัสอาหาร หากเป็นผู้สัมผัส
อาหารที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk food handlers) หมายถึง
ผู้สัมผัสอาหารพร้อมเสิร์ฟ อาหารที่ไม่ได้บรรจุในหีบห่อ ไม่มี
บรรจุภัณฑ์ หรืออาหารที่ไม่ต้องผ่านการปรุงสุก รวมถึงผู้ที่มีสุข
อนามัยส่วนบุคคลไม่เหมาะสม ทำงานในบริเวณไม่มีอุปกรณ์
ทำความสะอาดที่ได้มาตรฐาน หรือผู้ที่ต้องสัมผัสอาหารสำหรับ
ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง อาจจำเป็นต้องตรวจผลเพาะเชื้อจาก
อุจจาระตามแนวทางในตารางที่ 3 และ 4

แนวทางการจัดการของ NDSC กล่าวว่า หากผู้สัมผัส
อาหารมีอาการ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว แต่ไม่ได้ตรวจหา
ผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่า
อาการจะหายและไม่ปรากฏอาการซ้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 48
ชั่วโมง แต่หากมีการส่งผลเพาะเชื้อจากอุจจาระและพบเชื้อแซล
โมเนลลาโดยเป็นผู้สัมผัสอาหารที่มีความเสี่ยงสูงจะมีแนวทาง
การจัดการ ดังนี้

กรณี	Typhoidal Salmonella
1. ผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วย	- รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 6 ครั้งติดต่อกัน โดยการเก็บอุจจาระต้องเก็บห่างกัน 2 สัปดาห์ และเริ่มเก็บหลังจากหยุดยาปฏิชีวนะ 2 สัปดาห์
2. ผู้สัมผัสอาหารไม่มีอาการหรืออาการหายแล้ว	- รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 6 ครั้งติดต่อกัน โดยการเก็บอุจจาระต้องเก็บห่างกัน 2 สัปดาห์ และเริ่มเก็บหลังจากหยุดยาปฏิชีวนะ 2 สัปดาห์
3. ผู้สัมผัสอาหารมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ	- กรณีมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่เป็นพาหะ ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 3 ครั้งติดต่อกัน โดยการเก็บอุจจาระต้องเก็บห่างกัน 1 สัปดาห์ และเริ่มเก็บ 3 สัปดาห์หลังจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อครั้งสุดท้าย หรือรอนับจากวันที่สัมผัสผู้ที่เป็นพาหะ

ตารางที่ 3 แนวทางปฏิบัติตาม NDSC กรณีผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Typhoidal Salmonella

กรณี	Non – typhoidal Salmonella
1. ผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วย	- ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อดูการจัดเชื้อ แต่ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าอาการจะหายและไม่ปรากฏอาการซ้ำเป็นเวลอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
2. ผู้สัมผัสอาหารไม่มีอาการหรืออาการหายแล้ว	- ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และไม่ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหาร หากมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม - หากไม่แน่ใจว่าสุขอนามัยส่วนบุคคลเหมาะสม ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 2 ครั้งติดต่อกัน โดยการเก็บอุจจาระต้องเก็บห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง หากใช้ยาปฏิชีวนะต้องเก็บหลังจากหยุดยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
3. ผู้สัมผัสอาหารมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ	- ไม่จำเป็นต้องเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อดูการจัดเชื้อ และไม่จำเป็นต้องห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหาร หากมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม

ตารางที่ 4 แนวทางปฏิบัติตาม NDSC กรณีผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Non-typhoidal Salmonella

Communicable Disease Network Australia (CDNA) ^{14,15}

แนวทางการจัดการของ CDNA กล่าวว่า หากผู้สัมผัสอาหารมีอาการ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว แต่ไม่ได้ตรวจหาผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าอาการจะหายและไม่ปรากฏอาการซ้ำเป็นเวลอย่างน้อย 48 ชั่วโมง แต่หากมีการส่งผลเพาะเชื้อจากอุจจาระและพบเชื้อซัลโมเนลลาจะมีแนวทางการจัดการ ดังนี้

กรณี	Typhoidal Salmonella
1. ผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วย	- ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 2 ครั้งติดต่อกันโดยการเก็บอุจจาระต้องเก็บห่างกันอย่างน้อย 48 ชั่วโมง และเริ่มเก็บหลังจากหยุดยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
2. ผู้สัมผัสอาหารไม่มีอาการหรืออาการหายแล้ว	- ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 2 ครั้งติดต่อกันโดยการเก็บอุจจาระต้องเก็บห่างกันอย่างน้อย 48 ชั่วโมง และเริ่มเก็บหลังจากหยุดยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
3. ผู้สัมผัสอาหารมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ	- กรณีเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อการขจัดเชื้อ ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ 2 ครั้งติดต่อกัน โดยต้องเก็บห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง - กรณีไม่เก็บอุจจาระส่งตรวจ ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าจะไม่มีอาการอย่างน้อย 14 วันหลังจากที่สัมผัสผู้ติดเชื้อจึงกลับเข้าทำงานได้ หากผู้บริโภคนั้นเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง แนะนำให้ปฏิบัติตามวิธีนี้มากกว่า

ตารางที่ 5 แนวทางปฏิบัติตาม CDNA กรณีผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Typhoidal Salmonella

กรณี	Non – typhoidal Salmonella
1. ผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วย	- ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อการขจัดเชื้อ แต่ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารจนกว่าอาการจะหายและไม่ปรากฏอาการซ้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
2. ผู้สัมผัสอาหารไม่มีอาการหรืออาการหายแล้ว	- ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป หากไม่ใช่ผู้สัมผัสอาหารที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้บริโภคนั้นไม่ใช่ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงไม่จำเป็นต้องห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหาร
3. ผู้สัมผัสอาหารมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ	- ไม่จำเป็นต้องห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหาร ให้ทำงานได้โดยเน้นให้มีมาตรการรายงานอาการผิดปกติ สุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม

ตารางที่ 6 แนวทางปฏิบัติตาม CDNA กรณีผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Non-typhoidal Salmonella

อย่างไรก็ตาม ลักษณะข้อห้ามในการปฏิบัติงานสัมผัสอาหารตามแนวทางปฏิบัติของ NDSC และ CDNA ไม่ได้มีการแบ่งประเภทหรือระดับของการห้ามปฏิบัติงานไว้ชัดเจนอย่างแนวทางปฏิบัติของ FDA แต่ให้สามารถเลือกระดับของการห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาได้ โดยพิจารณาจากหลายปัจจัยประกอบกัน เช่น ชนิดของเชื้อ อาการ สุขอนามัยส่วนบุคคล กลุ่มผู้บริโภค เป็นต้น

การประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการสำหรับกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาล จัดอยู่ในกรณีที่ผู้บริโภคนั้นเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากมีทั้งผู้บริโภคนั้นมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เด็กเล็ก และคนชรา ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าคนทั่วไปและยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง ดังนั้น แนวทางปฏิบัติจะค่อนข้างเข้มงวดกว่า

กรณีผู้บริโภคทั่วไป สำหรับประเทศไทยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนออกมาจากหน่วยงานราชการส่วนกลางในปัจจุบัน ในทางปฏิบัติเมื่อมีกรณีผู้สัมผัสอาหารติดเชื้อจะปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อร่วมกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ประจำโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์แต่ละโรงพยาบาลจะพิจารณาการจัดการจากแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตน โดยส่วนใหญ่มักอ้างอิงจาก USA FDA Food Code หรือ NDSC แต่เพื่อความชัดเจนในการออกแนวทางปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม บทความนี้จึงได้สรุปแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกรณีเป็นเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาล จากทั้ง 3 องค์การที่กล่าวไป ดังนี้

ในกรณีผู้สัมผัสอาหารยังมีการอยู่ ต้องห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารและต้องแยกออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Exclude) จนกว่าอาการจะหายและไม่ปรากฏอาการซ้ำเป็นเวลอย่างน้อย 24 ถึง 48 ชั่วโมง โดยหากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นกลุ่ม Typhoidal Salmonella ให้รักษาด้วยยาปฏิชีวนะและห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารและต้องแยกออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Exclude) จนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อ สำหรับความถี่ในการตรวจขึ้นกับแนวทางที่เลือกใช้ โดยแนวทางปฏิบัติของ NDSC จะเข้มงวดที่สุด กล่าวคือ ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือนในการตรวจเพื่อให้มั่นใจว่าจะครบระยะเวลาที่ร่างกายต้องใช้ในการขจัดเชื้อ (Shedding period) สำหรับเชื้อกลุ่ม Typhoidal Salmonella แต่หากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นเชื้อกลุ่ม NTS ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและไม่จำเป็นต้องเก็บอุจจาระส่งตรวจหากมั่นใจว่าผู้สัมผัสอาหารมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม ยกเว้นกรณียึดตามแนวทางปฏิบัติของ FDA หากไม่เก็บอุจจาระส่งตรวจจะต้องห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารและต้องแยกออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Exclude) หลังอาการหายแล้วอีกอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้มั่นใจว่าครบระยะเวลาที่ร่างกายต้องใช้ในการขจัดเชื้อ NTS

เมื่อผู้สัมผัสอาหารอาการหายดีแล้ว หรือในรายที่ไม่มีอาการแต่แรกแต่ผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นบวก หากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นเชื้อกลุ่ม Typhoidal Salmonella แนวทางการจัดการเหมือนกับกลุ่มที่มีอาการ แต่หากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นเชื้อกลุ่ม NTS แนะนำให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของ FDA คือ สามารถให้เข้าพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหารได้แต่ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารพร้อมเสิร์ฟ อาหารที่ไม่ต้องผ่านการปรุงสุก หรือภาชนะอุปกรณ์

ที่ใช้ในการบรรจุอาหาร (Restrict) หลังจากอาการหายแล้วอย่างน้อย 1 เดือน หรือพิจารณาเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อหาการขจัดเชื้อ แต่หากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระไม่เป็นลบติดต่อกันจนถึงเกณฑ์การขจัดเชื้อสำเร็จ เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี ให้ถือว่าผู้ติดเชื้อมีภาวะพาหะเรื้อรัง ซึ่งแนวทางปฏิบัติแนะนำให้เลือกใช้ของ NDSC หรือ CDNA ซึ่งจะเป็นเกณฑ์สำหรับภาวะพาหะเรื้อรังโดยเฉพาะ กรณีผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นเชื้อกลุ่ม Typhoidal Salmonella แนวทางการจัดการเหมือนกับกลุ่มที่มีอาการแต่การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต้องใช้ระยะเวลาขึ้นกว่ากรณีทั่วไปเป็นทั้งหมด 28 วัน¹¹ แต่หากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระเป็นเชื้อกลุ่ม NTS แนวทางปฏิบัติของ NDSC กล่าวว่าไม่จำเป็นต้องเก็บอุจจาระส่งตรวจหากมั่นใจว่าผู้สัมผัสอาหารมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม ในขณะที่แนวทางปฏิบัติของ CDNA กล่าวว่าหากเป็นกรณีผู้บริโภคเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงเช่นในโรงพยาบาล ให้พิจารณาเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อหาการขจัดเชื้อ

ในกรณีที่ผู้สัมผัสอาหารมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ หากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระของผู้ติดเชื้อเป็นเชื้อกลุ่ม Typhoidal Salmonella แนวทางปฏิบัติของ FDA และ CDNA แนะนำให้สามารถเข้าพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหารได้แต่ห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารพร้อมเสิร์ฟ อาหารที่ไม่ต้องผ่านการปรุงสุก หรือภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้ในการบรรจุอาหาร (Restrict) จนกว่าจะครบระยะฟักตัวเฉลี่ยของโรค 14 วัน แต่สำหรับ NDSC แนะนำว่าห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารและต้องแยกออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Exclude) จนกว่าผลเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ในการตรวจจึงครอบคลุมระยะฟักตัวของโรคที่ 1 ถึง 3 สัปดาห์ แต่หากผลเพาะเชื้อจากอุจจาระของผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่ม NTS แนวทางปฏิบัติของทั้ง 3 องค์การจะคล้ายคลึงกัน คือ ไม่จำเป็นต้องเก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อดูการขจัดเชื้อ และไม่จำเป็นต้องให้ออกจากพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เน้นให้มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม และมาตรการรายงานอาการที่ผิดปกติทางสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารเป็นหลัก

นอกจากการประเมินความพร้อมทางสุขภาพในการทำงานของผู้สัมผัสอาหารยังมีประเด็นสำคัญอื่นที่ต้องปฏิบัติตามให้ได้ตามมาตรฐานสุขลักษณะที่ดีในการผลิตอาหาร (GHP) และระบบการวิเคราะห์อันตรายและจุดวิกฤตที่ต้องควบคุม (HACCP) เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานขององค์กรอาหารระหว่าง

ประเทศ⁸ ได้แก่

1. การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัย

เป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันการปนเปื้อนของอาหารและรักษามาตรฐานของอาหารให้ถูกสุขลักษณะ ดังนั้นผู้สัมผัสอาหารจึงควรได้รับการฝึกอบรมอยู่เสมอจากหัวหน้างานเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะการล้างมือที่ถูกต้อง โดยการฝึกอบรมต้องใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่าย รวมถึงควรจัดให้มีการประเมินความรู้เป็นระยะเพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้สัมผัสอาหาร

2. สุขอนามัยส่วนบุคคล

2.1 ควรจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการล้างมือในทุกพื้นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอาหาร รวมถึงห้องครัว พื้นที่สำหรับเปลี่ยนเสื้อผ้า และห้องสุขา โดยสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้ต้องสะดวกต่อการใช้งาน มีปริมาณที่เพียงพอ ได้รับการบำรุงรักษาอยู่เสมอ และมีการแยกส่วนกันระหว่างของผู้สัมผัสอาหารและผู้บริโภค สำหรับการล้างมือควรทำบ่อยครั้งที่สุดเท่าที่พึงปฏิบัติได้โดยมีข้อปฏิบัติและคำแนะนำดังนี้

- ล้างมือก่อนปฏิบัติงาน ก่อนสัมผัสอาหารพร้อมเสิร์ฟ หลังสัมผัสอาหารดิบ หลังเข้าสุขา ก่อนสวมใส่และหลังถอดถุงมือ หลังทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การสัมผัสเส้นผม ผิวหนัง ใบหน้า การไอจาม การทำความสะอาดพื้นที่ครัวก่อนประกอบอาหาร การสัมผัสเงิน การสูบบุหรี่ เป็นต้น

- วิธีการล้างมือ ต้องให้น้ำอุ่นไหลผ่านมือทั้งสองข้าง ใช้สบู่ในปริมาณที่เพียงพอเพื่อให้เกิดฟอง ขัดถูด้วยสบู่และน้ำให้ทั่วทุกบริเวณของมือรวมถึงข้อมือทุกนิ้ว โดยใช้เวลาในการล้างอย่างน้อย 10-15 วินาที หลังจากนั้นล้างสบู่ออกและใช้กระดาษหรือผ้าเช็ดมือทั้งสองข้างให้แห้ง

นอกจากนี้ว่าส่วนของอ่างล้างมือควรเป็นแบบที่ไม่ต้องไข่มือเปิด อ่างล้างมือที่ใช้ควรถูกแยกจากอ่างล้างอาหารและภาชนะอุปกรณ์ ไม่แนะนำให้ใช้แปรงขัดเล็บเว้นแต่ในกรณีที่มีการล้างคราบที่ติดแน่น

2.2 การใช้ถุงมือในการทำงานสัมผัสอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจคือการล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพก่อนสวมใส่และหลังถอดถุงมือ ควรใช้ถุงมือที่ได้มาตรฐาน ไม่บุบสลาย ใช้เพียงครั้งเดียว แยกถุงมือที่ใช้สำหรับอาหารพร้อมเสิร์ฟและสำหรับอาหารดิบให้ชัดเจน เมื่อชำรุดเสียหายให้เปลี่ยนถุงมือใหม่ทันที

2.3 การแต่งกาย ควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาดและ

เหมาะสม ควรสวมให้เรียบร้อยและเป็นระเบียบ ควรใช้สายรัดผมและที่คลุมเคราตามความเหมาะสม ควรสวมใส่เครื่องประดับให้น้อยที่สุด

2.4 ในกรณีที่มีผู้สัมผัสอาหารอาศัยอยู่ในบริเวณที่ต้องสัมผัสอาหาร ควรทิ้งอาหารที่สัมผัสออก ทำความสะอาดพื้นที่และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนประกอบของไฮโปคลอไรต์ซึ่งสามารถให้คลอรีนในปริมาณไม่น้อยกว่า 1,000 ppm

3. การรายงานอาการที่ผิดปกติทางสุขภาพ

ผู้สัมผัสอาหารที่ติดเชื้อหากมีอาการเหล่านี้สามารถแพร่เชื้อผ่านทางอาหารได้ จึงควรรายงานแก่หัวหน้างานหรือผู้บริหารทันที โดยอาการที่พึงสังเกต ได้แก่ ถ่ายเหลว อาเจียน ใช้ ตัวเหลือง ตาเหลือง เจ็บคอร่วมกับมีไข้ การติดเชื้อที่ผิวหนัง เช่น แผลพุพอง แผลติดเชื้อ หนองที่ออกมาจากบริเวณตา หู จมูก ปาก

4. ความปลอดภัยของอาหาร

การควบคุมเชื้อแชลโมเนลลามีประเด็นความปลอดภัยบางประการที่แตกต่างจากการควบคุมโดยทั่วไป ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิสำหรับอาหารจำพวกไข่ ไข่ที่ไม่ได้ปอกเปลือกหรือปอกแล้วแต่ถูกตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องควรได้รับการพาสเจอร์ไรส์เพื่อทำลายเชื้อแชลโมเนลลาและติดฉลากกำกับ หากไม่ได้ถูกพาสเจอร์ไรส์จะต้องเก็บไว้ในอุปกรณ์ทำความเย็นที่รักษาอุณหภูมิไว้ไม่เกิน 7 องศาเซลเซียส หรือ 45 องศาฟาเรนไฮต์ อาหารจำพวกเนื้อและไก่อบจะต้องเก็บไว้ในอุปกรณ์ทำความเย็นที่รักษาอุณหภูมิไว้ไม่เกิน 5 องศาเซลเซียส หรือ 41 องศาฟาเรนไฮต์ สำหรับอาหารปรุงสุกในขั้นตอนประกอบอาหารควรให้ความร้อนจนกว่าอาหารจะมีอุณหภูมิไม่น้อยกว่า 57 องศาเซลเซียส หรือ 135 องศาฟาเรนไฮต์¹⁰

บทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้อง^{16,17}

การจัดการกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาลมีผลเพาะเชื้อแชลโมเนลลาจากอุจจาระเป็นบวก พยาบาลอาชีวอนามัยและกลุ่มงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัยแก่เจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหาร ตั้งแต่การประเมินความพร้อมทางสุขภาพในการทำงานของผู้สัมผัสอาหาร การให้คำแนะนำและอบรมเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคล ความปลอดภัยของอาหาร มีส่วนร่วมในการ

วางแผนและออกแบบมาตรการเฝ้าระวังอาการผิดปกติทางสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารร่วมกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ รวมถึงการดูแลจัดการเจ้าหน้าที่ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้เกิดการติดตามอย่างต่อเนื่องและได้รับการประเมิน กลับเข้าทำงานอย่างเหมาะสมในกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสอาหาร มีความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อไปสู่ผู้บริโภค นอกจากนี้ควรมีการ ประเมินประสิทธิภาพของแผนงานที่ดำเนินการไปและมีการ ทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อปรับให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ สาทที่อาจมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัส อาหารมีผลเพาะเชื้อแซลโมเนลลาจากอุจจาระเป็นบวก ไม่ จำเป็นต้องห้ามปฏิบัติงานสัมผัสอาหารทุกราย โดยการประเมิน ต้องพิจารณาจากหลายปัจจัยประกอบกัน เช่น ชนิดของเชื้อ ลักษณะการก่อโรค อาการ การรักษา ลักษณะงาน สุขอนามัย ส่วนบุคคล กลุ่มผู้บริโภค เป็นต้น โดยกรณีเจ้าหน้าที่ผู้สัมผัส อาหารของโรงพยาบาล ผู้บริโภคจะจัดอยู่ในกลุ่มประชากรเสี่ยง สูงจึงมีแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานและการจัดการที่เข้ม งวดกว่ากรณีทั่วไป อย่างไรก็ตาม การป้องกันการปนเปื้อนใน อาหารขึ้นอยู่กับสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะการล้างมือให้ เป็นกิจนิสัยและมาตรการรายงานอาการที่ผิดปกติทางสุขภาพ ของผู้สัมผัสอาหารเป็นหลัก จึงเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติเสมอแม้ว่า จะเก็บอุจจาระส่งตรวจหรือรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหรือไม่ก็ตาม

References

1. Augustin JC, Kooh P, Bayeux T, Guillier L, et al. Contribution of Foods and Poor Food-Handling Practices to the Burden of Foodborne Infectious Diseases in France. *Foods*. 2020; 9(11): 1644.
2. Jankusol K, Pimda P, Jindamai S. Fit to work assessment as a food handler: A study of workers who work in food handling areas. *The Office of Disease Prevention Control Region 9 Nakhon Ratchasima*. 2022; 28(2): 43-52. (in Thai)
3. Public Health England Salmonella data 2007 to 2016: National laboratory data for residents of England and Wales. London Public Health England; 2018.
4. Ministerial Regulation on Hygiene for Food Service Establishments, 2018. *Royal Thai Government Gazette*. 2018; 135(42): 19-25. (in Thai)
5. Ministerial Regulation on Market Hygiene, 2008. *Royal Thai Government Gazette*. 2008; 125(13): 5-7. (in Thai)
6. Food Act, 2009. *Royal Thai Government Gazette*. 1979; 96 (79): 1-28. (in Thai)
7. Food and Agriculture Organization of the United Nations. General principles of food hygiene CXC 1-1969. Rev ed. Rom: FAO; 2020.
8. United States. Food and Drug Administration. Food code: 2022 recommendations of the United States Public Health Service, Food and Drug Administration. College Park, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration; 2022.
9. Sirinavin S, Thavornnuth J, Sakchainanont B, Bangtrakulnonth A, Chongthawonsatid S, Junumporn S. Norfloxacin and azithromycin for treatment of nontyphoidal Salmonella carriers. *Clinical Infectious Diseases*. 2003; 37(5): 685-91.
10. Gotuzzo E, Guerra JG, Benavente L, Palomino JC, Carrillo C, Lopera J, et al. Use of norfloxacin to treat chronic typhoid carriers. *The Journal of Infectious Diseases*. 1988; 157(6): 1221-5.
11. Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 6th ed. New York: Elsevier/Churchill Livingstone; 2005.

12. Paudyal N, Pan H, Wu B, Zhou X, et al. Persistent Asymptomatic Human Infections by *Salmonella enterica* Serovar Newport in China. *mSphere*. 2020; 5(3): 163-20.
13. National Disease Surveillance Centre. Preventing Foodborne Disease: A Focus on the Infected Food Handler. Dublin: National Disease Surveillance Centre; 2004.
14. Communicable Diseases Network Australia. Typhoid and Paratyphoid Fevers: CDNA National Guidelines for Public Health Units. Canberra: Department of Health; 2017.
15. OzFoodNet Working Group. Guidelines for the investigation and management of food handlers during non-typhoidal *Salmonella* outbreaks. OzFoodNet; 2012.
16. Kerdklinhom J, Oumtanee A. Roles of an occupational health nurse. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(3): 137-46. (in Thai)
17. Harnyoot O. Nursing Process and Implications. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 137-43. (in Thai)

การประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล: การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ Clinical Competency Assessment for Nursing Students: Identifying Entrustable Professional Activities

กุสุมา กังหลิ*¹ ณัฐภรณ์ หลาวทอง²

Kusuma Kanglee*¹ Nuttaporn Lawthong²

¹วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

¹Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand, 10400

²คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

²Faculty of Education, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การประเมินผลฐานสมรรถนะมุ่งการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของผู้เรียนในการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงออกถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ เจตคติ และคุณลักษณะทางวิชาชีพตามข้อกำหนดมาตรฐานการพยาบาล การประเมินสมรรถนะทางคลินิกตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้เป็นกรอบการประเมินใหม่ที่นำมาใช้ในการประเมินผลการศึกษาศึกษาพยาบาลฐานสมรรถนะในระดับการปฏิบัติและระดับคุณลักษณะทางวิชาชีพ เป็นการประเมินจากสถานที่ปฏิบัติงานทางคลินิกโดยการสังเกตโดยตรงจากทักษะกระบวนการระหว่างการทำงาน การกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้เพื่อแปลสมรรถนะทางวิชาชีพพยาบาลเป็นระดับความสามารถที่นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมทางวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเอง ภายใต้การกำกับดูแลโดยตรงหรือไม่ต้องมีการกำกับดูแล และอาจกำกับดูแลผู้อื่นปฏิบัติได้ การประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้เป็นแนวทางในการประเมินและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: การประเมินสมรรถนะทางคลินิก, กรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์, กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้

Abstract

Competency-based assessment (CBA) aims assess the clinical competency of learners in nursing practices that demonstrates the ability to apply knowledge, skills, attitudes, and professional characteristics according to nursing standards. Clinical competency assessment based on the Miller's Pyramid Framework using Entrustable Professional Activities (EPAs) as an innovation assessment framework used in the competency-based nursing education assessment at "the Does level" and "the Identity level". Clinical competency assessment is workplace-based assessment (WPBA) by direct observation of procedural skills (DOPS). Determining the EPAs to translate the nursing competencies into proficiency levels of the milestones by which nursing students can apply their knowledge, skills, attitudes, and professional behavior in nursing

Corresponding Author: *Email: kusumapom@gmail.com

วันที่รับ (received) 19 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2566

practices by themselves, under direct and proactive supervision, or without supervision and provide supervision to junior trainees. Clinical Competency Assessment for Nursing Students using Entrustable Professional Activities to guide clinical competency assessment for nursing students maximizes patient benefit.

Keyword: Clinical Competency Assessment, Miller's Pyramid Framework, Entrustable Professional Activities

บทนำ

การจัดการศึกษาพยาบาลฐานสมรรถนะ (competency-based nursing education) มุ่งผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะทางวิชาชีพตามข้อกำหนดมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล การฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาวิชาชีพพยาบาลเพื่อให้นักศึกษาสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ เจตคติ และคุณลักษณะที่จำเป็นปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงอย่างถูกต้องและเหมาะสม การประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาจึงเป็นส่วนสำคัญ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่านักศึกษาพยาบาลจะสามารถให้บริการการพยาบาลที่มีคุณภาพและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย¹

การประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเตรียมนักศึกษาพยาบาลเข้าสู่วิชาชีพ เพราะจะทำให้ผู้สอนรู้ว่าผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่เรียนในภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด¹ โดยมุ่งเน้นการประเมินผลฐานสมรรถนะ (competency-based assessment, CBA) ที่มุ่งประเมินสมรรถนะของผู้เรียนอันเป็นผลรวมของความรู้ ทักษะ เจตคติ และคุณลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานใดงานหนึ่ง เป็นการประเมินการปฏิบัติ (performance assessment) และการประเมินตามสภาพจริง (authentic assessment) จากสิ่งที่ผู้เรียนได้ปฏิบัติจริง การประเมินสมรรถนะทางคลินิกพบปัญหาการประเมินไม่สะท้อนสภาพที่แท้จริงของผู้เรียนและไม่ครอบคลุมสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน² ผู้เรียนอาจไม่สามารถปฏิบัติงานได้จริงหรือไม่ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจให้ปฏิบัติงานจริง³⁻⁴ ดังนั้นการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีจึงเป็นสิ่งสำคัญและท้าทาย เครื่องมือควรมีความชัดเจนไม่คลุมเครือและปรับให้เข้ากับความหลากหลายของประสบการณ์ทางคลินิก สามารถสะท้อนสมรรถนะทางคลินิกของผู้เรียนได้ชัดเจนตรงตามความเป็นจริง การประเมินต้องครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และเจตคติ การประเมินทักษะการปฏิบัติควรใช้สถานการณ์จริงเพื่อให้สามารถประเมินทักษะ

ได้ตรงตามสภาพจริงของผู้รับการประเมิน⁵ กรอบแนวคิดพีระมิดของมิลเลอร์หรือกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ (Miller's pyramid framework) เป็นกรอบแนวคิดการประเมินทักษะทางคลินิก (clinical skills) ความสามารถ (competence) และการปฏิบัติ (performance) ที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของการศึกษาทางการแพทย์สำหรับการกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrustable professional activities, EPAs) เป็นกรอบการประเมินรูปแบบหนึ่งที่สามารถประเมินสมรรถนะทางคลินิกตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ในระดับสูงสุดคือการปฏิบัติ (Does) และคุณลักษณะทางวิชาชีพ (Identity)⁶

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับแนวทางการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในประเด็นต่างๆ ดังนี้ กรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) และแนวทางการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาต่อไป

1. กรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ (Miller's pyramid framework)

กรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์เป็นโมเดลการประเมินสมรรถนะทางคลินิก มีการประเมินผลการเรียนรู้ตั้งแต่ขั้นพื้นฐานการประเมินระดับความรู้จนถึงระดับสูงสุดการประเมินระดับการปฏิบัติ โดยการประเมินด้านความรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการประเมินการเรียนรู้ด้านอื่นๆ รวมทั้งสามารถประเมินคุณลักษณะที่จำเป็นในความเป็นวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ (professionalism) กรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์เป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะทางคลินิกแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 Knows ระดับ 2 Knows How ระดับ 3 Shows How ระดับ 4 Does⁷ และมีการปรับกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยเพิ่มระดับสูงสุดที่ปลายยอดพีระมิด ระดับที่ 5 คือ "Is" (Identity) เพื่อสะท้อนอัตลักษณ์

ทางวิชาชีพ (professional identity)⁸ โดยการประเมินในระดับความรู้จะถูกประเมินรวมอยู่ในการประเมินระดับที่สูงขึ้นโดยประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานและการแสดงออกพฤติกรรมทางวิชาชีพ⁷⁻⁹

1.1 แนวทางการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของมิลเลอร์ (Miller's pyramid)

การประเมินสมรรถนะทางคลินิกตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์สามารถเลือกใช้วิธีการประเมินที่มีความสอดคล้องตามระดับการเรียนรู้ของมิลเลอร์ ดังภาพที่ 1

ตัวอย่างการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ในทักษะการปฏิบัติการพยาบาลการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายหรือการเปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (peripheral intravenous catheterization) มีแนวทางการประเมินดังนี้

การประเมินระดับ 1 มุ่งเน้นการประเมินการมีความรู้ (Knows) โดยการประเมินความรู้ในหลักการและเทคนิคการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเกี่ยวกับการเลือกตำแหน่งให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย กระบวนการขั้นตอนการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการดูแลผู้ป่วยที่แทงเข็มและคาเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เป็นต้น สามารถประเมินด้วยการเขียนตอบ (written tests) โดยใช้ข้อสอบที่มีคำถามและมีตัวเลือก (selected-response question) เช่น ข้อสอบแบบปรนัยหลายตัวเลือก (multiple choice questions) หรือข้อสอบที่มีคำถามให้ผู้เรียนเขียนตอบสั้น หรือให้เขียนอธิบาย (constructed-response question)

การประเมินระดับ 2 มุ่งเน้นการประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้จนถึงการรู้การปฏิบัติ (Knows how) โดยเป็นการประเมินการรู้ว่าจะทำอย่างไร มีความเข้าใจในความเชื่อมโยงระหว่างหลักการและเทคนิคการปฏิบัติ เช่น สามารถอธิบายกระบวนการขั้นตอนการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ บนพื้นฐานของการให้เหตุผลที่สอดคล้องและถูกต้อง สามารถประเมินด้วยการเขียนตอบจากสถานการณ์ของผู้ป่วย เช่น ข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ (modified essay question) การสอบปากเปล่า (oral exams)

การประเมินระดับ 3 มุ่งเน้นการประเมินการแสดงการปฏิบัติ (Shows how) โดยให้แสดงว่าทำอย่างไร เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จำลองกับผู้ป่วยจำลอง เช่น การแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยใช้ผู้ป่วยจำลองใน

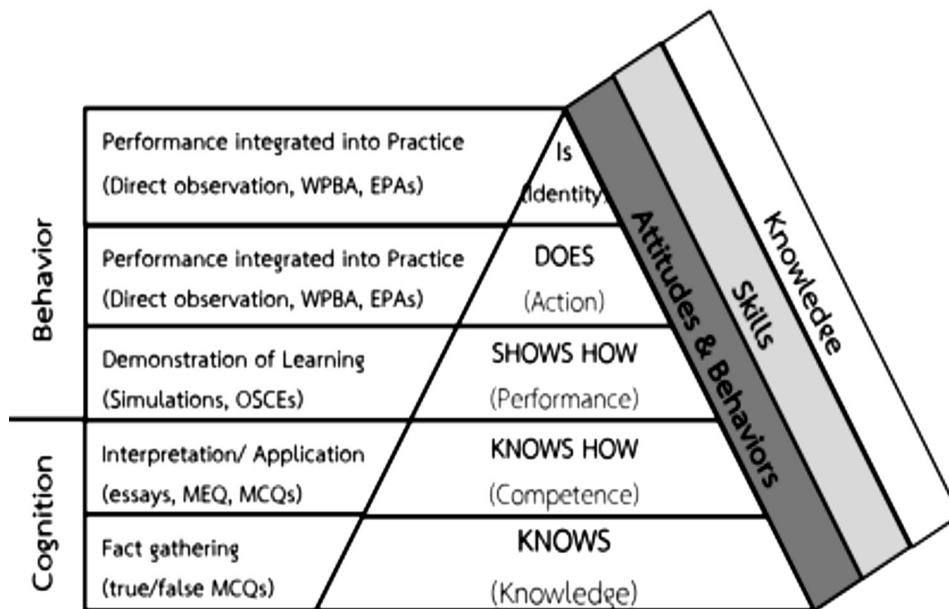
สถานการณ์เสมือนจริง เพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ สามารถประเมินทักษะการปฏิบัติจากการสังเกตการปฏิบัติงานของผู้เรียนโดยตรง ภายใต้การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (simulation) และเงื่อนไขที่กำหนดเพื่อการจัดเตรียมนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นปฏิบัติทางคลินิก เช่น การประเมินด้วยสถานการณ์จำลอง (simulated-based assessments) หรือผู้ป่วยจำลอง (standardized patient) หรือการประเมินทักษะทางคลินิกด้วยสถานการณ์จำลอง (objective structured clinical examination, OSCE) ซึ่งเป็นการทดสอบทางคลินิกโดยใช้วัตถุประสงค์เป็นโครงสร้าง

การประเมินระดับ 4 มุ่งเน้นการประเมินการกระทำหรือการปฏิบัติ (Does) โดยเป็นการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงในสถานที่ปฏิบัติงานทางคลินิก (workplace based assessment, WPBA) สามารถประเมินด้วยการสังเกตการปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย (direct observation) โดยอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติที่มีประสบการณ์ทางคลินิก เช่น การประเมินนักศึกษาพยาบาลจากการสังเกตโดยตรงขณะปฏิบัติแทงเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลายกับผู้ป่วยจริง (direct observation of procedural skills, DOPS)¹⁰ และการประเมินอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (identity) จากการแสดงเจตคติและพฤติกรรมทางวิชาชีพ

การประเมินการปฏิบัติในสถานที่ปฏิบัติงานทางคลินิกเป็นสิ่งที่ยากที่สุดของการประเมินทักษะการปฏิบัติ/การทดสอบความรู้เกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติ (performance examinations) อาจไม่ได้สะท้อนระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การประเมินทักษะการปฏิบัติโดยใช้แบบทดสอบการเขียนตอบที่ระดับคะแนนสูงแสดงถึงการมีความรู้ทางวิชาชีพอยู่ในระดับสูงอาจไม่ได้หมายถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดีเยี่ยม การประเมินฐานสมรรถนะมีความซับซ้อนและประเมินได้ยาก แนวทางการประเมินสมรรถนะทางคลินิกที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากเป็นการประเมินโดยการสังเกตโดยตรงจากทักษะกระบวนการหรือการสังเกตการณ์โดยตรงระหว่างการปฏิบัติงาน (DOPS) จากสถานที่ปฏิบัติงานทางคลินิก (WPBA) ทั้งนี้การมุ่งเน้นการประเมินฐานสมรรถนะโดยการประเมินทักษะการปฏิบัติทำให้ความต้องการในการกำหนดความสามารถของผู้เรียนในสถานที่ปฏิบัติงานทางคลินิกมีมากขึ้น การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrustable Professional Activities,

EPAs) เป็นกรอบการประเมินใหม่ที่น่าสนใจในการประเมินทางการพยาบาลสมรรถนะในระดับการปฏิบัติ (Does) ตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ที่สามารถสังเกตการปฏิบัติงานทางคลินิกได้ อีกทั้งสามารถประเมินผลการเรียนรู้ได้ครอบคลุม

หลายๆ สมรรถนะ ซึ่งเป็นการประเมินสมรรถนะที่มีความเหมาะสมมากกว่าการประเมินแยกสมรรถนะหรือการประเมินแยกเฉพาะด้านความรู้ ทักษะ หรือเจตคติ¹²



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของมิลเลอร์^{7-8,11}

2. กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs)

การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) ทำให้อาจารย์ผู้นิเทศสามารถประเมินสมรรถนะทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (competency domain) ระดับความสามารถของผู้เรียน (milestones) และตัดสินใจมอบหมายงานให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ เมื่อผู้เรียนได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติงานตามระดับการกำกับดูแลที่กำหนด (supervision level)

2.1 ความหมาย

กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) เป็นกิจกรรมของการปฏิบัติงานทางวิชาชีพที่กำหนดเป็นงานและความรับผิดชอบที่จะได้รับความไว้วางใจให้ปฏิบัติโดยไม่มีผู้กำกับดูแลเมื่อผู้ฝึกปฏิบัติมีความสามารถหรือสมรรถนะที่เพียงพอ สามารถดำเนินการได้อย่างอิสระ สามารถสังเกตได้ และสามารถประเมินได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ดังนั้นจึงเหมาะสำหรับใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิก การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) เป็นการออกแบบกรอบการประเมินเพื่อแปลสมรรถนะไปสู่การปฏิบัติงานทางคลินิกทำให้สามารถปฏิบัติสมรรถนะได้³

กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) เป็นกิจกรรมหรืองานทางวิชาชีพที่ได้รับความไว้วางใจให้ปฏิบัติเมื่อผู้เรียนมีความสามารถหรือสมรรถนะที่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในผู้เรียน เป็นสมรรถนะที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองจากระดับที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จนถึงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีการกำกับดูแลหรือการให้คำแนะนำและอาจกำกับดูแลผู้อื่นปฏิบัติได้¹³

2.2 การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs)

กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) มีคุณลักษณะ ดังนี้ 1) เป็นกิจกรรมที่กำหนดอย่างชัดเจน 2) สามารถกำหนดขอบเขตพร้อมข้อจำกัด (หากจำเป็น) 3) มีความเฉพาะเจาะจง 4) สังเกตได้ในกระบวนการ 5) นำไปสู่ผลลัพธ์หรือการปฏิบัติที่วัดได้ 6) กิจกรรมเดี่ยวไม่เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมอื่น 7) มีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อวิชาชีพ 8) จำกัดเฉพาะบุคคลที่มีคุณสมบัติเท่านั้น 9) บอกถึงงานทางวิชาชีพที่เหมาะสมสำหรับการมอบความไว้วางใจให้ปฏิบัติ 10) มีการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ เจตคติ และ

พฤติกรรมทางวิชาชีพที่ได้จากการศึกษาหรือการฝึกอบรม 11) เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้และการรวมของสมรรถนะหลักต่างๆ และ 12) สามารถนำไปปฏิบัติในงานบริการทางวิชาชีพต่างๆ ได้¹⁴

การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) อาจมีขอบเขตกว้างหรือแคบได้ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของผู้เรียน เช่น กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) ที่มอบหมายให้กับนักศึกษาแพทย์และพยาบาลเป็นอันดับแรกอาจเป็นการวัดความดันโลหิตและการรายงานค่าความดันโลหิต หรือการวัดสัญญาณชีพ ประกอบด้วย การวัดอัตราการเต้นของชีพจร การวัดอัตราการหายใจ การวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต และการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน¹² ขั้นตอนการกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs)⁴ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การระบุกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Identifying EPAs)

การระบุกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) โดยผู้เชี่ยวชาญระบุและกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การประชุมร่วมกัน การสนทนากลุ่ม (focus group) การระดมสมอง (brainstorming) การใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (modified Delphi technique) เป็นต้น ตัวอย่างกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) ของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา เช่น การใส่สายยางให้อาหารทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube, NG Tube) นักศึกษาพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างอิสระภายในกรอบเวลา อาจารย์ผู้ควบคุมการปฏิบัติสามารถสังเกตได้ และสามารถประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ได้ ในที่นี้การประเมินการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก คือ การตรวจสอบตำแหน่งของการใส่สายยางให้อาหารจากการดูดสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารและการฟังตำแหน่งของปลายสายด้วยหูฟัง (stethoscope) และเป็นกิจกรรมทางวิชาชีพที่สำคัญในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจริงที่ต้องใช้ความรู้ เจตคติ และทักษะเฉพาะ ซึ่งผู้ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติเท่านั้นจึงจะปฏิบัติได้ เช่น การให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube feeding) เป็นทักษะเฉพาะที่เรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่การทำความสะอาดเตียงและการจัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีความรู้หรือทักษะเฉพาะ แม้แต่ผู้ช่วยพยาบาลก็สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นการทำความสะอาดเตียงและการจัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียง

ผู้ป่วยจึงไม่เหมาะที่จะกำหนดเป็นกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) ของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) ต้องสะท้อนถึงสมรรถนะที่เกี่ยวข้อง และนำไปสู่สมรรถนะทางวิชาชีพพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งอย่างสำหรับผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับเมื่อสิ้นสุดการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต⁴

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดขอบเขตสมรรถนะทางวิชาชีพ (Competency domains)

การกำหนดขอบเขตสมรรถนะหลักทางวิชาชีพกำหนดตามท้องถื่นวิชาชีพกำหนด สำหรับสภาการพยาบาลได้มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาสมรรถนะให้เกิดกับตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ประกอบด้วยสมรรถนะ 8 ด้าน คือ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) สมรรถนะด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ และ 8) สมรรถนะด้านสังคม การกำหนดขอบเขตสมรรถนะหลักทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและสำคัญพร้อมคำอธิบายสั้น ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่คาดหวังจากนักศึกษาพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน (oxygen) จำเป็นต้องมีสมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำการจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ และสมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ เป็นต้น โดยนักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการและความเสี่ยงของกระบวนการปฏิบัติ และทำงานเป็นทีมกับพยาบาลหรือแพทย์

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดระดับความสามารถ (Milestones)

ระดับความสามารถเป็นพฤติกรรมที่คาดหวังเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับสมรรถนะทางวิชาชีพ การกำหนดระดับความสามารถโดยการระบุผลการเรียนรู้ (KSABs) ด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills)

เจตคติ (attitude) และพฤติกรรมเชิงวิชาชีพที่จำเป็น (behaviors) ที่สามารถสังเกตได้ และการกำหนดระดับการกำกับดูแลในการศึกษาทางการแพทย์ระดับหลังปริญญา แบ่งเป็น 5 ระดับ ต่อมา มีการขยายขอบเขตระดับการกำกับดูแล

สำหรับการศึกษาทางการแพทย์ในระดับปริญญา¹⁵⁻¹⁶ ตัวอย่างทักษะการปฏิบัติการทางเพิ่ม/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินการปฏิบัติการทางเพิ่ม/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำแนกตามระดับการกำกับดูแล

ระดับ	การทางเพิ่ม/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
ระดับ 1 ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA): 1) มีความรู้/ทักษะไม่เพียงพอ; ไม่อนุญาตให้สังเกต (เช่น ไม่รู้หลักการปฏิบัติในพื้นที่ปลอดเชื้อ) 2) มีความรู้เพียงพอ มีทักษะบางส่วน; อนุญาตให้สังเกต	1) นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแบบสากล (universal precautions) 2) ให้นักศึกษาพยาบาลสังเกตอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติทางเพิ่ม/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (insert IV line)
ระดับ 2 อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) เฉพาะภายใต้การกำกับดูแลโดยตรง/อย่างเต็มที่: 1) ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้กำกับดูแล 2) ปฏิบัติกิจกรรมภายใต้ผู้กำกับดูแล พร้อมช่วยเหลือหากจำเป็น	1) นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติร่วมกันปฏิบัติการทางเพิ่ม/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย: โดยนักศึกษาพยาบาลใช้สายรัด (tourniquet) บริเวณเหนือตำแหน่งเปิดเส้น และทางเพิ่ม/เปิดเส้นพร้อมกับอาจารย์ผู้ควบคุมการปฏิบัติคอยชี้บอกตำแหน่งหลอดเลือดดำ ส่งมอบอุปกรณ์เจาะเลือด จับมือทางเพิ่ม และปิดเทปยึดสายให้สารละลาย 2) นักศึกษาพยาบาลทางเพิ่มและปิดเทปยึดสายให้สารละลายด้วยตัวเอง โดยมีอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติคอยสังเกตอย่างใกล้ชิด และพร้อมให้การช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับภายหลังการปฏิบัติ
ระดับ 3 อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) ภายใต้การกำกับดูแลทางอ้อม/เมื่อต้องการ: 1) ผู้กำกับดูแลพร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที มีการตรวจสอบซ้ำในข้อค้นพบทั้งหมด 2) ผู้กำกับดูแลพร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที มีการตรวจสอบซ้ำในข้อค้นพบที่สำคัญ 3) ผู้กำกับดูแลห่าง ๆ เช่น ทางโทรศัพท์ มีการตรวจสอบข้อค้นพบ	1) นักศึกษาพยาบาลทางเพิ่มและปิดเทปยึดสายให้สารละลายด้วยตัวเอง มีอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติคอยสังเกต โดยอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติมีการตรวจสอบตำแหน่งหลอดเลือด การไหลของสารละลาย ความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ก่อนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ 2) นักศึกษาพยาบาลทางเพิ่มและปิดเทปยึดสายให้สารละลายด้วยตัวเอง มีอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติคอยสังเกต โดยอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติตรวจสอบการไหลของสารละลายขณะให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ 3) นักศึกษาพยาบาลทางเพิ่มและปิดเทปยึดสายให้สารละลายด้วยตัวเอง โดยอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติไม่ได้อยู่ที่เตียง และรายงานผลการปฏิบัติหลังเสร็จงาน หรืออาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติตรวจสอบก่อนการให้สารละลาย หากมีปัญหาใด ๆ ให้รายงาน

ตารางที่ 1 การประเมินการปฏิบัติการทางเคมี/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำแนกตามระดับการกำกับดูแล (ต่อ)

ระดับ	การทางเคมี/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
ระดับ 4 อนุญาตให้ปฏิบัติการทางเคมีทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) โดยไม่ต้องกำกับดูแล 1) การตรวจสอบห่าง ๆ (เช่น การตรวจสอบภายหลัง โดยการถามคำถามผู้เรียน) 2) ไม่ต้องตรวจสอบ	นักศึกษาพยาบาลทางเคมี ปิดเทปยึดสายให้สารละลายด้วยตัวเอง และเริ่มให้สารละลายโดยไม่ต้องมีอาจารย์ผู้ควบคุมภาคปฏิบัติ (อาจไม่สามารถปฏิบัติได้หรือได้รับอนุญาตในบางสถาบัน)
ระดับ 5 อนุญาตให้ปฏิบัติการทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) โดยไม่ต้องกำกับดูแล และอาจให้กำกับดูแลผู้อื่นปฏิบัติได้	นักศึกษาพยาบาลกำกับดูแลนักศึกษาพยาบาลรุ่นน้องในขั้นตอนการทางเคมี/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (อาจไม่สามารถปฏิบัติได้หรือได้รับอนุญาตในบางสถาบัน)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินระดับความสามารถ (Milestone Assessment)

การประเมินระดับความสามารถจะประเมินทักษะและเจตคติทางวิชาชีพเป็นหลัก แต่อาจต้องมีการประเมินความรู้ร่วมด้วย 4 วิธีการประเมินระดับความสามารถ เป็นการสังเกตโดยตรง (direct observation) การประเมินอาจเกี่ยวข้องกับผู้ประเมินมากกว่าหนึ่งคน และควรเป็นกระบวนการ

ที่เป็นทางการ อาจารย์ผู้ประเมินควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการประเมินกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs)

2.3 การออกแบบกรอบกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs)

การออกแบบกรอบกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ 6 ขั้นตอน^{12,16} รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กรอบกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA)

ระดับ	การทางเคมี/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
1. หัวข้อกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Title of the EPA)	หัวข้อของกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) ควรมีความกระชับ และเข้าใจง่าย เป็นกิจกรรมไม่ใช่วัตถุประสงค์การเรียนรู้ และไม่ควรเกิน 10 คำ
2. ลักษณะเฉพาะและข้อจำกัด (Specification and limitations)	ลักษณะกิจกรรมจะต้องระบุข้อกำหนดเฉพาะ และข้อจำกัดของกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) อย่างชัดเจน ข้อมูลเฉพาะอาจเป็นรายการส่วนประกอบของงาน และข้อจำกัดเกี่ยวข้องกับการจำกัดความรับผิดชอบในการตัดสินใจมอบหมายงาน
3. สมรรถนะหลักทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมากที่สุด (Most relevant domains of competence)	ความเชื่อมโยงกับกรอบสมรรถนะหลักทางวิชาชีพที่มีอยู่ทั่วไป แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) กับสมรรถนะหลักทางวิชาชีพที่จำเป็น

ตารางที่ 2 กรอบกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) (ต่อ)

ระดับ	การวางแผน/เปิดเส้นให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
4. ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมที่จำเป็น (Required experience, knowledge, skills, attitude and behavior)	ความรู้ ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจเชื่อมั่นได้
5. แหล่งสารสนเทศการประเมิน (Assessment information sources)	แหล่งสารสนเทศการประเมินเพื่อการประเมินความก้าวหน้า: การสังเกตโดยตรง (direct observations), การอภิปรายกรณีศึกษา (Case-based discussions) และแหล่งสารสนเทศการประเมินอื่น ๆ พร้อมทั้งระบุจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) เพื่อให้สามารถให้ความเชื่อมั่นได้
6. ระดับการกำกับดูแล (Level of supervision for this EPA)	ระดับการกำกับดูแลสำหรับกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA): หลักสูตรปริญญาตรี ส่วนใหญ่อาจเป็นระดับ 3 การปฏิบัติที่มีการกำกับดูแลทางอ้อม สำหรับหลักสูตรสูงกว่าปริญญาตรีเป็นระดับ 4 การปฏิบัติที่ไม่มีการกำกับดูแล
7. วันหมดอายุรับรองผลการประเมิน (Expiration date)	อาจมีการเพิ่มวันที่หมดอายุ (หรือรอบระยะเวลา) หมายถึง ภายหลังการตัดสินใจเชื่อมั่นได้ และผู้เรียนยังไม่ได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) เป็นเวลานานการตัดสินใจเชื่อมั่นอาจหมดอายุและผู้เรียนควรได้รับการกำกับดูแลอีกครั้ง

3. แนวทางการประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

การประเมินสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ โดยใช้การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) ตัวอย่าง EPA: การประเมินสัญญาณชีพ¹³

3.1 การระบุและกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) EPA: การประเมินสัญญาณชีพของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แผนกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA): การประเมินสัญญาณชีพของนักศึกษาพยาบาล

EPA	Competency domains	Milestones	KSABs
สัญญาณชีพ	v1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย	แสดงการเคารพเอกลัทธิ (autonomy) การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย ความยุติธรรม ความซื่อสัตย์ การพิทักษ์สิทธิ ความรับผิดชอบ ความร่วมมือ และความเอื้ออาทร	K, A: การแสดงออกการเคารพเอกลัทธิ เช่น การสอบถามผู้ป่วย และชี้แจง การปฏิบัติ การคำนึงถึงความสะดวกสบาย และความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 แผนทื่กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA): การประเมินสัญญาณชีพของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

EPA	Competency domains	Milestones	KSABs
v2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์	การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการประเมินสัญญาณชีพ การปฏิบัติการประเมินสัญญาณชีพ การประเมินผลสัญญาณชีพ และการบันทึกผลการประเมินสัญญาณชีพ	การวางแผนการประเมินสัญญาณชีพ การปฏิบัติการประเมินสัญญาณชีพ การประเมินผลสัญญาณชีพ และการบันทึกผลการประเมินสัญญาณชีพ	K: ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์และหลอดเลือดแดงที่เกี่ยวข้อง K: ความรู้การวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย K: ค่าปกติของสัญญาณชีพผู้ป่วย และการแปลผล S: การปฏิบัติการวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย S: การวินิจฉัยภาวะปกติและผิดปกติ
v3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ	แสดงบุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ การพัฒนาตนเอง และเจตคติทางวิชาชีพ	การพัฒนาตนเอง และเจตคติทางวิชาชีพ	K, AB: การแต่งกายเรียบร้อย สีนํ้าท่าทางมั่นคง ปฏิบัติด้วยความคล่องแคล่วมั่นใจ ปฏิบัติอย่างเต็มใจและเอื้ออาทร
v4) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ	การสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย	การสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย	K, S: การสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการบันทึกสัญญาณชีพ
v5) ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ	การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ	การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ	K, S: ความรู้การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ การรายงานผลและการแปลผล

3.2 การออกแบบกรอบกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ EPA: การประเมินสัญญาณชีพของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา ควรมีการประเมินการปฏิบัติงานจากสถานที่ปฏิบัติงานจริง โดยการสังเกตโดยตรง (DOPS) และควรมีการปฏิบัติการวัดสัญญาณชีพอย่างน้อย 4 ครั้ง¹³ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การออกแบบกรอบกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA): การวัดสัญญาณชีพของนักศึกษาพยาบาล

ขั้นตอน	รายละเอียด
1. หัวข้อกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้	สัญญาณชีพ (vital signs)
2. ลักษณะเฉพาะและข้อจำกัด	<u>ข้อกำหนด</u> 1. การวัดสัญญาณชีพที่สำคัญ: อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate), อัตราการหายใจ (respiratory rate), อุณหภูมิ (temperature), ความดันโลหิต (blood pressure) และความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) 2. การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติกับผู้ป่วย 3. การแปลผลและการรายงานผลไปยังทีมสุขภาพด้วยวาจาและ/ หรือการเขียนบันทึกทางการแพทย์ <u>บริบท:</u> หอผู้ป่วยใน <u>ข้อจำกัด:</u> ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีระบบการไหลเวียนเลือดเป็นปกติ (hemodynamically stable) [ถ้ามี]
3. สมรรถนะหลักทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมากที่สุด	✓ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย ✓ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ✓ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ × ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ × ด้านวิชาการและการวิจัย ✓ ด้านการสื่อสาร และสัมพันธภาพ ✓ ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ × ด้านสังคม
4. ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมที่จำเป็น (KSABs)	<u>ความรู้ (knowledge)</u> - ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ และหลอดเลือดแดงที่เกี่ยวข้อง ค่าปกติของพารามิเตอร์สัญญาณชีพที่สำคัญ และความรู้การประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย <u>ทักษะ (skills)</u> - การปฏิบัติการประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย การวินิจฉัยภาวะปกติและผิดปกติของผู้ป่วย การสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการบันทึกผลการวัดสัญญาณชีพที่ถูกต้อง <u>เจตคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Behavior)</u> - การแสดงการเคารพเอกลัทธิ (autonomy) ความสะดวกสบาย และความปลอดภัยของผู้ป่วย - การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพกับผู้ป่วย - มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความพร้อมกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ - การแสดงออกพฤติกรรมบริการที่เป็นมิตร <u>ประสบการณ์ (Experience)</u> - การปฏิบัติการวัดสัญญาณชีพอย่างน้อย 4 ครั้ง
5. แหล่งสารสนเทศการประเมิน	การประเมินจากสถานที่ปฏิบัติงาน (WPBA): การสังเกตโดยตรง (DOPS)
6. ระดับการกำกับดูแล	ระดับ 3 การปฏิบัติที่มีการกำกับดูแลทางอ้อม

สรุป

การพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกของผู้เรียนจำเป็นต้องมีการประเมินผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่เหมาะสมสามารถใช้ในการประเมินองค์รวมของสมรรถนะได้ การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) เป็นกรอบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ในระดับสูงสุดคือการประเมินการปฏิบัติ (Does) และคุณลักษณะทางวิชาชีพ (Is) ที่ได้รับความนิยมในการประเมินทางการแพทย์ กิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) ถูกออกแบบเพื่อเชื่อมโยงสมรรถนะทางวิชาชีพสู่การปฏิบัติทางคลินิก ทำให้สามารถประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้ อีกทั้งกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) เป็นงานหรือความรับผิดชอบที่สามารถมอบความไว้วางใจให้ผู้เรียนปฏิบัติได้เมื่อมีสมรรถนะเฉพาะที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้โดยไม่มีผู้ควบคุมดูแล การประเมินสมรรถนะทางคลินิกโดยใช้การกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPAs) มีการกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพที่สำคัญ กำหนดระดับการกำกับดูแลเป็น 5 ระดับ และการประเมินกิจกรรมจากการสังเกตการปฏิบัติโดยตรง ทำให้เชื่อมั่นได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐานการพยาบาลและให้การบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

References

1. Kooariyakul A. Clinical learning assessment of nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*. 2017; 33(2): 179-87. (in Thai)
2. Klaharn R, Chaiso P. The Development of a Competency Assessment System for Nursing Students' Practicum. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2013; 14(2): 48-58. (in Thai)
3. Ten Cate O. Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities. *Journal of graduate medical education*. 2013; 5(1): 157-8.
4. Dhaliwal U, Gupta P, Singh T. Entrustable Professional Activities: Teaching and Assessing Clinical Competence. *Indian Pediatrics*. 2015; 52(7): 591-7.
5. Tangdhanakanond K. Performance assessment. 3rdEd. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
6. Croft H, Gilligan C, Rasiah R, Levett-Jones T, Schneider J. Current Trends and Opportunities for Competency Assessment in Pharmacy Education. *Pharmacy*. 2019.
7. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 1990; 65(9): S63-7.
8. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Academic Medicine*. 2016; 91(2): 180-5.
9. Ten Cate O, Carraccio C, Damodaran A, Gofton W, Hamstra SJ, Hart DE, et al. Entrustment Decision Making: Extending Miller's Pyramid. *Academic Medicine*. 2021; 96(2): 199-204.
10. Yudkowsky R, Park YS, Downing SM. (Eds.). *Assessment in health professions education*. 2nd Ed. New York: Routledge; 2020.
11. Mehay R. *The essential handbook for GP training and education*. CRC Press; 2021.
12. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Medical Teacher*. 2015; 37(11): 983-1002.
13. Kanglee K, Lawthong N, Orathai P. Clinical Competency Assessment Model for Nursing Students Based on Miller's Pyramid Framework Using Entrustable Professional Activities. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2): 468-82. (in Thai)
14. Ten Cate O, Pool IA. The viability of interprofessional entrustable professional activities. *Advances in Health Sciences Education*. 2020; 25(5): 1255-62.
15. Chen HC, McNamara M, Teherani A, Ten Cate O, O'Sullivan P. Developing entrustable professional activities for entry into clerkship. *Academic Medicine*. 2016; 91(2): 247-55.
16. Chen HC, van den Broek WES, Ten Cate O. The Case for Use of Entrustable Professional Activities in Undergraduate Medical Education. *Academic Medicine*. 2015; 90(4): 431-6.

การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ต้องขังภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

Developing a Proactive HIV Screening Service System Syphilis and Hepatitis C in Prisoners Under the Pun Suk Correctional Project

ดารินดา รอชะ* อัจฉรา ภักดีพิณิจ เครือทิพย์ จันทรธानीวัฒน์

Darinda Rosa* Achara Pakdeepinit Kruatip Jantarathaneewat

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย 11000

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

ผู้ต้องขังคือพลเมืองไทยเมื่อเข้าสู่เรือนจำต้องได้รับการดูแลสุขภาพเช่นคนปกติทั่วไป สิทธิในการได้รับการดูแลด้านสุขภาพ รักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ถึงแม้ว่าจะต้องโทษจำคุก การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อกับผู้ต้องขัง อาการจะรุนแรงมากกว่าคนปกติทั่วไป เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่แออัดส่งผลทำให้โรคติดต่อมีการแพร่กระจาย และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่สะดวกสบาย และที่สำคัญเมื่อเจ็บป่วยเข้าถึงการรักษาได้ยาก การคัดกรองโรคก่อนเข้าสู่เรือนจำเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ทราบสถานะว่ามีความเจ็บป่วยอะไรบ้าง มีโรคติดต่อที่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้ต้องขังอื่นหรือไม่ เพราะผู้ต้องขังจะเป็นผู้นำพาเชื้อโรคมาสู่เรือนจำ

บทความนี้จะนำเสนอแนวทางขั้นตอนการคัดกรองผู้ต้องขัง อุปกรณ์ที่ต้องจัดเตรียม การเตรียมผู้ต้องขังก่อนการคัดกรอง บทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้ต้องขัง การเตรียมการของโรงพยาบาลแม่ข่าย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการคัดกรองผู้ต้องขัง ซึ่งมีข้อมูลที่แสดงว่าระยะเวลาที่ควรคัดกรองผู้ต้องขังคือ แรกเข้า เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้ต้องขังรายอื่น และการคัดกรองก่อนปล่อยซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้โรคติดต่อแพร่กระจายจากเรือนจำสู่ชุมชน

Abstract

Prisoners reserve the right to access healthcare services like those who are not imprisoned. Healthcare service is a fundamental right that is provided for the Thai population. Due to dense living conditions, prisoners are prone to have stronger severe symptoms from both communicable and non-communicable diseases. Most importantly, prisoners still have difficulty accessing healthcare services. Therefore, a disease screening process is crucial for new prisoners to determine their likelihood of having the disease. This process will diagnose if the prisoner has severe communicable disease as they might be an infection spreader in prison.

This study presents the disease screening process, which includes the preparation of medical supplies and equipment, a system for tracking prisoners, roles of medical staff, procedures for hospitals within the service network, and benefits from the screening process. It was found that the best time for the screening process, which prevents disease spread the most, is before imprisonment. Screening should also be conducted before parole to prevent the disease from spreading to communities.

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

วันที่รับ (received) 22 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 ต.ค. 2566

ประชากรผู้ต้องขังกว่า 10 ล้านคนทั่วโลกทั้งที่ถูกตัดสินแล้วและระหว่างรอพิจารณาคดี¹ ถือเป็นประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับซี เพราะอาจมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อตั้งแต่ก่อนต้องขัง และยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงระหว่างต้องขัง² นอกจากนี้ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีงานวิจัยยืนยันว่า ผู้ต้องขังวัยหนุ่มเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และใช้เข็มฉีดยาร่วมกันสูงกว่าประชากรที่ไม่ได้ถูกคุมขัง และสูงกว่าชาย ในกลุ่มอายุอื่น ๆ ด้วย³ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ยังสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป เช่น อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังประเทศอินโดนีเซียสูงถึงร้อยละ 8.4-15.4⁴ ในขณะที่กลุ่มประชากรทั่วไปมีอัตราการติดเชื้อเพียงร้อยละ .1-2 เท่านั้น⁵ ผู้ต้องขังคือพลเมืองไทยเมื่อเข้าสู่เรือนจำต้องได้รับการดูแลสุขภาพเฉกเช่นคนปกติทั่วไป สิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ถึงแม้ว่าจะต้องโทษจำคุก แต่ก็ยังมีสิทธิ⁶ ที่จะได้รับการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 30 กำหนดไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน⁷ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลคนย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”⁸ หากพบเชื้อเอชไอวีและได้รับการตรวจและรักษาอย่างรวดเร็ว จะลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดอัตราการเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิต¹⁰ ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยนั้นสนับสนุนให้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เร็วในวันเดียวกับวินิจฉัยหากไม่มี¹¹ ข้อห้าม สำหรับการติดเชื้อซิฟิลิสหากตรวจพบและรักษาได้รวดเร็ว เชื้อจะไม่ลุกลามไประยะอื่น ๆ ซึ่งอาจทำลายอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบกระดูก สมอง ซึ่งการรักษาซิฟิลิสจะสามารถหายขาดได้ ส่วนโรคตับอักเสบจากไวรัสตับอักเสบบีและซีเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคตับแข็งและนำไปสู่มะเร็งตับ ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของไทยและในปัจจุบันการรักษาไวรัสตับอักเสบบีสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากตรวจพบเร็วและเข้าสู่การรักษาจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับ ดังนั้น การค้นหาผู้ป่วยทั้งสามโรคนี้จึงมีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจากจะลดอัตราการเสียชีวิต และยัง

สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา หากพบอาการแทรกซ้อน นอกจากนี้ การตรวจรักษาเร็วจะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี

การทราบความชุกของโรคติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีนำไปสู่การพัฒนานโยบายในการป้องกันการติดเชื้อและนโยบายการคัดกรองผู้ต้องขัง สามารถส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็วขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคไปยังผู้ต้องขังรายอื่นระหว่างที่ผู้ต้องขังถูกคุมขังและครอบครัวเมื่อพ้นโทษปล่อยตัว¹² การคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังแรกรับ และก่อนปล่อยโดยเก็บข้อมูลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังแรกรับ ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังจากเรือนจำอำเภอ เรือนจำจังหวัด เรือนจำกลางและทัณฑสถาน ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 40 แห่ง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 44 แห่ง ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 79 แห่ง และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 128 แห่ง ขนาดกลุ่มตัวอย่างนับผู้เข้าร่วมทุกรายในช่วงระยะเวลาดังกล่าว โดยกลุ่มที่ดำเนินการตามนโยบายของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามโครงการ คืบคนสุขภาพดีสู่สังคม จะเน้นกลุ่มผู้ต้องขังที่ใกล้พ้นโทษ โดยกำหนดโทษที่เหลือจำไม่เกิน 1 ปี ไม่กำหนดเป้าหมายขึ้นกับความสมัครใจของผู้ต้องขังที่จะให้ความยินยอมในการตรวจคัดกรอง สำหรับกลุ่มที่ดำเนินการตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จะเน้นในกลุ่มแรกรับที่เข้าใหม่ไม่เกิน 1 เดือน ก่อนที่จะถูกจำแนกไปยังแดนต่าง ๆ ซึ่งกำหนดเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนรับใหม่และต้องสมัครใจยินยอมให้ตรวจคัดกรองโรค

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการรับทราบผลการตรวจเป็นสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งสิทธิผู้ป่วยและสิทธิของบุคคล การจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจึงควรดำเนินการด้วยความระมัดระวังโดยการให้บริการที่เหมาะสม ซึ่งการจัดบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี¹³

ในประเทศไทยได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการมาอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี¹³ โดยองค์การอนามัยโลกและโครงการเอดส์

แห่งสหประชาชาติ ได้เสนอหลักการ 5C เพื่อใช้เป็นหลักการพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าสู่กระบวนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีจรรยาบรรณ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการเป็นสำคัญ¹⁴

หลักการ 5 C

การให้บริการตรวจเอชไอวีอย่างมีจรรยาบรรณ และมีประสิทธิภาพ ยึดตามหลักการ 5 C ซึ่งครอบคลุมประเด็นของการยินยอม การรักษาความลับ การปรึกษา ผลตรวจที่ถูกต้องและระบบส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการป้องกัน ดูแลและรักษาในการให้ข้อมูลและการเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การยินยอม (Consent) กรณีที่ซื้อชุดตรวจมาตรวจด้วยตนเอง ผู้ใช้บริการไม่จำเป็นต้องเซ็นใบยินยอม แต่ต้องมีการสื่อสารเพื่อมีให้นำเอาชุดตรวจเอชไอวีมาใช้แบบเป็นการบังคับ เช่น ระหว่างคู่นอน หรือใช้ประกอบเป็นเงื่อนไขในการประกอบอาชีพ หรือการบังคับตรวจเอชไอวีในการสมัครงาน เป็นต้น ส่วนกรณีการให้บริการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองแบบมีผู้ให้คำชี้แนะ อาจต้องมีการแจ้งยินยอมให้ผู้ให้คำชี้แนะสามารถให้บริการเพื่อให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือในการตรวจกับผู้ซื้อชุดตรวจ

2. การรักษาความลับ (Confidentiality) ในการใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ผู้ที่ต้องการตรวจมีสิทธิที่จะเก็บผลการตรวจไว้กับตนเอง แม้กรณีที่ตรวจโดยมีผู้ให้การศึกษาการชี้แนะ ผู้ใช้บริการมีสิทธิ์เลือกว่าจะแจ้งหรือไม่แจ้งผลการตรวจให้กับผู้ให้การศึกษาหรือผู้ให้คำชี้แนะ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้การศึกษาหรือผู้ให้คำชี้แนะสามารถแนะนำแนวทางและแจ้งถึงการรักษาความลับของผู้ใช้บริการได้เช่นเดียวกับการตรวจเอชไอวีแบบปกติเพื่อให้ผู้ตรวจคัดกรองด้วยตนเองสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง

3. การปรึกษา (Counseling) เนื่องจากการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง การปรึกษาสามารถให้ได้ทั้งก่อน และ/หรือหลังการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง แต่ผู้ให้บริการสามารถที่เลือกที่จะรับ หรือไม่รับ

การปรึกษาได้ ควรมีการสื่อสาร การจัดระบบบริการ และช่องทางให้ผู้ตรวจสามารถเข้าถึงการปรึกษาได้หลายช่องทางมากกว่าการเข้ามารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

4. ผลตรวจที่ถูกต้อง (Correct results) การยืนยันคุณภาพชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็น

เพื่อให้แน่ใจว่าผลของชุดตรวจที่ได้เป็นผลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ควรเลือกใช้ชุดตรวจที่ผ่านการจดทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเท่านั้น เพราะได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและควรอบรมให้เจ้าหน้าที่และผู้ตรวจสามารถใช้ชุดตรวจได้ถูกต้อง

5. ระบบส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการป้องกัน ดูแลและรักษา (Connection/linkage to prevention, care, and treatment) ผู้ที่ตรวจชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองจำเป็นต้องได้รับข้อมูลในการเข้าถึงระบบบริการเอชไอวีแบบองค์รวม โดยมีการสื่อสารและจัดรูปแบบให้เข้าถึงบริการที่ปรับบริบทให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรหลักและจัดให้ใช้เวลาในการรับบริการต่าง ๆ สั้นลงเพื่อลดภาระให้กับทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

เป้าหมายของการให้บริการการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

1. เป้าหมายในการป้องกัน (Preventive goal) เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและให้ข้อมูลวิธีการติดต่อของเอชไอวี

2. เป้าหมายในการให้การสนับสนุน (Supportive goal) เพื่อลดความวิตกกังวลและความเศร้าโศกที่เกิดจากการวินิจฉัยโรค

3. เป้าหมายในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (Education goal) เพื่อให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้รับบริการเพื่อช่วยให้มีทางเลือกในการปฏิบัติและนำทางเลือกไปปฏิบัติได้

4. เป้าหมายในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Access to resources goal) เพื่อจัดหาแหล่งในการสนับสนุนส่งเสริมการติดตามและค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ

กระบวนการตรวจเอชไอวี (Process of testing) กระบวนการในการให้บริการเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Pre-test counseling) เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์ สามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองได้ และเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการรับทราบผลการตรวจ

2. การยินยอมรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Informed consent) ซึ่งการในตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วย

ตนเองแบบมีผู้ให้คำชี้แนะ ควรต้องมีการแจ้งยินยอมให้ผู้ให้คำชี้แนะสามารถให้บริการแนะนำ/ช่วยเหลือในการตรวจด้วย

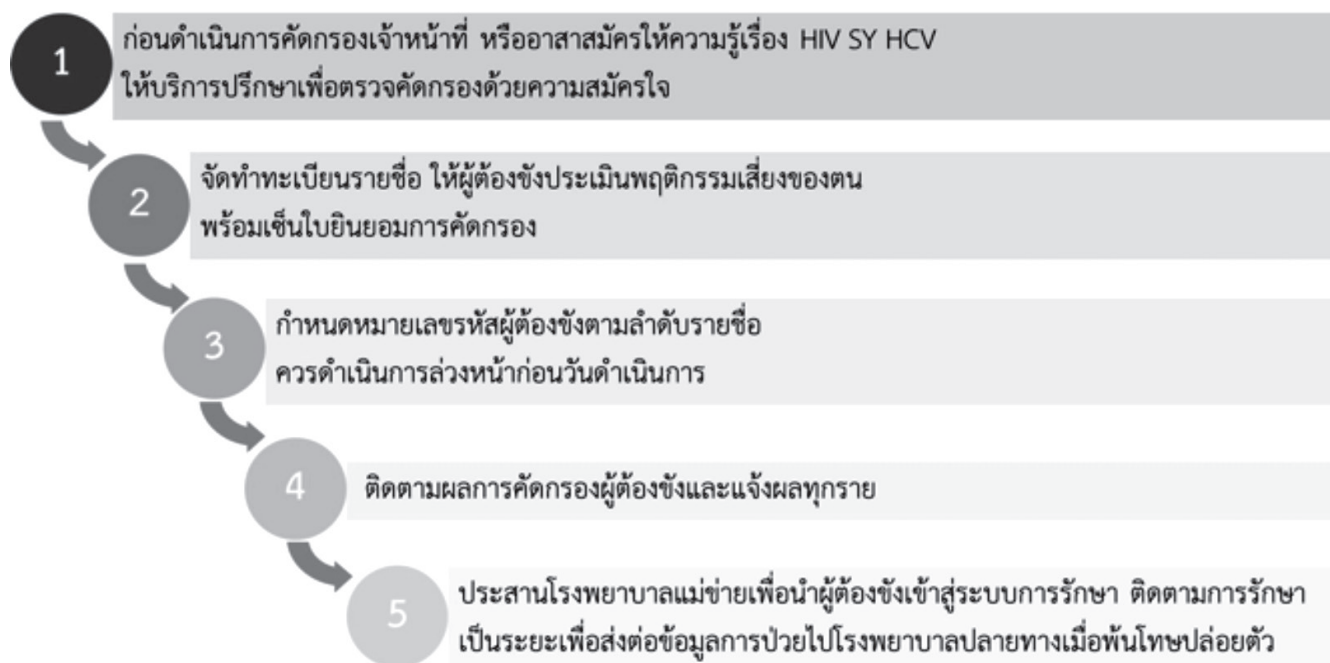
3. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV testing) ต้องดำเนินการโดยใช้วิธีการทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน และชุดตรวจที่ใช้ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาซึ่งในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็วจะเป็นการทดสอบอย่างง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน อ่านผลด้วยตาเปล่า ผลทดสอบออกเร็วตามระยะเวลาที่กำหนด

4. การให้บริการปรึกษาหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Post-test counseling) ผู้รับบริการที่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อรับทราบสถานการณ์ติดเชื้อ และเข้าสู่ระบบบริการป้องกันและดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

5. การให้บริการปรึกษาต่อเนื่อง (Ongoing counseling) โดยเน้นเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม การป้องกันกรณีที่มีผลเลือดเป็นลบ และรับการดูแลรักษาหากผลเลือดพบการติดเชื้อ รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้มีเชื้อเอชไอวีสามารถประเมินถึงข้อดีและข้อเสียของการเปิดเผยผลเลือดกับคู่

เครื่องมือที่ใช้ 1. Flow ขั้นตอนการเตรียมผู้ต้องขังก่อนการตรวจคัดกรอง แนวทางการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับซี ผังการให้บริการคัดกรอง 3 โรค 2. ชุดตรวจคัดกรอง เอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับซี ประกอบด้วย ชุดการตรวจ เอชไอวี แบบรู้ผลเร็ว ยี่ห้อ Alere HIV combo ชุดการตรวจซิฟิลิสแบบรู้ผลเร็ว ยี่ห้อ Standard Q ชุดการตรวจไวรัสตับอักเสบบีแบบรู้ผลเร็ว ยี่ห้อ SD Biosensor อุปกรณ์การเจาะเลือด เช่น เข็ม No 21 Syringe 3 cc สำลี แอลกอฮอล์ หลอดเก็บเลือด แบบ EDTA ขนาด 3 cc ใช้วิธีการคัดกรองเชิงรุก โดยทีมจากหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับเรือนจำ การคัดกรองเชิงรุกสามารถดำเนินการในกลุ่มผู้ต้องขังจำนวนมากได้ทุกกลุ่ม เช่น กลุ่มแรกระหว่าง ก่อนปล่อย ดำเนินการได้วันละ 200-400 ราย “การคัดกรองปกติของเรือนจำ” ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เรือนพยาบาล คัดกรองผู้ต้องขังแรกเริ่ม ผู้ต้องขังระหว่างที่ได้รับบริการปรึกษาและต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เจ้าหน้าที่เรือนพยาบาลจะทยอยเจาะเลือดผู้ต้องขังและนำส่งตรวจยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายการส่งส่งตรวจกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

แนวทางการดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีแบบเชิงรุก



การประสานส่งต่อเพื่อให้ผู้ต้องขังเข้ารับการรักษา ผู้ต้องขังรายที่ผลการตรวจเลือดพบ เอชไอวีเป็นบวก เรือนจำ กับโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องนัดวันเพื่อให้เจ้าหน้าที่เรือนจำให้บริการคำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอีกรอบ เพื่อยืนยันผล หากพบผลเลือดรอบที่สองเป็นบวก ให้บริการปรึกษาเพื่อเริ่มยาต้าน ในกรณีที่ผู้ต้องขังยังไม่ปล่อยตัวทันที คำนวณระยะเวลาหากยังเหลือระยะเวลาต้องโทษต่อเนื่อง 1 เดือน ควรให้ผู้ต้องขังเริ่มรับยาต้านไวรัสภายใน 7 วัน และควรค้นหาและรักษาวัณโรคแฝง LTBI (Latent Tuberculosis Infection) ด้วยการทำ TST (Tuberculin skin test) โดยโรงพยาบาลและซักประวัติหากพบพิษปอดอักเสบ ผู้ต้องขัง จะกลับไปอยู่ที่ใด ขอที่อยู่เบอร์โทรติดต่อ เบอร์ญาติคนใกล้ชิด เพื่อประโยชน์ ในการติดตามการกินยาของผู้ต้องขังว่า ไปรับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่

ผู้ต้องขังรายที่ผลการตรวจซิฟิลิสเป็นบวก เรือนจำ กับโรงพยาบาลนัดหมายวันเพื่อทำการเจาะเลือดซ้ำเพื่อตรวจยืนยันผลว่าการติดเชื้อซิฟิลิสอยู่ในระยะใด หากยืนยันผลแล้ว ให้การรักษา ภายใน 2 สัปดาห์ และซักประวัติการมีคู่นอนแนะนำให้คู่นอนเข้ารับการรักษา ซักประวัติเมื่อพ้นโทษจะกลับไปอยู่ที่ใด ส่วนผู้ต้องขัง รายที่ผลการตรวจเลือดพบ ไวรัสตับอักเสบบีเป็นบวก เรือนจำ ประสานกับโรงพยาบาลเพื่อให้ดูแลรักษาผู้ต้องขัง ตามแนวทางการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบี ภายในระยะเวลา 1 เดือน โดยมีขั้นตอนดำเนินงาน คือ การตรวจยืนยันการวินิจฉัย หลังจากการคัดกรองพบว่า ผลการตรวจมีปฏิกิริยา การตรวจยืนยัน การวินิจฉัยทำได้หลายวิธี เช่น HCV RNA Qualitative หรือ HCV RNA Quantitative หรือ HCV core antigen (cAg)

บทบาทพยาบาลเรือนจำคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจค้นหา ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง จัดทำทะเบียนรายชื่อสำหรับผู้ต้องขังที่สมัครใจตรวจคัดกรอง วันที่ดำเนินการคัดกรอง เบิกผู้ต้องขังจากแดน เตรียมความพร้อม ผู้ต้องขังอธิบายขั้นตอนการตรวจคัดกรอง หลังจาก การคัดกรองเสร็จสิ้นแจ้งผลต่อผู้ต้องขังทุกราย โดยแจ้งเป็น รายบุคคล สำหรับผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบโรคให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา ประสานโรงพยาบาล เพื่อนำผู้ต้องขังเข้าสู่กระบวนการรักษาตามขั้นตอนที่ โรงพยาบาลกำหนด

การพิทักษ์สิทธิผู้ต้องขัง

1. ก่อนการคัดกรอง 3 โรค ผู้ต้องขังจะได้รับ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ซิฟิลิส และไวรัสตับซี โดยผู้ดำเนินการ คัดกรอง เจ้าหน้าที่เรือนจำ/ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อทราบ ถึงผลดีของการคัดกรองว่าถ้าตรวจรู้เร็วจะได้รับการรักษา ทันทีที่ ป้องกันอันตรายจากการลุกลามของโรค

2. หากผู้ต้องขังรายใดยินยอมเข้ารับการรักษา คัดกรอง เจ้าหน้าที่จะให้เซ็นใบยินยอมเพื่อเป็นหลักฐานก่อน การคัดกรอง

3. กรณีผู้ต้องขังเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการคัดกรอง ขณะที่จะเริ่มการคัดกรองสามารถยกเลิกคำยินยอมไม่สมัครใจ รับการคัดกรองได้ทุกช่วงเวลา

4. ผลการคัดกรองจะเป็นความลับโดยแจ้งต่อตัว ผู้ต้องขังโดยตรง ผู้ต้องขังมั่นใจได้ว่าจะไม่มีข้อมูลรั่วไหล ไปยังผู้ต้องขังรายอื่น

5. การให้ความมั่นใจต่อผู้ต้องขังว่าหากผลการ คัดกรองมีปฏิกิริยา ผู้ต้องขังจะได้รับการรักษาตามกระบวนการ

การคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 204,579 คน พบการติดเชื้อ 2,354 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.15 เมื่อ แบ่งตามช่วงเวลาพบว่า ช่วงที่ 1 คัดกรองจำนวน 27,807 คน พบการติดเชื้อ 278 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.0 ส่วนช่วง ที่ 2 คัดกรองจำนวน 176,790 คน พบการติดเชื้อ 2,076 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.17 (อัตราส่วนการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 1.7 ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.0370– 1.3303 P value = .011) หากพิจารณาเฉพาะเรือนจำที่ คัดกรองการติดเชื้อซิฟิลิส ดำเนินการทั้งสองช่วงเวลาพบว่า ทั้งหมดคัดกรองจำนวน 173,520 คน พบการติดเชื้อ 3,414 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 2.11 เมื่อแบ่งตามช่วงเวลาพบว่า ช่วงที่ 1 คัดกรองจำนวน 27,035 คน พบการติดเชื้อ 530 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.94 ส่วนช่วงที่ 2 คัดกรองจำนวน 146,215 คน พบการติดเชื้อ 2,884 ราย คิดเป็นความชุก ร้อยละ 1.94 (อัตราส่วนการพบผู้ติดเชื้อซิฟิลิส เท่ากับ 1.02 ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ .9271 – 1.1138 P = .7577) การคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดำเนินการทั้งสองช่วง เวลาพบว่า ทั้งหมดคัดกรอง 170,067 คน พบการติดเชื้อ 3,590 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.05 เมื่อแบ่งตามช่วงเวลาพบว่า ช่วงที่ 1 คัดกรองจำนวน 29,809 คน พบการติดเชื้อ 975 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 3.27 ส่วนช่วงที่ 2 คัดกรองจำนวน 140,258 คน พบการติดเชื้อ 2,615 ราย คิดเป็นความชุก

ร้อยละ 1.86 (อัตราส่วนการพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เท่ากับ .57 ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ .5302 – .6129 $P = .001$)

สรุปผลการคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิส ทั้งก่อนปล่อยตัวและแรกรับพบอัตราความชุกที่ใกล้เคียงกันคือเอชไอวีพบอัตราความชุกก่อนปล่อยร้อยละ .99 และแรกรับพบ 1.07 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < .275$ ส่วนการคัดกรองซิฟิลิสในกลุ่มก่อนปล่อยพบอัตราความชุกร้อยละ 1.8 และการคัดกรองแรกรับพบอัตราความชุกที่ 2.1 สำหรับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีก่อนปล่อยสูงกว่าผู้ต้องขังแรกรับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < .001$ อย่างไรก็ตามการคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสในผู้ต้องขังแรกรับมีประสิทธิภาพดีกว่าผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัว Risk Ratio อยู่ที่ 1.17

เมื่อพิจารณาบริบทของเรือนจำ และผู้ต้องขังที่มาจากสังคม วัฒนธรรม การศึกษา เศรษฐฐานะ สุขภาพที่แตกต่างกันมาอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด ต้องดำเนินวิถีชีวิต ทำกิจวัตรประจำวันร่วมกันตลอด 24 ชั่วโมงในสภาพที่มีพื้นที่จำกัด เมื่อมีผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคติดเชื้อ อาจแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ต้องขังอื่นได้รวดเร็วกว่าสังคม ชุมชนทั่วไป สำหรับผู้ต้องขังที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยวิธีการลดปัญหาอัตราป่วยตายจากโรคติดต่อในเรือนจำที่ดีคือการคัดกรองผู้ต้องขัง ทั้งนี้เพราะการคัดกรองค้นหาโรคติดต่อที่สำคัญเป็นการคัดกรองเพื่อค้นหาโรคติดต่อที่แฝงในผู้ต้องขังก็จะสามารถลดการแพร่กระจายของโรคไปยังผู้ต้องขังรายอื่นและผู้ปฏิบัติงานได้อีกด้วย และเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง จึงควรพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างเรือนจำกับโรงพยาบาล เพื่อติดตามการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังของหน่วยงานสาธารณสุขและเรือนจำในพื้นที่ มีการประสานดำเนินการร่วมกัน และส่งเสริมให้หน่วยงานสาธารณสุขและเรือนจำทั่วประเทศ เห็นความสำคัญของการคัดกรองโรค และพัฒนาระบบการส่งต่อจากเรือนจำไปยังโรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยและการแพร่โรคติดต่อของผู้ต้องขัง

การคัดกรองเอชไอวีที่ผ่านมาในอดีต จะคัดกรองผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษที่สมัครใจ หากพบว่าผลบวกจะนำเข้ารับการรักษา คนที่เข้ารับการคัดกรองส่วนหนึ่งเป็นผู้ต้องขังที่รู้ตัวแล้วว่าตนเองติดเชื้อ ต้องการรับยาต่อเนื่อง ในปี 2562 - 2563 มีโครงการคืนคนสุขภาพดีสู่สังคม กองโรคเอดส์ ฯ ได้ดำเนินโครงการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับซีในผู้ต้องขังใกล้พ้นโทษปล่อยตัว นับเป็นความก้าวหน้าในการเฝ้า

ระวังป้องกันควบคุมโรค โดยมีการบูรณาการโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาที่สามารถให้การรักษาและป้องกันได้หลังจาก ปี 2563 มีโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์กษัตริย์ กำหนดให้มีการคัดกรองโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาของเรือนจำผู้ต้องขังแรกรับทุกรายต้องได้รับการคัดกรอง สำหรับเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับซีให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ต้องขังยินยอมโดยสมัครใจ ให้ดำเนินการคัดกรองตั้งแต่แรกรับภายในเวลาไม่เกิน 30 วัน ก่อนที่จะจำแนกผู้ต้องขังไปยังแดนต่าง ๆ

ประโยชน์ของการคัดกรองโรคในผู้ต้องขังแรกรับ โดยเฉพาะเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จะทำให้รู้ผลและให้การรักษาย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังเป็นการตัดวงจรการแพร่ระบาดของ 3 โรค (อ้างในกาชาดสากลการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังในคุกขัง) พฤติกรรมทางเพศในเรือนจำมีทั้งที่เกิดจากความเต็มใจและไม่เต็มใจ รวมถึงมีความรุนแรงทางเพศร่วมด้วย จึงส่งผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งโรคเอดส์ได้มาก เนื่องจากในเรือนจำมีความชุกของโรคดังกล่าวสูงกว่าภายนอก รวมทั้งมีความขาดแคลนถุงยางอนามัยด้วย เรือนจำบางแห่งจึงแก้ปัญหาโดยมีโครงการแจกถุงยางอนามัยในเรือนจำ จากการศึกษาของ วรพล ชุ่มช่วย เรื่อง พฤติกรรมทางเพศของผู้ชายรักร่วมเพศ: กรณีศึกษาเรือนจำกลางคลองเปรม ปี 2548 การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ต้องขังชายรักร่วมเพศ มีความรู้สึกว่าเป็นการตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกทางเพศของแฟนที่อยู่กันด้วยกัน โดยเฉพาะสาวสองจะได้รับความเป็นอยู่ที่สะดวกสบายซึ่งเป็นสิ่งตอบแทนและเกิดความรู้สึกว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องเสียหาย ด้วยค่านิยมและวิถีคิดหากคู่นอนคนใดคนหนึ่งมีเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับซี ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็จะแพร่เชื้อไปสู่กันได้ไม่ยาก ดร.สุพุด ใสสรประสงค์ ผู้เชี่ยวชาญโครงการพัฒนามนุษย์ธนาคารโลก สำนักงานประเทศไทย บรรยายเรื่อง “เอดส์ในเรือนจำ” ในการประชุมเอดส์ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ครั้งที่ 9 ณ บาห์ลี สาธารณรัฐอินโดนีเซีย จัดขึ้นระหว่างวันที่ 8-13 สิงหาคม พ.ศ. 2554 เนื่องจากผู้บริหารระดับนโยบายไม่ยอมรับว่าผู้ต้องขังมีเพศสัมพันธ์กันภายในเรือนจำ มีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ต้องขังเป็นการสนับสนุนให้มีเพศสัมพันธ์ เพราะการมีเพศสัมพันธ์ในที่กักขังถือว่าผิดกฎหมาย รวมถึงผู้ต้องขังไม่กล้าขอรับถุงยางอนามัย กลัวถูกมองว่าเป็นเกย์ และการมีเพศสัมพันธ์ในเรือนจำเกิดขึ้นได้ทั้งชายกับชาย หญิงกับหญิง หรืออาจเกิดจากการถูกข่มขืนบางคนมีเพศสัมพันธ์เพื่อให้ได้

อาหาร บางคนยินยอมเพื่อให้ได้รับการคุ้มครอง และบางคนขายบริการทางเพศเพื่อแลกกับบุหรี่หรือซ็อกโกแลต จึงไม่สามารถบอกได้ว่าถูกบังคับหรือยินยอม¹⁵ แนวคิดเรื่องการบริการถุงยางอนามัยในเรือนจำกับพฤติกรรมความเป็นจริงที่ปรากฏมีการย้อนแย้ง ในขณะที่ถุงยางเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่กลับถูกละเลยและมองว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย

การมีเพศสัมพันธ์ในเรือนจำของผู้ต้องขังเป็นเรื่องที่มีอยู่จริง แนวคิดการคัดกรองโรคในผู้ต้องขังแรกเริ่มจะสามารถลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ดังปรากฏผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แต่ในช่วงระยะแรก ๆ อาจจะยังไม่เห็นผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจน เพราะผู้ต้องขังที่ถูกคุมขังไปก่อนหน้าที่จะมีการคัดกรองแรกเริ่มอาจจะมีโรคแอบแฝง แต่หากมีการคัดกรองที่ต่อเนื่องและถ้าเป็นไปได้ให้คัดกรองทุกรายจะสามารถเห็นผลได้ในระยะเวลา 10 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ต้องขังที่ต้องโทษและมีเชื้อก่อนการคัดกรอง อาจจะมีโอกาสในการแพร่กระจายโรคไปยังผู้ต้องขังรายอื่นได้ หรือกรณีก่อนที่จะทำการศึกษาผู้ต้องขังรายใหม่ตรวจคัดกรองไม่พบแต่เมื่อเข้ามาสู่เรือนจำมีพฤติกรรมเสี่ยง อาจมีเพศสัมพันธ์หรือใช้เข็มร่วมกัน อาจจะได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้จึงควรพิจารณาให้เข้ารับการคัดกรอง
2. เสนอให้มีการกวาดล้างโดยการตรวจ 3 โรค ในครั้งแรกที่เริ่มระบบการคัดกรองสุขภาพ เมื่อพบผลก้นให้เข้าสู่การรักษา หลังจากนั้นให้คัดกรองเฉพาะรายใหม่แรกรับ
3. เสนอมาตรการให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเตรียมความพร้อมในการจัดเตรียมชุดตรวจคัดกรอง 3 โรค เพื่อให้การดำเนินการคัดกรองมีความต่อเนื่องเป็นแผนการดำเนินงานที่โรงพยาบาลและเรือนจำต้องดำเนินการร่วมกันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังตลอดไป

ปัญหาอุปสรรค

1. การคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ต้องขัง โดยเฉพาะเอชไอวี จึงจะสามารถดำเนินการคัดกรองได้ ผู้ต้องขังบางรายอาจจะพบว่าตัวเองมีเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว แนวทางการแก้ไข คือ พยาบาลต้องให้ข้อมูล ผลติที่จะได้รับจากการคัดกรอง หากพบว่ามีเชื้อเอชไอวีอยู่แล้วให้คัดกรองโรคร่วม เพราะอาจเป็นอันตรายต่อโรคที่เป็นอยู่

2. การคัดกรองจะเกิดขึ้นในเรือนจำ ดังนั้น เรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่งอาจจะไม่มีชุดคัดกรองเตรียมสำรองไว้ พยาบาลในสถานพยาบาลเรือนจำต้องประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายขอเบิกจำนวนชุดตรวจพร้อมอุปกรณ์ตามจำนวนผู้ต้องขังที่รับเข้าในแต่ละวัน

3. ปัจจุบันมีชุดการตรวจแบบให้ผลเร็ว เรือนจำบางแห่งจะดำเนินการตรวจแบบรู้ผลจบในขั้นตอนเดียว แต่เมื่อนำเลือดไปตรวจยืนยันอีกครั้งที่โรงพยาบาล อาจจะพบว่าผลตรวจเป็นลบ ซึ่งก็มีหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่สำคัญคือผู้ทำหน้าที่ตรวจหากไม่ใช่เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ อาจจะไม่ทราบเทคนิคขั้นตอนที่ละเอียดอ่อนในการตรวจและอ่านผล แนวทางแก้ไข คือ หากต้องการตรวจแบบเบ็ดเสร็จในขั้นตอนเดียวควรมีนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ตรวจและอ่านผล หรือถ้าหากเทคนิคการแพทย์ไม่สามารถมาที่เรือนจำได้ให้นำเลือดส่งตรวจที่ห้องแล็บโรงพยาบาลแม่ข่าย

ปัจจัยความสำเร็จในการคัดกรอง

1. เป็นโครงการที่สนองโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ซึ่งเป็นโครงการในพระราชดำริ เรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายจะพร้อมเพรียงในการดำเนินกิจกรรม
2. ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานของ สคร. สสจ. รพ.แม่ข่าย และเรือนจำ จะให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้ต้องขังเป็นอย่างดี โดยดำเนินการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีได้ตามเป้าหมาย เพราะรับทราบถึงข้อดีของการคัดกรอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมราชทัณฑ์ที่เล็งเห็นปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขังเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่จะทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ต้องขังขณะถูกจองจำมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นปัญหาต่อการควบคุม ขอขอบคุณเรือนจำทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการให้ความร่วมมือรวบรวมผู้ต้องขังเพื่อทำการคัดกรองโรคเป็นไปอย่างราบรื่น ขอขอบคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่งที่เป็นศูนย์กลางในการประสานโครงการ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทุกแห่งที่ร่วมมีการวางแผนการคัดกรองผู้ต้องขัง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เรือนจำที่อำนวยความสะดวกในการคัดกรองผู้ต้องขัง และสุดท้ายขอขอบคุณผู้ต้องขังทุกรายที่ให้ความร่วมมือในการคัดกรอง

จนได้ข้อมูลอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคที่สำคัญต่อการวางแผนการเตรียมทรัพยากรในการยุติปัญหาการแพร่ระบาดของโรคทั้ง 3 โรคในเรือนจำ

References

1. Green J, Strang J, Hetherington J, et al. Same-sex sexual activity of male prisoners in England and Wales. *International Journal of STD & AIDS*. 2003;14(4):253-7.
2. Crippen D, Duran D, et al. HIV Transmission Among Male Inmates in a State Prison System - Georgia, 1992 - 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2006;55(15):421-6.
3. Vaz RG, Gloyd S, Folgosa E, Kreiss J. Syphilis and HIV infection among prisoners in Maputo, Mozambique. *International Journal of STD & AIDS*. 1995;6(1):42-6.
4. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*. 2003;3(1):1-8.
5. World Health Organization. HIV Prevention, Care and Treatment in Prisons in the South-East Asia Region. WHO, Delhi; 2007.
6. Kanshana S. & Simond RJ., National program for preventing mother - child HIV transmission in Thailand: successful implementation and lessons learned. *National Center for Biotechnology Information*. 2002;16 (7):953-59.
7. Ford N. & Koetsawan S., A pragmatic intervention to promote condom use by female sex workers in Thailand. *Bull World Health Organ*. 1999;77(11):888-94.
8. Panitan Tungtragool. Legal Measures for Sanitation Right Protection of the Prisoner Abstract. (A Thesis for the Degree of Master of Laws). Bangkok : Dhurakij Pundit University; 2013 (in Thai)
8. Department of Disease Control. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2022. Bangkok : The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2022. (in Thai)
9. Panita Kannasut. The Prisoner's Rights to Healthcare. A Thesis for the Degree of Master of Laws. Department of Law. Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakit Pundit University; 2014. (in Thai)
10. Rattanawadee Na Nakorn. Benefits and Precautions of Health Screening. *Health Systems Research Institute Journal*. Jul-Sep 2013;7(3):325-30. (in Thai)
11. Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guideline on Prison Health is Public Health Systems Nonthaburi Province (Copy of Documents); 2016.(in Thai)
12. Nuttaya Onpiw, Panyupa NaoSrisorn, Payom Sinthusiri. Syphilis in Pregnancy, Nurse's Roles. *The Royal Thai Army Nurses*. 2021;21(3): 1-10. (in Thai)
13. Aomtip Ponboobpha, Wantana Maneesriwongul, Wanna Sa-nongdej. Relationships between Selected Factors and Adherence to Antiretroviral Therapy among People Living with HIV. *The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(3):314-22. (in Thai)
14. Hanley, T. Researching online counselling and psychotherapy: The past, the present and the future. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2021;21(3):493-7.
15. Holmes, M. The complete handbook of coaching (3rd Ed.), Action Learning: Research and Practice. 2019;16(3):311-4.

การใช้มอร์ฟีนและกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

The Use of Morphine and Marijuana for Patients in Palliative Care

ชนิตดา ปานทับทิม พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล* สุภาพรณ น้อยพิทักษ์

Chanitda Pantabtim Phongthara Vichitvejpaisal* Supaphan Noipitak

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

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

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการรักษาพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองมักมีอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและเบื่ออาหาร ซึ่งโดยทั่วไป มอร์ฟีนและกัญชาจะถูกใช้เป็นยารักษาอาการดังกล่าวได้ผลดี

มอร์ฟีนเป็นยาในกลุ่มฝิ่นที่มีประสิทธิภาพในการรักษาความปวดอย่างรุนแรง โดยจับกับตัวรับโอปิออยด์ในสมองและปิดกั้นการส่งสัญญาณความเจ็บปวด มักนิยมบริหารมอร์ฟีนทางปาก ทางหลอดเลือดดำ หรือทางใต้ผิวหนัง แต่ถึงแม้มอร์ฟีนจะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บปวด แต่ก็มีผลข้างเคียงเช่น กดประสาท กดการหายใจ และทำให้ท้องผูก ในทางกลับกัน กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารแคนนาบินอยด์ ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล และแคนนาบินโดล โดยทั่วไปจะใช้ในการรักษาอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และอาการคลื่นไส้ สามารถให้กัญชาได้ทางปากหรือโดยการสูดดม มีผลข้างเคียงน้อยกว่ามอร์ฟีนและมักทนได้ดี

การใช้มอร์ฟีนและกัญชาในการดูแลแบบประคับประคองยังคงเป็นเรื่องถกเถียงกัน บุคลากรทางการแพทย์บางคนกังวลเกี่ยวกับศักยภาพของการเป็นสารเสพติดและการนำไปใช้ในทางที่ผิด ในขณะที่บางคนแย้งว่า ตัวยามีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการทางคลินิก นอกจากนี้ ยังสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินความต้องการยาของผู้ป่วยแต่ละรายและให้การบริหารจัดการเรื่องยาอย่างรอบคอบ

คำสำคัญ: การรักษาแบบประคับประคอง, มอร์ฟีน, กัญชา, การใช้ยาในทางที่ผิด

Abstract

Palliative care is a specialized medical care aimed at improving the quality of life of patients with life-limiting illnesses. Patients in palliative care often experience various symptoms such as pain, anxiety, depression, and loss of appetite. Morphine and marijuana are commonly used medications for managing these symptoms.

Morphine is a powerful opioid medication that is effective in treating severe pain. It works by binding to opioid receptors in the brain and blocking the transmission of pain signals. Morphine is usually administered orally, intravenously, or subcutaneously. Despite its effectiveness in pain management, morphine has side effects such as sedation, respiratory depression, and constipation.

*Corresponding Author: Email: phongthara@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ก.ค. 2566

Marijuana, on the other hand, is a medicinal plant that contains cannabinoids such as tetrahydrocannabinol and cannabidiol. It is commonly used for managing symptoms such as pain, anxiety, and nausea. Marijuana can be administered orally or through inhalation. It has fewer side effects than morphine and is generally well-tolerated.

The use of morphine and marijuana in palliative care has been a subject of debate. Some healthcare professionals are concerned about the potential for addiction and abuse of these medications, while others argue that they are safe and effective for managing clinical symptoms. They can also improve the quality of life of patients in palliative care. However, healthcare professionals should carefully evaluate each patient's needs and use a clinical approach in medication management.

Keywords: Palliative care, Morphine, Marijuana, Drug abuse

บทนำ

แม้การย่างเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 วิวัฒนาการทางการแพทย์จะเป็นไปอย่างก้าวกระโดด และเทคโนโลยีได้ช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น แต่การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากโรคร้ายไข้เจ็บ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส หรือการลุกลามของเซลล์มะเร็ง ยังคงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกและจิตวิญญาณ ซึ่งนับเป็นความทุกข์ทรมานที่ยืดเยื้อ ยากจะหลีกเลี่ยงได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยต้องจากโลกนี้ไปอย่างสงบ¹

ภาครัฐได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงเริ่มมีการขยายหน่วยงานเพื่อการดูแลระดับประคับประคองผู้ป่วย (palliative care) เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ อาทิ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ศูนย์บริรักษ์โรงพยาบาลศิริราช ศูนย์รามธิบดีอภิบาลโรงพยาบาลรามธิบดี ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์ชีวารักษ์โรงพยาบาลเลิดสิน หน่วยพยาบาลคลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งหน่วยในลักษณะเดียวกันที่โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลสระบุรี และ ฯลฯ เป็นต้น²

เพื่อบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ ยาแก้ปวดในกลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน และการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น กัญชา ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ ที่จะช่วยบรรเทาผู้ป่วยจากความปวด ความวิตกกังวล ความท้อแท้สิ้นหวัง พร้อมกลับไปใช้ชีวิตของตนเองในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีศักดิ์ศรี แต่ประโยชน์และผลข้างเคียงจากยา ยังคงเป็นศาสตร์ที่ต้องคำนึงถึงควบคู่ไปกับตัวบทกฎหมายบนพื้นฐานที่สอดคล้องกับจริยธรรมจรรยาบรรณทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด³

การรักษาแบบประคับประคอง

เป็นการดูแลรักษาโดยมีการวางแผนร่วมกันในการตัดสินใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ยาที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเพื่อรักษาและบรรเทาอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน คลื่นไส้ อาเจียน มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน อาจรวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจนวาระสุดท้ายของชีวิต⁴

พยาบาลนับเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงมีบทบาทในการให้ความรู้ ความเข้าใจ การตอบข้อซักถาม การดูแลช่วยเหลือ ให้การพยาบาล ประคับประคองผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจแบบองค์รวม ตลอดจนทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำกับญาติ และครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต⁵

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

แนวทางการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองจะพิจารณาจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การประเมินแบบองค์รวมที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรคและองค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัญหา ความวิตกกังวล ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีข้อแนะนำ 3 ขั้นตอน คือ⁴ การวินิจฉัย (identify) โดยมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยเป็นรายบุคคล ต่อมาคือการประเมิน (assessment) เป็นการประเมินความต้องการของบุคคลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยสัมภาษณ์ประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ จากนั้นจะมีการวางแผน (plan) และการจัดการอันนำไปสู่ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลต่อไป

การประเมินทั่วไป

สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะโรคร่วมหลายโรคและอยู่ในระยะลุกลาม ไม่ตอบสนองต่อการรักษา น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง และอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁶

การประเมินเฉพาะกลุ่มโรค

กลุ่มโรคที่สำคัญได้แก่ โรคกระดูก โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ โดยผู้ป่วยมีอาการสับสนกระวนกระวาย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต น้ำหนักตัวลดลงอย่างรุนแรงจนมีภาวะพอมแห่งหรือมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง

ความปวด¹

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 64-75 ความปวดของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง นับเป็นความทุกข์ทรมานที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตอย่างมาก ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ด้วยการใช้และไม่ใช้ยา

การรักษาด้วยยา⁷

แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) และ acetaminophen สามารถให้ได้ในทุกระดับความปวด หรืออาจใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม opioid เพื่อลดขนาดของยา opioid ได้ กลุ่มที่ 2 เป็น weak opioid พิจารณาใช้ได้ในระดับความปวดน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ tramadol และ codeine กลุ่มที่ 3 คือ strong opioid ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง และสุดท้ายคือยากลับเสริมฤทธิ์การระงับปวด เป็นยาที่รักษาโรคอื่นๆ แต่ถูกนำมาใช้เสริมฤทธิ์การรักษาอาการปวด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแก้ปวดตัวใดตัวหนึ่งมากเกินไป เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) ได้แก่ amitriptyline, imipramine ยารักษาอาการชัก (anticonvulsant) ได้แก่ carbamazepine, gabapentin, pregabalin ยากล่อมประสาท (benzodiazepines) ได้แก่ clonazepam, midazolam, diazepam ยาสเตียรอยด์ (steroid) ได้แก่ dexamethasone, prednisolone ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ได้แก่ กระเทียม กัญชา

เป็นต้น

การรักษาโดยไม่ใช้ยา⁸

เทคนิคที่สามารถช่วยลดอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด (massage) เพิ่มการไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความเครียด การใช้ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาของรอยโรค การบาดเจ็บแบบเฉียบพลันร่วมกับอาการบวม ควรเลือกใช้การประคบเย็น เพื่อช่วยลดอาการบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นการปวดแบบเรื้อรังหรือมีอาการกล้ามเนื้อตึง ควรใช้ความร้อนประคบ การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจใช้เทคนิคการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (regional anesthesia) และการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) ภายใต้การควบคุมดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญทางวิสัญญี

มอร์ฟิน

มอร์ฟินเป็นสารสกัดที่ได้จากฝิ่น ถูกค้นพบในปี พ.ศ.2346 ปัจจุบันสามารถสังเคราะห์ขึ้นได้ด้วยกรรมวิธีทางเคมี จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 มีประสิทธิภาพออกฤทธิ์ระงับปวดได้แรงที่สุด

ข้อบ่งใช้

ใช้บรรเทาอาการปวดได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ในระดับปานกลางถึงรุนแรง

เมตาบอลิซึมของยา

มอร์ฟินเป็นยาที่ละลายได้ดีในน้ำ ละลายได้น้อยในไขมัน จึงออกฤทธิ์ค่อนข้างช้าและคงฤทธิ์อยู่นานเนื่องจากผ่านเข้า-ออกสมองได้ช้า ถูกทำลายที่ตับด้วยเอนไซม์ Uridine 5'-diphospho-glucuronosyl transferase, UDP-GT ได้สาร 2 ชนิด ก่อนถูกขับออกทางไต คือ morphine-3-glucoronide (M3G) ไม่มีฤทธิ์แก้ปวด และ morphine-6-glucoronide (M6G) ซึ่งเป็น active metabolite มีฤทธิ์แก้ปวดอีกประมาณร้อยละ 50 อาจสะสมและทำให้เกิดพิษได้ในผู้ป่วยโรคไต⁹

การออกฤทธิ์⁹

มอร์ฟินออกฤทธิ์โดยจับกับ mu (μ) receptors ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกายดังนี้

1. สมองและระบบประสาท ทำให้มีอาการง่วงซึม มึนงงสับสน รูปแบบความคิดเปลี่ยนแปลงไป เวียนศีรษะ

อ่อนเพลีย กระวนกระวาย เสียความทรงจำ เคลิ้ม อาจเห็นภาพหลอน ชัก หรือโคม่า

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว ปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจลดลง ความดันโลหิตตก อ่อนเพลีย อาจมีอาการแน่นหน้าอกได้

3. ระบบการหายใจ กดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง หรือหยุดหายใจ หายใจลำบาก กล้องเสียงหดร่ง หรือสะอึก

4. ระบบทางเดินอาหาร ลดการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องผูก เกิดการเกร็งตัวของลำไส้เพิ่มขึ้น ลำไส้อุดตัน (pseudo-obstruction) ท่อน้ำดีหดเกร็ง คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหาร ปากแห้ง กระหายน้ำ การทำงานของตับผิดปกติ

5. ระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้หยุดกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง ถ่ายปัสสาวะลำบาก ท่อไตหดเกร็ง

6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้กล้ามเนื้อของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายหดเกร็งและกระดูก กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานไม่ประสานกัน การเคลื่อนไหวผิดปกติ

7. ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ ทำให้นัยน์ตาระดุก รุ่มาตาหุด เห็นภาพซ้อน

8. ระบบภูมิคุ้มกัน กระตุ้นการหลั่ง histamine อาจก่อให้เกิดผื่นคัน ลมพิษ ตาแดง

ผลข้างเคียง³

อาจพบอาการคลื่นไส้ ง่วงซึม หายใจช้าลง โดยมีความสัมพันธ์กับปริมาณยาที่ได้รับ เมื่อบริหารยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องหรือทางไซส์นหลังมักพบอาการคัน ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ อาจมีอาการประสาทหลอน ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก เมื่อมีการหยุดยาทันที ผู้ป่วยที่มีอาการติดยาทั้งทางกายและจิตใจ (physical/psychological dependence) อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

เปรียบเทียบกับยาในกลุ่มเดียวกัน⁷

Pethidine มีฤทธิ์ระงับปวดอ่อนกว่ามอร์ฟีน 10 เท่า active metabolite ที่สำคัญคือ normeperidine มีผลกระตุ้นระบบประสาท ก่อนถูกขับออกทางไต

Fentanyl มีฤทธิ์ระงับปวดแรงกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า ออกฤทธิ์เร็วและไม่มี active metabolite การหยุดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการสะสมของยา

Methadone มีฤทธิ์ระงับปวดเทียบเท่ามอร์ฟีน นิยม

ใช้เป็นยาทดแทนสำหรับผู้ติดมอร์ฟีน แต่ต้องระวังในการใช้ร่วมกับยาอื่น โดยเฉพาะกลุ่ม tricyclic antidepressant ซึ่งอาจส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

กัญชา

เป็นพืชล้มลุกจัดอยู่ในตระกูล Cannabaceae มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa forma indica ประกอบด้วย 3 สายพันธุ์ได้แก่ Indica พบในทวีปเอเชีย Sativa พบในทวีปอเมริกาและ Ruderalis พบในประเทศรัสเซีย^{10,12}

เมตะบอลิซึมของยา

กัญชาเป็นสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids, CB) ซึ่งเมื่อถูกเมตะบอลิซึมโดยเอนไซม์ไซโตโครมพี-450 (Cytochrome P-450) ที่ตับ จะได้สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) และแคนนาบิไดโอล (cannabidiol, CBD) ซึ่งจะไปออกฤทธิ์ต่อระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid system, ECS) ที่มีอยู่ทั่วร่างกาย¹¹

การออกฤทธิ์¹¹

1. ระบบประสาทส่วนกลาง กัญชามีฤทธิ์ทั้งกระตุ้น และหลอนประสาท ทำให้มีความสุข เคลิบเคลิ้ม สบาย สิ้น ความจำช่วงสั้นเสื่อม การรับรู้สับสน หากผู้ใช้กัญชาเป็นผู้ที่มีอาการของโรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน จะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น อาจทำลายสมอง กระทั่งต่อเชาวน์ปัญญาขั้นสูง เช่น การคิดเลข เป็นต้น หากมีการใช้กัญชาเกินขนาดเป็นเวลานานๆ จะมีอาการก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ โดยเฉพาะการใช้ความคิด การตัดสินใจ ความรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก อยู่แบบนิ่งเฉยไร้จุดหมาย

2. ระบบทางเดินหายใจ เกิดการระคายเคืองของหลอดลมทำให้มีอาการไอเรื้อรัง หลอดลมอักเสบ เสียงแหบ มีเสมหะมาก หายใจลำบาก และยังสามารถทำให้เกิด pneumonia, pneumomediastinum หรือ pneumothorax ได้

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังจากสูดดมกัญชาภายใน 15-20 นาที จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-50 จากการที่ THC จับกับตัวรับ CB1 ออกฤทธิ์กระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system, SNS) และการยับยั้งระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system, PNS) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ใช้กัญชาขนาดสูงเป็นเวลานานจนเกิด tolerance มีรายงานการเกิด heart block เนื่องจากการทำงานของ SNS ลดลง แต่ PNS เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการลดลงของแรงต้านทาน

หลอดเลือดส่วนปลายและส่งผลต่อหลอดเลือดในสมอง การทำงานของเกร็ดเลือดที่ผิดปกติ ทำให้มีโอกาสเกิดการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมองจนสมองขาดเลือดได้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 48-53

4. ระบบสืบพันธุ์ เกิดความผิดปกติของโครโมโซมเซลล์ประสาทในสมองและความผิดปกติของฮอร์โมนเพศและพันธุ์กรรมของทารกในครรภ์ ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ในเพศชายลดลง ปริมาณอสุจิน้อยลง สมรรถภาพทางเพศลดลง

5. ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายถูกทำลาย เกิดการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย

6. ระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกาย พบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมีอาการหนาวสั่นได้บ่อย

ผลข้างเคียง

เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจและเชาวน์ปัญญา ระบบทางเดินหายใจมีความไวต่อการกระตุ้น การกระตุ้น SNS ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและกล้ามเนื้อหัวใจต้องการปริมาณออกซิเจนมากขึ้น เกิดการตีบของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง อาจมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทำให้หนาวสั่น ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดการติดเชื้อได้ง่าย^{11,12}

เปรียบเทียบกับยาในกลุ่มเดียวกัน

กัญชาและกัญชงเป็นพืชในตระกูลเดียวกัน วงศ์ Cannabaceae แต่พืชทั้งสองมีความแตกต่างกัน โดยกัญชงมีสารที่ออกฤทธิ์ในปริมาณมากคือ CBD ซึ่งเป็นสาร non-psychoactive มีฤทธิ์ทำให้สงบ ลดอาการวุ่นวาย และต้านฤทธิ์ประสาทหลอน แต่ในกัญชามีสารที่ออกฤทธิ์ในปริมาณมากคือ THC ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นและกดระบบประสาทส่วนกลาง

กัญชาทางการแพทย์

ปัจจุบันประเทศที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้อย่างถูกกฎหมายมีจำนวนทั้งหมด 33 ประเทศและจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายประเทศที่นำกัญชามาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างกว้างขวาง ทั้งการรักษาอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานชัดเจนในแง่ของประสิทธิภาพการรักษา เนื่องจากการศึกษาวิจัยยังมีข้อจำกัดหลายประการ

สำหรับประเทศไทยได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ในพระราช

บัญญัติยาเสพติดให้โทษ อนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาและกระท่อมบนพื้นฐานตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อการรักษาผู้ป่วย การศึกษาวิจัยและการพัฒนาการศึกษาวิจัย ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพตามที่ได้ระบุไว้ในกฎหมาย¹⁰

ต่อมาวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นไม่จัดกัญชา กัญชงเป็นยาเสพติดในส่วนเปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน และราก ใบซึ่งไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย สารสกัดที่มี CB เป็นส่วนประกอบและมี THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักกากหรือเศษที่เหลือจากการสกัดกัญชาและต้องมี THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก¹⁰

ข้อบ่งชี้

รักษาอาการปวดเส้นประสาทที่ต่อการรักษา (refractory neuropathic pain) อาการปวดในการดูแลแบบประคับประคองที่ต่อการรักษา (refractory pain in palliative care) บรรเทาอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัด (chemotherapy-induced nausea and vomiting) และรักษาอาการกล้ามเนื้อเกร็งในโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งและอาการบาดเจ็บไขสันหลัง (spasticity in multiple sclerosis and spinal cord injury)

ผลิตภัณฑ์จากกัญชา

น้ำมันกัญชา (Hashish oil) ได้จากกระบวนการสกัดหลายครั้ง จนได้ CBD oil และ THC oil มีปริมาณสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงถึงร้อยละ 20-60 ซึ่งองค์การเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยสามารถผลิตได้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

ยางกัญชา (Hashish) ยางกัญชาเป็นยางแห้งที่นำมาจากใบและยอดช่อดอกหรือเกสรตัวเมียของต้นกัญชา มีฤทธิ์แรงกว่ากัญชาสดเนื่องจากมีความเข้มข้นของ THC ร้อยละ 2-20 ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมากถึง 4-8 เท่า ใช้ผ่านเครื่องพ่นไอระเหยทางการแพทย์หรือการสูบลายบุหรี่

นอกจากนี้ ยังมีผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่นำมาใช้ในรูปแบบของแคปซูล สเปรย์พ่นในช่องปาก ซึ่งจะคาดเดาปริมาณที่ออกฤทธิ์ได้ยาก เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ รบกวน ชนิดหาผิวหนังหรือในรูปแบบแผ่นแปะมีการดูดซึมช้า ความเข้มข้นสูงสุดในเลือดอยู่นาน 1.30-48 ชั่วโมง ชนิดสูบหรือสูดดมไอระเหยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ออกฤทธิ์ที่สมองภายใน 15-30 นาทีหมดฤทธิ์ภายใน 2-4 ชั่วโมง การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ มีรายงาน

การเกิดกลุ่มอาการ intravenous marijuana syndrome เช่น อาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้อาเจียน แต่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ^{14,15} อย่างไรก็ตามการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ผู้สั่งใช้ต้องเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ หรือเภสัชกร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองโดยกระทรวงสาธารณสุขและได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

อาการผิดปกติที่ควรระวังไปพบแพทย์

ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและรบกวนผิดปกติ เป็นลมหมดสติ เจ็บหน้าอกกร้าวไปที่แขน เหงื่อแตกตัวสั่น หายใจไม่สะดวก เดินเซ พูดไม่ชัด สับสน หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น

แนวโน้มของกัญชาในอนาคต

ในขณะที่หลายประเทศมีความพยายามในการเปิดเสรีการใช้กัญชาทั้งทางด้านการแพทย์และสันทนาการ ซึ่งมีขอบเขตที่แตกต่างกันไป ในประเทศไทยก็มีทั้งกลุ่มที่สนับสนุนและคัดค้าน โดยประเด็นที่ถกเถียงเน้นไปที่ความพร้อมในการควบคุมและขอบเขตของกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาเพื่อการรักษา¹³

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาเพื่อการรักษา พยาบาลในฐานะผู้มีความรู้สำคัญ ผู้ปฏิบัติงานเป็นด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พึงตระหนักว่ากัญชายังคงเป็นยาที่มีความซับซ้อนทางเภสัชวิทยา ส่งผลทางร่างกายและจิตใจและความละเอียดอ่อนในด้านแง่มุมของกฎหมาย ได้แก่

1) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาอย่างละเอียดเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ และสถานะสุขภาพในปัจจุบัน

2) ให้การศึกษารายละเอียดแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกัญชา การใช้เป็นยาอย่างเหมาะสม ประโยชน์ที่และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และปฏิกิริยาต่อกันของยาที่อาจเกิดขึ้น ที่สำคัญ ผู้ป่วยควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับแง่มุมทางกฎหมายและจริยธรรมของการใช้กัญชาทางการแพทย์

3) พยาบาลอาจต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารยาอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจรวมถึงการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับขนาดยาที่ถูกต้อง แนวทางการบริหาร (เช่น ทางปาก การสูดดม เฉพาะที่) โดยปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด

4) พยาบาลควรติดตามผู้ป่วยที่ใช้กัญชาอย่างใกล้ชิด การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาอย่าง

สม่ำเสมอ สัญญาณชีพ และการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในเวชปฏิบัติ เพื่อให้แน่ใจว่าการบำบัดนั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด

5) พยาบาลพึงระลึกเสมอว่า กัญชาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆ รวมถึงอาการวิงเวียนศีรษะ ปากแห้ง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความบกพร่องทางสติปัญญา จึงควรเตรียมพร้อมรับมือกับผลข้างเคียงเหล่านี้้อย่างเหมาะสมและให้การดูแลแบบประคับประคองตามความจำเป็น

6) พยาบาลต้องเป็นผู้รอบรู้เกี่ยวกับกัญชา ที่สามารถส่งเสริมหรือยับยั้งฤทธิ์กับยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอยู่ พยาบาลต้องตระหนักถึงปฏิกิริยาต่อกันของยาที่อาจเกิดขึ้นและสื่อสารกับทีมแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

7) พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา เน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้กัญชาตามคำแนะนำและข้อควรระวังในเรื่องความปลอดภัยต่างๆ

8) พยาบาลควรเคารพในสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อบังคับ รวมถึงการสื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ เพื่อการบริหารจัดการเหตุการณ์เฉพาะเบื้องต้น การกลั่นกรองตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับกัญชาเพื่อการรักษาอย่างถูกต้อง

การใช้มอร์ฟินร่วมกับกัญชา¹⁶

ปัจจุบันมีการใช้มอร์ฟินและกัญชาในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น เนื่องจากยาทั้งสองชนิด มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคล้ายกันและทำหน้าที่เสริมฤทธิ์กัน ประกอบกับการใช้กัญชาช่วยในการรักษาโรคบางชนิด ทำให้ลดปริมาณการใช้มอร์ฟินลงได้ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องคำนึงถึงปฏิกิริยาต่อกันของยา วิธีการใช้ ปริมาณ ความเข้มข้น และระยะเวลาในการออกฤทธิ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท ด้วยเหตุนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำเป็นต้องตระหนักในการใช้มอร์ฟินและกัญชาด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจเข้าข่ายการกระทำความผิดตามกฎหมายที่ถือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การการุณยฆาต (Euthanasia)

การการุณยฆาต คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดและหมดความรู้สึกก่อนการเสียชีวิต ในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับเรื่องการการุณยฆาต มีเพียงมาตรา 12 ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ซึ่งอนุญาตให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิเสธการรักษาที่ไม่ได้ประโยชน์เท่านั้น ส่วนการกระทำที่ถือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จะเข้าข่ายมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 ที่บัญญัติไว้ว่า ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี และหากเป็นการกระทำที่มีการไตร่ตรองไว้ก่อน ก็จะได้รับโทษตามมาตรา 289 ดังนั้น หากแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเจตนาไม่ว่าจะทำไปเพราะความสงสาร หรือเหตุผลอื่นใด ก็ถือว่ามีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา²

แพทยสมาคมโลกได้ระบุในปฏิญญาของสมาคมว่าด้วยการการุณยฆาต (World Medical Association Declaration on Euthanasia) มีใจความว่า การกระทำโดยตั้งใจที่จะทำลายชีวิตของผู้ป่วย ถึงแม้การกระทำนั้นจะเป็นการทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตาม ถือว่าผิดหลักจริยธรรม ยกเว้นเป็นการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ประสงค์จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยจำเป็นต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีความชำนาญหรือเทคนิคพิเศษ ในการบริหารยาระงับปวดหรือยาสงบประสาท¹

การการุณยฆาตจะเน้นการบริหารยาทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก และการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายล้มเหลว ทั้งระบบการหายใจและระบบการไหลเวียนโลหิต โดยมีจุดประสงค์ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบภายในระยะเวลาอันสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานน้อยที่สุด

ประเภทของการการุณยฆาต

ก. แบ่งตามลักษณะความจำนง¹

1. Voluntary euthanasia เป็นการการุณยฆาตที่ผู้ป่วยแสดงความต้องการไว้ ตั้งแต่ขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ช่วยฉีดยาเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต
2. Involuntary euthanasia เป็นการการุณยฆาตโดยการตัดสินใจของผู้อื่น โดยขัดกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น การฉีดยาเพื่อประหารชีวิตนักโทษ
3. Non-voluntary euthanasia เป็นการการุณยฆาตโดยความต้องการของผู้มีอำนาจโดยชอบธรรม ซึ่งผู้ป่วยมิได้แสดงความประสงค์ในเรื่องดังกล่าวไว้ เช่น ญาติขอให้แพทย์

ฉีดยาเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

ข. แบ่งตามลักษณะการกระทำ¹

1. Active euthanasia เป็นการการุณยฆาต โดยการกระทำการบางอย่างต่อร่างกายผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เช่น การประหารชีวิตนักโทษ
2. Passive euthanasia เป็นการการุณยฆาต โดยงดเว้นการกระทำบางอย่างต่อร่างกายผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เช่น งดการช่วยปั๊มหัวใจ หรืองดการให้อาหารในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

สรุป

การใช้ออร์พินและกัญชาเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดลงได้ โดยมอร์พินเป็นยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพระงับความปวดได้อย่างรุนแรงและมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กัญชาสามารถลดความปวด อาการคลื่นไส้ และคลายความวิตกกังวล

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาเหล่านี้ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ทางเวชปฏิบัติอย่างใกล้ชิด ด้วยการอธิบายให้ผู้ป่วยญาติและคนในครอบครัว ได้เข้าใจถึงรูปแบบในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การเลือกใช้ยาที่ตอบสนองต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย บนพื้นฐานของความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการรักษา โดยมีผลข้างเคียงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

References

1. Thongdech V, Klaimuk B, Vichitvejpaisal P. Anesthesia and euthanasia: congruence but difference. Thai journal of anesthesiology. 2020;46(3):181-5. (in Thai)
2. Phokhwang W. Palliative care: a case study of Albert ludwigs university hospital, Freiburg, Germany. The southern college network journal of nursing and public health. 2017;4(1): 345-60. (in Thai)
3. Molek R, Thanapapothiawat T, Kongchaiphom K, Sombutboon M, Preechakoon B. Is morphine for euthanasia?. The journal of Chulabhorn royal academy. 2020;2(1):14-24. (in Thai)

4. Charoenwipada C. Case study: continuing end-stage cancer patients nursing care from hospital to home and community, in the context of palliative care center, counseling clinic of nursing department, Klongtom hospital. *Krabi medical journal*.2018;1(1):11-21 (in Thai)
5. Subwongcharoen N, Chintapanyakun T. Role of palliative care nurse in tertiary hospitals. *Journal of the royal thai army nurse*. 2020; 21(1):26-34. (in Thai)
6. Pairojkul S, Limratana N, editors. Training of the trainers in palliative care. Khonkaen. Klungnana vitthaya press;2017. (in Thai)
7. Pichayapanich P, Chayangsu C. Management of cancer pain for internist. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospitals*. 2021;36(2): 475-84. (in Thai)
8. Pianbanyat K, Choowattanapakorn T. Pain and nursing care in older persons with cancer. *Thai red cross nursing journal*.2014;7(1):10-25. (in Thai)
9. Gregori S, Gregori M, Ranzani G, Allegri M, Minella C, Regazz M. Morphine metabolism, transport and brain disposition. *Metabolic brain disease journal*.2012;27(1):1-5.
10. Noipitak S, Sombood P, Noitasaeng P, Laotaweewuk N, Vichitvejpaisal P. Cannabis: essential information in anesthesia. *Thai journal anesthesiology*.2022;48(1):75-80. (in Thai)
11. Teitel A, Bozimowski G. A review of the pharmacology and anesthetic implications of cannabis. *American association of nurse anesthesiology journal*.2020;88(3):237-44.
12. Suphanchaimat R, Pavasuthipaisit C. Potential benefits and risks from medicalization and legalization of cannabis. *Journal of health system research*.2018;12(1):71-94. (in Thai)
13. Maneewat K, Nimmaanrat S, Puttawibul P, Kantabanlang Y, Siripituphum S, Sawasdinarnue-nart S, et al. Integrative guideline for the nursing care of patient using cannabis for medicinal purposes. *Princess of Naradhiwas university journal*. 2023;15(1):250-65. (in Thai)
14. Abrams D, Guzman M. Cannabis in cancer care. *Clinical pharmacy and therapeutic journal*. 2015;97(1):575-86.
15. Nahtigal I, Blake A, Hand A, Florentinus-Mefailoski A, Hashemi H, Friedberg JN. The pharmacological properties of cannabis. *Journal of pain management*.2016;9(1):481- 91.
16. Abrams DI, Couey P, Shade SB, Kelly Me, Benowitz NL. Cannabinoid-opioid interaction in chronic pain: American society for clinical pharmacology and therapeutics journal. 2011;90(6):844-50.

กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลมารดาและทารก Conceptual Framework Quality Maternal and Newborn Care

ฐิตาพร ศิริวัลย์* สุพรรณิกา ปานศรี ดารินทร์ ศรีชุม

Thitaporn Siriwan* Supunnika Pansri Darin Srichum

ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

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

บทคัดย่อ

การเสียชีวิตของมารดาและการเกิดไร้ชีพของทารกเกิดขึ้นทั่วโลก แม้ว่าในแต่ละประเทศจะมีการพัฒนาการดูแลมารดาและทารกจนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกลงได้ แต่ในบางประเทศยังคงไม่บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ จากการศึกษาพบว่า ผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาและทารกในทุกประเทศ กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลมารดาและทารกจึงถูกพัฒนาจากนิยามของการผดุงครรภ์ เพื่อเป็นกรอบคุณภาพการดูแลของผดุงครรภ์สำหรับการดูแลมารดา ทารกและครอบครัว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ ประกอบด้วย การดูแลตามบทบาทผดุงครรภ์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ องค์การที่ส่งเสริมการเข้าถึงและการดูแลที่มีคุณภาพและการผสมผสานของผดุงครรภ์ คุณค่าการดูแลที่เคารพต่อมารดาและครอบครัว ปรัชญาการส่งเสริมกระบวนการคลอดปกติ และผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ ทักษะและสมรรถนะในการให้การดูแลมารดาทารกอย่างมีคุณภาพ กรอบแนวคิดนี้สามารถประยุกต์ใช้กับมารดาและทารกทุกรายและในทุกสถานที่ โดยไม่ขึ้นกับสถานะทางสุขภาพ รายได้ หรือการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาและทารกและผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อมารดาและทารก

คำสำคัญ: คุณภาพการดูแล, มารดาและทารก

Abstract

Maternal death and stillbirth occur worldwide and, although countries have made progress on maternal and newborn care leading to reduce maternal mortality and stillbirth rates, more effort is needed to reach Sustainable Development Goals (SDGs). The majority of causes of maternal death and stillbirth are prevented with quality care during childbirth; evidence shows that midwifery is pivotal for leveling up the quality of maternal and newborn care in all countries. The framework for Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) was developed based on the definition of midwifery practice for being a standard care for childbearing women, newborn infants, and families across the continuum throughout pregnancy, birth, and postpartum. This framework consists of evidence-based practice; organizational care, that promotes accessibility and quality care and integrates midwives into the health system; values of care, where women and families receive respectful care; a philosophy which optimise physiological birth; and care providers who are knowledgeable, skilled, and competent to deliver the quality care. In conclusion, the QMNC Framework contributes to midwifery, including practices, organizations, values, philosophy, and care providers. This

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

วันที่รับ (received) 22 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 31 ธ.ค. 2565

framework can apply to all women and newborns and in all settings, regardless of health status, income, or education, to enhance improvement in care quality and the best maternal and newborn outcomes.

Keywords: Quality care, Maternal and newborn care, Framework

The Worldwide Maternal Mortality Ratio has declined from 243 maternal deaths in 2000 to 211 deaths per 100,000 births in 2017 according to UN inter-agency estimates.¹ Around nearly 2 million are stillbirths, occurring around every 16 seconds.² Although substantial progress has been made on maternal mortality and stillbirth rates since 2000, the world needs more effort to reach Sustainable Development Goals (SDGs) in which maternal death rates are lower than 70 per 100,000 live births and stillbirth rates lower than 12 per 1000 total births by 2030.³ The majority causes of maternal death and stillbirth are prevented by quality care during childbirth.⁴ Unnecessary intervention has surged which potentially lead to the iatrogenic harm to women and newborns.⁶ Meanwhile, some settings have inadequate interventions which underly maternal and neonatal mortality and morbidity.⁶ Poor quality maternal and newborn care is not only an important contributor to these deaths, but also effects mother and newborn's physical and psychosocial health and wellbeing, ongoing health-care costs of family, communities and countries economy, and health inequalities.⁵

The evidence has showed that midwifery is pivotal for leveling up the quality of maternal and newborn care in all countries.⁷ Care in health systems led by educated, licensed, regulated, and integrated midwives with collaboration with interdisciplinary teams created positive maternal and perinatal outcomes.⁹ In order to scale up the quality of maternal care within midwifery to avoid preventive mortality and morbidity, care needs to be defined and established. The framework for Quality Maternal and

Newborn Care (QMNC) was developed from the Lancet series analysis of existing reviews of women's experiences and views, practices and interventions, and workforce.⁹ This framework was designed based on the definition of midwifery practice; "the skilled, knowledgeable, and compassionate care for childbearing women, newborn infants, and families across the continuum throughout pre-pregnancy, pregnancy, birth, postpartum, and the early weeks of life."⁴ This article aims to elaborate on the QMNC framework, where better understanding of the quality of maternal and newborn care allows the effective application in all settings, leveling up the quality of midwifery care.

The maternal and newborn cares in all settings need to be standardized, updated and evidence based which is embraced by the holistic care to reach to the quality of midwifery care. The QMNC framework characterises the cares of women, newborn infants, and families needed throughout pregnancy, birth, and beyond.⁴ The framework consists of five core components: practice categories, organization of care, values, philosophy, and care providers.⁴ (Figure 1) Each category is fundamental to develop the quality maternal and newborn care.

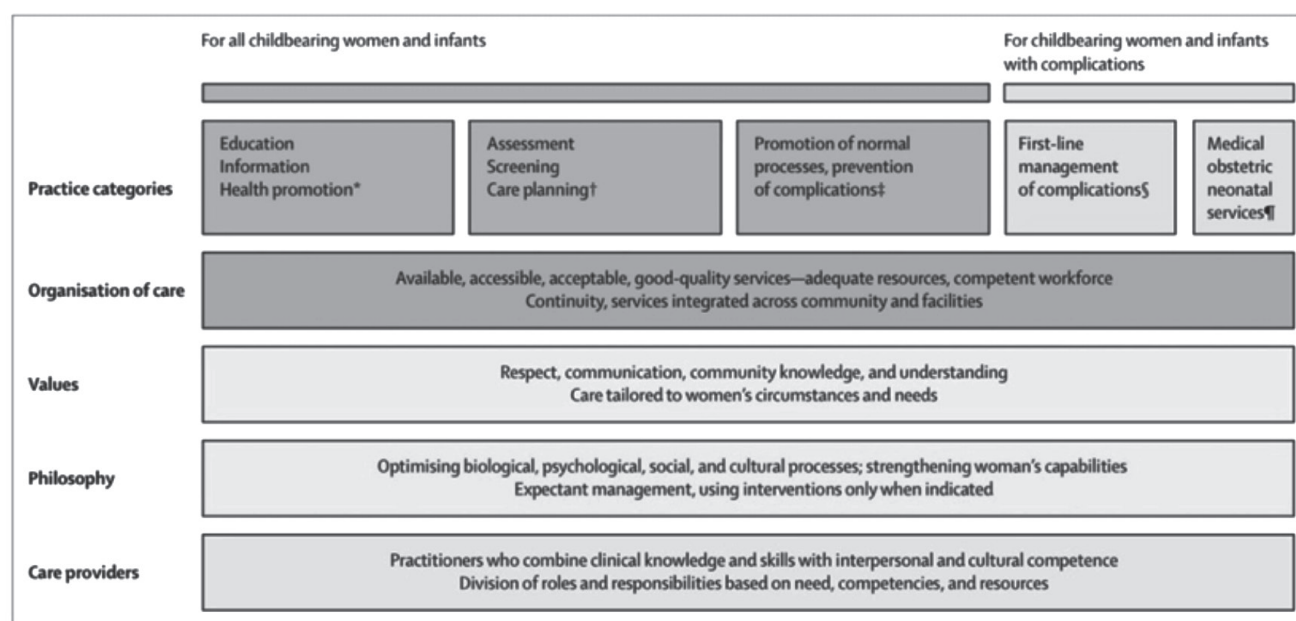


Figure 1: The framework for quality maternal and newborn care (QMNC)

1. Practice categories

The effective and evidence-based maternal and newborn care practices derived from reviews has reflected what practices that women and infants need from maternal and newborn services.⁹ Analysis of 416 systematical reviews show that the practices in midwifery can provide improvement across 56 outcomes, including women and infants' survival, health and well-being, and efficient resource use.⁴ Moreover, 62% of 72 effective practices of midwifery care optimize the physiological processes of reproduction and early life, and build up women's capabilities for caring for themselves and their families.⁴ Whereas the ineffective practices for childbearing women and infants that should not be used routinely (e.g. perineal shaving, enema during labor, amniotomy in labor) were provided on the Lacet series.⁴

The maternal and newborn practices are categorized into two parts: the care for all childbearing women and infants and care for women and infants with complications.⁴ The components under practice for all childbearing women and infants include education, information and health promotion; assessment, screening and care planning; and promotion of normal processes and prevention of complications. Meanwhile, the first-line management of complications and medical obstetric neonatal service are under the components of care for women and infants with complications.⁴ (Figure 1)

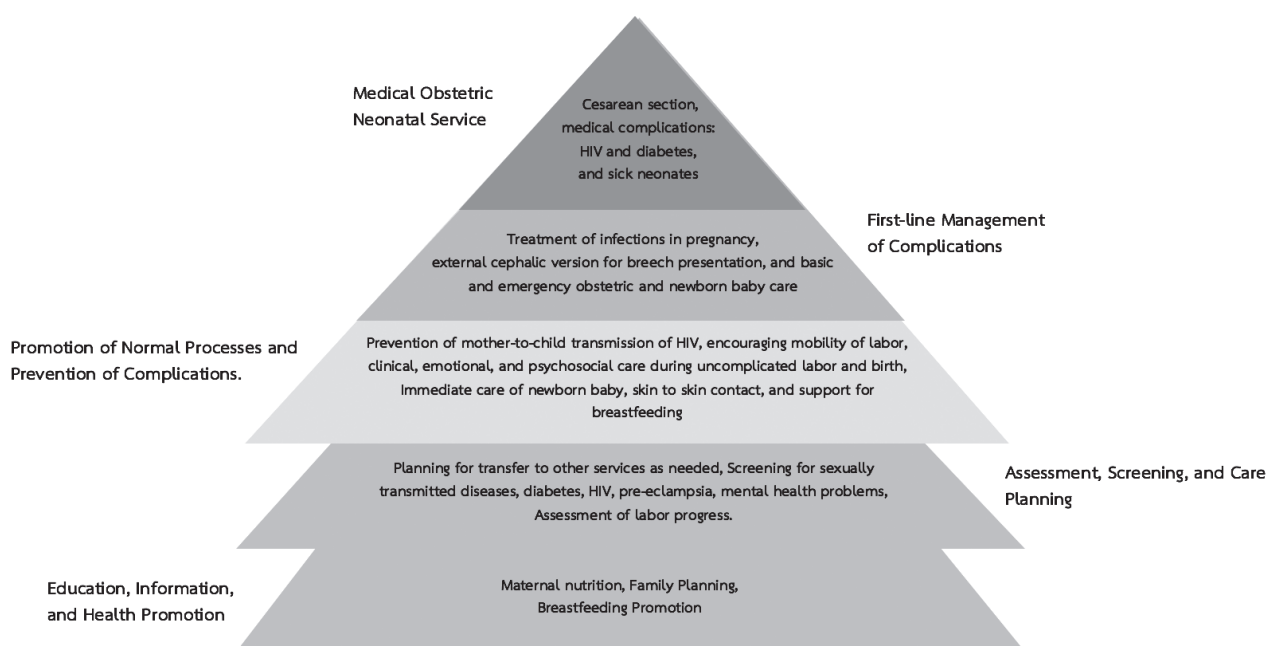


Figure 2: Practice categories of QMNC framework⁹

Examples of each component of the practice categories is provided in Figure 2. The first three components are the fundamental practices which all women and infants need during pregnancy, birth, and post-birth. Therefore, these are accounted for in the largest area on the figure. Meanwhile, the two upper levels are for the management of care for mothers and newborns with complications. Of these five categories midwifery services cover the first four, which constitutes care for most childbearing people. The final category is the service needed when serious complications occur and requires a full range of services including life-saving interventions and skilled healthcare professionals, although only a small percentage of pregnancies fall into this category. Those evidenced-based practices derived from the framework's reviews are compatible to the essential competencies for midwifery reviewed by International Confederation of Midwives (ICM)¹⁰, and the WHO's recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience.¹¹ This emphasizes the high quality, respectful care, supporting physiological

birth, upholding human rights and decision-making for women which midwives should deliver to all women and newborns.

2. Organization care

The delivery of high-quality care is not only providing the best practice but also the healthcare system needed within the maternity setting. Organization of care refers to the healthcare system which needs to be available, accessible, acceptable, competent workforce and continuity, and service integrated across community and facility.⁴ (Figure 1)

The organization care needs to integrate midwives into the health system to deliver high quality and cost-effective care¹². Midwives should be in every birth facility level, including primary care and hospitals, providing evidence-based, respectful, and continuity of care across settings. Without midwives, births are prone to overmedicalization which increases cost.¹³ High-income countries which integrate midwifery-led care into different models, such as team-based care in maternity hospitals,

low-risk units alongside full-scope maternity hospitals, freestanding, or home-based midwifery, have the lowest intervention rates with the best outcomes.¹² The model of midwifery-led continuity care emphasizes the normality and continuity of care by a trusted and skilled midwife during labor and encourages the natural women's ability to experience birth with minimum interventions. This causes an organizational change from mainly medical-lead care into integrated midwifery-led care. Therefore, investing in midwives and encouragement of the use of birthing facilities needs to be prioritized to improve maternal and newborn outcomes¹⁵.

Moreover, the Lancet series on maternal health^{6,12} highlights the factors needed for global maternity mortality reduction through strengthening the entire healthcare system, including data and surveillance, facility, capability, emergency medical services, and a skilled health workforce. Moreover, quality care is evidence-based and meets the local needs, continuum of care, and addresses diversity. Equity of access to quality care of all women and infants needs to prioritise building up universal coverage to achieve the SDGs and prevent family poverty due to financial hardship. Access to more women means an increase in the delivery of quality of cares and complications are prevented, therefore the maternity service at hospitals should be integrated with community-based care services through a range of interventions that can be delivered safely by community health workers and health promotion groups.

3. Values

Care value is where care is tailored to the mother's circumstances and needs to include the aspects of respect. Respectful care is a global issue even in birth facilities, where 1 in 3 women in low-income countries report disrespectful care in

health facilities.⁴ Furthermore, teenage and uneducated women are at the highest risk of care that can be classified as abusive.⁴ Whilst Respectful care is clearly morally and ethically correct, disrespectful and abusive care is an act against fundamental human rights and can create lasting trauma to women and their families. The feeling of being unsafe during childbirth makes families avoid accessing birth facilities which contain abusive environments. The large mixed method study by Reed et al. (2017) reported the sources of trauma related births, including where care providers prioritized their own institutional plans over the women's preferences; women were used for observation practice or as learning resources for hospital staff; women's embodied knowledge was disregarded in favour of care providers; care providers had lied and threatened women about fetal well-being in attempts to gain complicity with the procedures, and women also mention abusive and violent actions.¹⁷

To raise awareness of the disrespectful care and take initial steps to prevent it, midwives should be able to identify the difference between respectful and disrespectful cares. Respectful care includes emotional support, physical support, effective communication, proximity (being close to women), privacy, and informed consent.¹⁶ On the other hand, disrespectful care consists of psychological abuse (language), physical abuse (slapping, interventions with inadequate pain management), non-support/no communication, abandonment, violation of privacy, and lack of consent.¹⁶

The WHO (2014)¹⁸ stated that "every women has the right to the highest attainable standard of health which includes the right to dignified, respectful health care." To prevent and eliminate abusive and disrespectful care during facilities-based childbirth the WHO proposed the following; 1) governments and developers support research and actions regarding

disrespect and abuse; 2) initiate, support, and sustain the quality care guidelines prioritizing respectful care as a core component; 3) emphasize the childbearing women's rights for providing dignified and respectful care throughout pregnancy and childbirth; 4) establish reporting related to respectful and disrespectful care and the reasons why those cares are required or avoided respectively; 5) allowing all stakeholders to be involved in designing care to eliminate disrespectful and abusive practices.¹⁸ To level up the quality of care, the care value or respectful care for midwifery should be provided to all woman and implemented in all maternity setting. Meanwhile, disrespectful care needs to be eliminated in terms of systematic abuse and individual disrespect of healthcare workers in the workplace.¹⁹

4. Philosophy

The Philosophy component relates to care that encourages the biological, psychological, social and cultural childbirth processes, lowers interventions, and strengthens the capacity of women and their families (Figure 1).⁴ Moreover, philosophy care focus on salutogenesis, which emphasizes the building of health and well-being over pathology or disease.⁴ The obvious benefits of physiological births include normal endocrine function, lower interventions, improved newborn transition, bonding and attachment, improved physical and mental health for childbearing women, growth immune function, and less chronic disease.²⁰ Infants born by spontaneous vaginal birth had lower short and long term health problems compared with those born with interventions such as instrumental, induction, or augmentation.²¹

Emerging science has emphasized the association between epigenetic and births, mothers, and infants. The hypothesis of the Epigenetic Impact of Childbirth (EPIIC) points out that physiological labor

and birth have evolved to exert eustress (a healthy positive form of stress) on the fetus and result in the positive effect on genes which regulate immune responses, weight regulation, tumor-suppressor gene expression.²² Therefore, children born with eustress could benefit towards their short-and long-term health. However, unnecessary interventions, especially CS, have been continuously surging worldwide, regardless of low or high-income based countries.⁶ Excessive use of CS has not shown advantages and can actually increase harm, however the underuse of CS has led to maternal and newborn morbidity and mortality. The International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) pointed out that "The rising of CSs has to be stopped".²³ This was echoed by the WHO (2015), stating that ideal CS rates is between 10%-15%; more than the suggested rate is unlikely to improve the outcomes.²⁴

Apart from the birth outcomes, a systematic review on what matters to healthy pregnant women showed that women's preferences, needs, and values are aligned to a positive pregnancy and a birth experience. This should include physical and sociocultural normality, a healthy mother and baby, a clinically and psychologically safe environment, physical and emotional support from companions, and competent and kind healthcare professionals; women also want to maintain a sense of personal achievement and control through decision making if intervention is required.²⁵ In order to achieve a positive pregnancy and childbirth experience for all women, the WHO produced guidelines that put the woman at the center of care and enhanced their experience throughout pregnancy and birth.¹⁴

To optimize birth outcomes a physiological birth process should be encouraged, meanwhile the excessive use of interventions should be thoroughly reconsidered based on procedure indications. Moreover, the care should be tailored to meet the

positive birth experiences of women.

5. Care providers

This element focuses on how to build up trained, skilled, educated, and competent midwives who care for all women and newborns. The midwife workforce needs to be enabled globally to deliver quality, equal, and universal coverage of care. Scaling up midwifery care can enhance accessibility of healthcare to women who live in limited resources, or who are marginalized due to race, ethnicity, religion, economics, or education. Moreover, this substantially reduces maternal mortality not only in the low-resource settings, but it is also reduced in any country. Evidence has shown that essential interventions provided for reproductive, maternal, and newborn health by competent midwives can reduce maternal death, stillbirths, and newborn deaths in 78 countries.²⁷ Prediction modelling of increasing intervention coverage by midwives by 10%, 25%, and 95% would lead to decreases of maternal mortality by 27%, 50% and 82% respectively.²⁷ The benefit of scaling up midwifery care in terms of cost effectiveness are also reported in 58 low-and middle-income countries, especially when the family planning is integrated.²⁸

Strengthening midwifery education to international standards is key for the successful improvement of quality maternal and newborn care. Educated, licensed, and regulated midwives who meet the international standard are able to deliver the full scope of practices and are fully integrated into the healthcare system and interdisciplinary team.⁴ Midwifery education equips midwives with greater competency, high standards, safe practices, and evidenced based care.^{29,31} The World Health Organization, in collaboration with UNFPA, UNICEF, and the ICM, suggested a seven-step action plan to strengthen midwifery education, with each step

informed by evidence and global consultants.³⁰

The seven-steps include strengthening leadership and policy, gathering of data and evidence, building public engagement and advocacy, preparing educational institutions, implementing practice settings and clinical mentors, strengthening faculty standards and curricula, and the educating of students including monitoring, evaluating, reviewing and adjusting, where operated under the process of act, monitor and review.³⁰ The quality maternal and newborn care need to be delivered by the competent, skilled, and qualified midwives. Therefore, developing the midwives' competence and education can enhance the birth outcome in all aspect.

Implications for improving quality maternal and newborn care through midwifery

Policy

Policy should equally emphasize both coverage and quality of maternal and newborn care to ensure high-quality care and reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality. Moreover, accessibility of midwifery services should be encouraged to reach more women and infants who need care in line with continually improved quality of care. Meanwhile, scaling up the midwife workforce contributes to quality care for reproductive, maternal, and newborn health. Policy makers also need to consider the economic advantages of utilizing the QMNC Framework in terms of potentially reducing health expenditure and increasing the sustainability of maternity care systems in the longer term.

Practice

Implementation of the QMNC Framework into maternity care settings as a standard guideline in some low- or middle-income settings might create some difficulties in application and embedding of the framework in routine midwifery care. This could be due to inadequate facilities and resources or a

shortage of midwives. However, establishing the framework as a desirable outcome of midwifery care would imitate the improvement process of maternal and newborns in line with continuously updating evidence-based practices. To deliver high-quality care, healthcare professionals and policy makers need to create the environment which enhances the effectiveness and evidence-based midwifery practices together with creating women-centered values and philosophies. Moreover, integration with communities and collaboration with multidisciplinary teams must be implemented to optimize the outcomes for all women and infants.

Research

This framework can be used as a tool to assess the quality of maternal and neonatal care in each setting and can identify gaps in knowledge or practice where further examination or study for the better understanding may be needed. To apply this framework, midwifery practice is required to be evidence-based, therefore the study should be conducted continuously to update and localize the practice.

Education

Education is essential for fully a qualified, skilled, educated midwife, who delivers high quality and evidence-based midwifery care and create optimal outcomes. Furthermore, this framework can be used as a guideline to design the midwifery course program or training.

In conclusion, the QMNC Framework contributes to midwifery care, including practices, organizations, values, philosophy, and care providers. This framework demonstrates the transition from provision of fragmented maternal and newborn care, focusing on the pathology treatments, to comprehensive provision of skilled care for all,

regardless of health status, income, or education, within the context of respectful care. Implementing this framework as a standard or a benchmark for quality care assessment would lead to better maternal and newborn outcomes and enhance improvement in care quality in all maternity care settings.

References

1. Unicef. Unicef Data: Maternal mortality. UNICEF; 2019.
2. UNICEF, World Health Organization, World Bank Group, United Nations. A neglected tragedy: the global burden of stillbirths. United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation; 2020.
3. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2021. United Nations; 2021.
4. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
5. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*. 2012;380(9846):1011–29.
6. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176–92.
7. UNFPA, United Nations, World Health organization. The state of world's midwifery. United Nations; 2021.

8. United Nations. the Global Strategy for Women's, Children's and adolescents' Health. United Nations; 2015.
9. Lancet Series. Midwifery An Executive Summary for The Lancet's Series. Lancet; 2014.
10. International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice. ICM; 2019.
11. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2022.
12. Shaw D, Guise JM, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph K, Levy B, et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? The Lancet. 2016;388(10057):2282–95.
13. Attanasio L, Kozhimannil KB. Relationship Between Hospital-Level Percentage of Midwife-Attended Births and Obstetric Procedure Utilization. Journal Midwifery Womens Health. 2018;63(1):14–22.
14. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. The Lancet. 2014;384(9949):1215–25.
15. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Health-related SDGs 2021. IHME; 2021.
16. Solnes Miltenburg A, van Pelt S, Meguid T, Sundby J. Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. Report Health Matters. 2018;26(53): 88–106.
17. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. BioMed Central Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):21.
18. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization; 2014.
19. World Health Organization. Midwives' voices, midwives' realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: World Health Organization; 2016.
20. Prosser SJ, Barnett AG, Miller YD. Factors promoting or inhibiting normal birth. BioMed Central Pregnancy and childbirth. 2018;18(1):1-10.
21. Peters LL, Thornton C, de Jonge A, Khashan A, Tracy M, Downe S, et al. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. Birth. 2018 Dec;45(4):347–57.
22. Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al. The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. National institute of Health. 2013.
23. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, de Bernis L, Di Renzo GC, Vidarte MFE, et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. The Lancet. 2018;392(10155): 1286–7.
24. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015.
25. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. Norhayati MN, editor. PLOS ONE. 2018;13(4): e0194906.

26. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
27. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. The Lancet. 2014.
28. Bartlett L, Weissman E, Gubin R, Patton-Molitors R, Friberg IK. The Impact and Cost of Scaling up Midwifery and Obstetrics in 58 Low-and Middle-Income Countries. Mahal A, editor. PLoS ONE. 2014;9(6): e98550.
29. Bharj KK, Luyben A, Avery MD, Johnson PG, O'Connell R, Barger MK, et al. An agenda for midwifery education: Advancing the state of the world's midwifery. Midwifery. 2016.
30. World Health Organization. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030. Geneva: World Health Organization; 2019.
31. Sudja R, Oumtane A. Experiences of Being a Nurse Entrepreneur of a Nursing and Midwifery Clinic. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 21(2): 241-51. (In Thai)

การศึกษาความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

A Study of Cultural Intelligence of Registered Nurses in General Hospitals under The Ministry of Public Health

ปิยรัตน์ธีระเวชวงศ์* วาสนี วิเศษฤทธิ์

Piyarat Theerawetchawong* Wasinee Wisesrith

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางวัฒนธรรม จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ ระดับการได้รับการนิเทศ การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 382 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า 1) ความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.27$, $SD = 0.77$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านพฤติกรรม ($\bar{X} = 5.45$, $SD = 0.77$) ด้านกระบวนการคิด ($\bar{X} = 5.42$, $SD = 0.77$) และด้านแรงจูงใจ ($\bar{X} = 5.18$, $SD = 0.85$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ ($\bar{X} = 5.02$, $SD = 0.95$) 2) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่มีจำนวนต่างกัน การได้รับการนิเทศ และการฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ที่ต่างกัน มีความฉลาดทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความฉลาดทางวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ความฉลาดทางวัฒนธรรม, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the cultural intelligence of registered nurses in general hospitals under the Ministry of Public Health and compare the cultural intelligence of registered nurses classified by age, education level, work experience, number of foreign patients, level of supervision and cross-cultural nursing training. The sample was 382 registered nurses selected by multi-stage sampling technique. The findings can be summarized as follows: 1) The overall cultural intelligence of registered nurses in general hospitals under the Ministry of Public Health were found to be high ($\bar{X} = 5.27$, $SD = 0.77$). In terms of individual dimensions, the behavioral dimension was found to have the highest level ($\bar{X} = 5.45$, $SD = 0.77$), followed by the metacognitive ($\bar{X} = 5.42$, $SD = 0.77$), and motivational dimensions ($\bar{X} = 5.18$, $SD = 0.85$), while the cognitive dimension had the lowest mean score ($\bar{X} = 5.02$, $SD = 0.95$). 2) Registered nurses with different numbers of

Corresponding Author: *Email: piyarat.the@gmail.com

วันที่รับ (Received): 30 พ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 26 พ.ย.2565 วันที่ตอบรับ (Accepted) 3 ธ.ค. 2565

foreign patients, levels of supervision, and cross-cultural nursing training perceived their cultural intelligence levels differently with statistical significance at .05, while registered nurses with different ages, work experience and educational levels perceived their cultural intelligence levels no differently.

Keyword: cultural intelligence, nurse

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมยุคโลกาภิวัตน์และการเติบโตด้านเศรษฐกิจ การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามประเทศ ทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับระหว่างประเทศ รวมทั้งบุคลากรสุขภาพอื่นๆ หลายเชื้อชาติที่เพิ่มขึ้น บริบทสังคมไทยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมส่งผลให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น การเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิตภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรมโดยปราศจากอคติ และเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมหรือทำงานร่วมกับคนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญ¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างวัฒนธรรม มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่มีความสำคัญต่อองค์กรทางสุขภาพของประเทศ มีบทบาทและภารกิจในการให้บริการสาธารณสุขให้กับประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง จากสถิติชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยต่างชาติเข้ารับบริการ 1,788,158 คน เพิ่มขึ้น 24.64 % เทียบกับปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยต่างชาติเข้ารับบริการ 1,434,553 คน² พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป ต้องให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นซึ่งความแตกต่างและหลากหลายทางวัฒนธรรม เช่น ภาษา ความคิด ความเชื่อ ศาสนา และวิถี การดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและมีความคาดหวังในระบบสุขภาพมากขึ้น³ ส่งผลให้องค์กรพยาบาลและทีมสหวิชาชีพต้องเผชิญกับปัญหาหลายประการ เช่น ปัญหาทางด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยบริการต่างวัฒนธรรม การไม่เข้าใจภาษาต่างประเทศ สำเนียงฟังเข้าใจยาก⁴ ความต้องการพิเศษ เช่น ความต้องการสถานที่ท่าละหมาด ปฏิเสธการรับเลือดคนอื่นของผู้ป่วยนับถือศาสนาซิกข์ ความเชื่อส่วนตัวเลขของผู้ป่วยประเทศจีนที่ปฏิเสธไม่นอนเตียงหมายเลขสี่

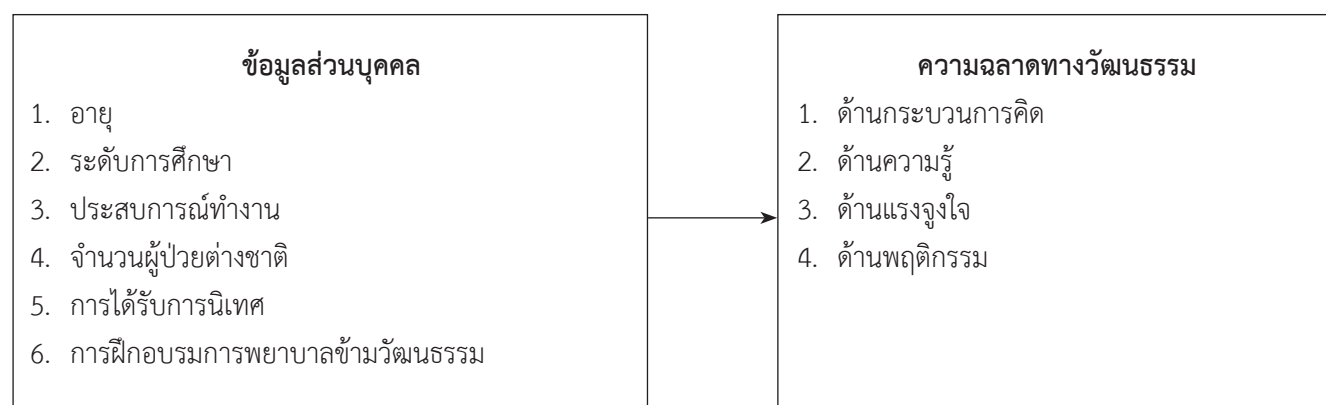
และปัญหาทางด้านความเชื่อทางศาสนา เช่น การไม่คุมกำเนิด เพราะขัดหลักศาสนา⁵ ปัญหาเหล่านี้ยังคงเป็นประเด็นที่สำคัญ การตระหนักถึงความหลากหลายของแต่ละวัฒนธรรมคำนึงถึงสถานะทางสังคม พื้นฐานและความแตกต่างของแต่ละบุคคล รูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรมทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย และให้การดูแลแบบไม่เลือกปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยลดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความสามารถในการผสานตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้อย่างลงตัว นอกเหนือจากความสามารถที่เข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล^{6,7} การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการทำงานท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความฉลาดทางวัฒนธรรมนั้นเป็นหนึ่งในคุณลักษณะที่สำคัญที่พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการพัฒนา⁸ ความฉลาดทางวัฒนธรรมหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบ ด้านกระบวนการคิด ด้านความรู้ ด้านแรงจูงใจ และด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความแตกต่างในองค์กรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วมีการหลั่งไหลทางวัฒนธรรมอย่างมากมาย บุคคลจึงจำเป็นต้องปรับตัวและพร้อมที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม¹

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถทางวัฒนธรรมได้แก่ปัจจัยด้านอายุ⁹ ด้านระดับการศึกษา¹⁰ การฝึกอบรม¹¹ ประสบการณ์ทำงาน¹² และการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่ทำการศึกษาในบริบทพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณความสัมพันธ์ความฉลาดทางวัฒนธรรมกับทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์

ทางสังคม¹³ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การพัฒนาความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาล¹⁴ สมรรถนะทางการพยาบาล⁸ ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางวัฒนธรรมสามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานและเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน^{8,14} การศึกษาความฉลาดทางวัฒนธรรมในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่ทำการศึกษาในวงการศึกษาและพนักงานธุรกิจการบริการเป็นการพัฒนาแบบวัดความฉลาดทางวัฒนธรรม การหาค่าประกอบของความฉลาดทางวัฒนธรรมและพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาการพัฒนามาตรวัดความฉลาดทางวัฒนธรรม¹⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาวิจัยสรุปได้ว่าความฉลาดทางวัฒนธรรมมีความสำคัญเพื่อให้บุคคลมีความสามารถเรียนรู้และเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งยอมรับในความแตกต่างของความหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นทักษะที่มีความสำคัญที่ช่วยให้การทำงานสำเร็จเป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม การได้ทราบความฉลาดทางวัฒนธรรมในบริบทที่เฉพาะเจาะจงของบุคคลถือเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้นอกจากการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพ (Hard Skills) แล้วการส่งเสริมพัฒนาทักษะด้านคนและสังคม (Soft Skills) ดังนั้นการได้ทราบระดับความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้ทราบแนวทางการจัดการทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจการศึกษาความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานจำนวนผู้ป่วยต่างชาติ การได้รับการนิเทศ การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

คำถามการวิจัย

1. ความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับใด
2. ความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานจำนวนผู้ป่วยต่างชาติ การได้รับการนิเทศ การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มี อายุ ระดับการศึกษาประสบการณ์การทำงาน จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ การได้รับการนิเทศ การฝึกอบรม การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่สำเร็จการศึกษาระดับเทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 500 เตียง มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน โดยสำรวจจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในทุกแผนกของโรงพยาบาลทั่วไป จำแนกตามเขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ ทั้งหมด 12 แห่งพบว่ามียาบาลทั้งสิ้น 5,798 คน โดยใช้สูตรหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง¹⁶ ได้จำนวน 382 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับการนิเทศ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการได้รับการนิเทศ¹⁷ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยการปรับปรุงจากแนวคิดความฉลาดทางวัฒนธรรม¹ มีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำแบบสอบถามการได้รับการนิเทศและแบบสอบถามความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .97 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับพิจารณาการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการเลขที่148/2564 วันที่ 23 มิถุนายน 2564 และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลหลังได้รับการพิจารณาและรับรองจากหน่วยงานพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและแต่ละโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากกลุ่มงานพยาบาลของแต่ละแห่งในการแจกแบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 25 ธันวาคม 2564 ถึง 3 มีนาคม 2565 ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้จำนวน 382 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์หาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับการได้รับการนิเทศ ความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างในรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ การได้รับการนิเทศ การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมกับความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ One way ANOVA

ผลการวิจัย

1. ความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงผลตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 382)

ความฉลาดทางวัฒนธรรม	Mean	SD	ระดับ
1. ความฉลาดทางวัฒนธรรมด้านพฤติกรรม	5.45	0.77	สูง
2. ความฉลาดทางวัฒนธรรมด้านกระบวนการคิด	5.42	0.77	สูง
3. ความฉลาดทางวัฒนธรรมด้านแรงจูงใจ	5.18	0.85	สูง
4. ความฉลาดทางวัฒนธรรมด้านความรู้	5.02	0.95	สูง
โดยรวม	5.27	0.74	สูง

จากตารางที่ 1 ความฉลาดทางวัฒนธรรมโดยรวม อยู่ในระดับสูง เรียงลำดับคือ ด้านพฤติกรรม รองลงมาคือ ด้านกระบวนการคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความรู้

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการได้รับการนิเทศ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานที่ต่างกัน มีความฉลาดทางวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การได้รับการนิเทศ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
ด้านกระบวนการคิด					
ระหว่างกลุ่ม	15.191	4	3.798	6.860	0.000
ภายในกลุ่ม	208.697	377	0.554		
รวม	223.888	381			
ด้านความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	25.950	4	6.487	7.642	0.000
ภายในกลุ่ม	320.058	377	0.849		
รวม	346.008	381			
ด้านแรงจูงใจ					
ระหว่างกลุ่ม	21.858	4	5.465	8.114	0.000
ภายในกลุ่ม	253.896	377	0.673		
รวม	275.754	381			
ด้านพฤติกรรม					
ระหว่างกลุ่ม	18.013	4	4.503	8.126	0.000
ภายในกลุ่ม	208.917	377	0.554		
รวม	226.930	381			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	19.606	4	4.901	9.829	0.000
ภายในกลุ่ม	188.007	377	0.499		
รวม	207.613	381			

*p-value <.05

จากตารางที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการได้รับการนิเทศที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
ด้านกระบวนการคิด					
ระหว่างกลุ่ม	4.523	4	1.131	1.943	0.103
ภายในกลุ่ม	219.365	377	0.582		
รวม	223.888	381			
ด้านความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	8.003	4	2.001	2.232	0.065
ภายในกลุ่ม	338.005	377	0.897		
รวม	346.008	381			
ด้านแรงจูงใจ					
ระหว่างกลุ่ม	6.782	4	1.696	2.377	0.052
ภายในกลุ่ม	268.972	377	0.713		
รวม	275.754	381			
ด้านพฤติกรรม					
ระหว่างกลุ่ม	7.969	4	1.992	3.430	0.009
ภายในกลุ่ม	218.960	377	0.581		
รวม	226.930	381			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	5.975	4	1.494	2.793	0.026
ภายในกลุ่ม	201.637	377	0.535		
รวม	207.613	381			

*p-value <.05

จากตารางที่ 3 พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
ด้านกระบวนการคิด					
ระหว่างกลุ่ม	8.306	2	4.153	7.301	0.001
ภายในกลุ่ม	215.582	379	0.569		
รวม	223.888	381			
ด้านความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	16.420	2	8.210	9.441	0.000
ภายในกลุ่ม	329.588	379	0.870		
รวม	346.008	381			

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
ด้านแรงจูงใจ					
ระหว่างกลุ่ม	10.199	2	5.099	7.278	0.001
ภายในกลุ่ม	265.555	379	0.701		
รวม	275.754	381			
ด้านพฤติกรรม					
ระหว่างกลุ่ม	5.257	2	2.628	4.494	0.012
ภายในกลุ่ม	221.673	379	0.585		
รวม	226.930	381			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	9.435	2	4.717	9.021	0.000
ภายในกลุ่ม	198.178	379	0.523		
รวม	207.613	381			

*p-value <.05

จากตารางที่ 4 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีความสำคัญต่อองค์กรสุขภาพ มุ่งเน้นการบริหารจัดการที่มีคุณภาพและมีปรับปรุงพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อมุ่งสู่การให้บริการได้ตามมาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ส่งผลบุคคลและองค์กรจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและองค์กรต่างชาติ ต่างภาษา และต่างวัฒนธรรมที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ องค์กรพยาบาลรับนโยบายดังกล่าวในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในยุคประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ควบคุมดูแลให้บุคลากรพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนให้บริการพยาบาลมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดพยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติงานจึงต้องตอบสนองนโยบายขององค์กร และต้องมีการปรับตัวตามนโยบายดังกล่าว จึงทำให้พยาบาลมีระดับการปรับตัวในฐานะสมาชิกองค์กรค่อนข้างมาก¹⁸ และการที่พยาบาลต้องเผชิญกับการให้บริการผู้รับบริการ

ชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพจำนวนมากขึ้นทุกปี ต้องมีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ย่อมได้ฝึกฝนทักษะที่จำเป็นต่อปฏิสัมพันธ์ และได้ตรวจสอบความถูกต้องทั้งด้านความรู้ทางวัฒนธรรมและการแสดงออกที่เหมาะสมก่อให้เกิดความเข้าใจในวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น และสามารถแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม และสามารถปรับตัวในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการชาวต่างชาติในภาพรวมได้ดีส่งผลต่อความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพบุคคลนั้นให้มีความฉลาดทางวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น¹³

2. ความฉลาดทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามอายุ และ ประสบการณ์การทำงาน ผลการศึกษาพบว่า อายุ และ ประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรมไม่ต่างกัน อภิปรายได้ว่า ไม่ว่าจะมียุ และ ประสบการณ์เท่าไหนพยาบาลทุกคนจะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องตามวิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ความเข้าใจเกี่ยวกับความแตกต่างหลากหลายทางชีวภาพ ความเชื่อ ภาษา และความต้องการดูแลสุขภาพ การดูแลในบริบทที่เฉพาะพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการอบรมและเรียนรู้เพิ่มเติม

สอดคล้องการดูแลตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้จากการศึกษาเพิ่มเติม⁴ การสนใจเรียนรู้ของพยาบาล จะขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย¹⁸

ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความฉลาดทางวัฒนธรรม ทั้งโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับเดียวกันคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93) ซึ่งได้รับการศึกษาที่มีมาตรฐานเดียวกัน ในปัจจุบันนี้เป็นสังคมแห่งความรู้ที่เปิดกว้างขวางสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้นโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุโทรทัศน์ และสื่อสังคมออนไลน์ ทั้งยังสามารถค้นคว้าศึกษาเรียนรู้วัฒนธรรม ประเพณี ของแต่ละเชื้อชาติ ไม่ได้จำกัดอยู่แต่ในห้องเรียน นอกจากนี้ยังสามารถอบรมเฉพาะทางระยะสั้น การประชุมทางวิชาการ การค้นคว้าทางอินเทอร์เน็ต จากเหตุผลดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความฉลาดทางวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน

จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดูแลจำนวนผู้ป่วยต่างชาติแตกต่างกัน มีความฉลาดทางวัฒนธรรม ด้านพฤติกรรม และโดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า จำนวนผู้ป่วยต่างชาติในการดูแลของพยาบาลวิชาชีพเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม การดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น จะช่วยส่งเสริมให้มีทักษะความสามารถในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น มีความเข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างเสมอภาค¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษา¹¹ จำนวนครั้งในการทำงานที่ข้ามวัฒนธรรมมากขึ้น ส่งผลให้ความฉลาดทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น

การได้รับการนิเทศ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการได้รับการนิเทศที่แตกต่างกัน มีความฉลาดทางวัฒนธรรมโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า การนิเทศจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการช่วยให้ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถทำงานให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางค่านิยมความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม การปฏิบัติตัว ให้มีความสามารถในการทำงานและปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมี

ประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยบรรยากาศองค์การกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ²¹ ดังนั้นการที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการนิเทศจากหัวหน้างานเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมจะช่วยส่งเสริมให้มีความฉลาดทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นทำให้สามารถให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับผลการวิจัยของ^{8,14} สนับสนุนว่าบุคคลที่มีความฉลาดทางวัฒนธรรมสูงจะมีความสามารถในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง

การฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการฝึกอบรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแตกต่างกันมีความฉลาดทางวัฒนธรรม ทั้งโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า การฝึกอบรมเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ อย่างเป็นระบบเพื่อสร้างหรือเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถ โดยผู้ที่ได้รับการอบรมหรือเรียนรู้ในด้านนั้น จะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้สูง เพราะการฝึกอบรมมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความคิดมีเหตุผล มีความสามารถสูงขึ้น²² โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลต่างวัฒนธรรม มีความสำคัญในยุคสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมมากขึ้น ดังนั้นการได้มา ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลต่างวัฒนธรรม ในการอบรมเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงคุณค่าทางวัฒนธรรม เป็นวิธีการเพิ่มทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน มีความรู้ ความเข้าใจ วิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องทันสมัย นอกจากนี้ การศึกษาอบรมยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน⁷ สอดคล้องกับงานวิจัย¹¹ ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องสามารถพัฒนาความฉลาดทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ด้านบริหารควรพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยการเพิ่มประสบการณ์ในการทำงานให้พยาบาลวิชาชีพมีการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติ
การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการนิเทศ
เฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยที่ข้ามวัฒนธรรมที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ด้านวิชาการควรส่งเสริมความรู้ การจัดอบรม
ด้านการดูแลผู้ป่วยข้ามวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการนิเทศทาง
การพยาบาลที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทาง
วัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

2. พัฒนารูปแบบของการฝึกอบรมการพยาบาล
ข้ามวัฒนธรรมที่เหมาะสมตามช่วงอายุและประสบการณ์ทำงาน

References

1. Van Dyne L, Ang S, Ng KY, Rockstuhl T, Tan ML, Koh C. Sub-dimensions of the four-factor model of cultural intelligence: Expanding the conceptualization and measurement of cultural intelligence. *Social and personality psychology compass*. 2012; 6(4): 295-313.
2. Health administration divisions. Health status in 2020. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
3. Artsanthia J and Chaleoykitti S. Transcultural nursing in ASEAN Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016; 17(1): 10-16. (in Thai)
4. Sriphan S, Choodam S. A development of an instructional model Emphasizing cultural competency of nursing students for antenatal care in three southern border provinces of thailand. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2015; 25(1): 54-69. (in Thai)

5. Kaewthongprakhom P. Competency of community nurses on maternal and child health in 3 southern border provinces, Pattani, Yala, Narathiwat. The project to develop the potential of community nurses in the 12th to enhance the potential of the regional first aid system Ministry of Health. 2017. (in Thai)
6. Songwatthana P. Nursing research across cultures: Research concepts and issues. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014; 29(4): 5-21. (in Thai)
7. Julawong O. Transcultural care and AEC era. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(1): 1-6. (in Thai)
8. Flora R, Rashin M. Cultural intelligence and its health service area relation with professional competency in nurses. *Nursing Practice Today*. 2017; 4(3). 115-24.
9. Engle RL, Nehrt CC. Antecedents of cultural intelligence: The role of risk, control, and openness in France and the United States. *Journal of Management Policy and Practice*. 2012; 13(5): 35-47.
10. Baez D. Cultural intelligence in foreign language classes. (Unpublished doctoral dissertation). Indiana: Indiana State University; 2013.
11. Reichard RJ, Dollwet M, Louw-Potgieter J. Development of cross-cultural psychological capital and its relationship with cultural intelligence and ethnocentrism. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2014; 21(2): 150-64.
12. Balli E. Cultural intelligence: It's relation with demographic variables and career decision of students. In: O. Nejat Akfırat DDS, Gürkan Yavaş, editor. *Current debates in education*. first ed: IJOPEC Publication Limited; 2017. 41-61.

13. Bahaadini F, Rashidinejad M, Jahani Y, Eghbali T, Azizzadeh Forouzi M. Cultural intelligence in nurses: relationship with social interaction. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2021; 5(2): 228-36.
14. Mahmooddeh N. The Moderating effect of cultural intelligence on the relationship of transformational and transaction leadership styles and job performance (dissertation): Universiti Teknologi Malaysia; 2017
15. Phanphairoj K, Loa R, Yoong, T. L., Chumwichan S. The scale of cultural intelligence of nursing students: Testing measurement invariance among Malaysia, the Philippines, and Thailand. *Journal of Research Methodology*. 2019; 32(3): 321-40. (in Thai)
16. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 3^{ed}. New York: Harper and Row.1973.
17. Pongthong W. A study of professional nurses' autonomy in hospitals and medical centers, Ministry of Public Health. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University, 2014. (in Thai)
18. Changpean A, Abhicharttibutra K, Thungjaroenkul P. Personality Traits and Work Role Performance of Nurses in Regional Hospitals. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36(3): 192-203. (in Thai)
19. Chonjaroen H. Factors related to transcultural nursing competence of nurse practitioners working with Muslim people. (thesis). Bangkok: Thammasat University, 2016. (in Thai)
20. Rienrungrote S. Emergency nurses' cultural diversity nursing practice in Southern Thailand and its related factors. (thesis). Songkhla: Prince of Songkhla University, 2016. (in Thai)
21. Naikhon B, Kachachat U. The relationship between the supervision of the head nurse Organizational atmosphere and working ability of professional nurses in Chaophya Abhaibhubejhr Hospital. *Journal of Nursing Division*. 2015; 37(1): 28-38. (in Thai)
22. Smithikrai C. *Personnel training in organization*. 8^{ed}. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2015. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของ นักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship between Type of Food Consumption and Nutrition Status in Primary School Student in Nakhon Si Thammarat Province

ชนากานต์ จินากุล นัยนา หนูนิล* สายฝน เอกวรารังกูร

Chanakan Jinakun Naiyana Noonil* Saifon Aekwarangkoon

¹มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160

¹Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80160

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการที่ดีมีความสำคัญต่อสุขภาพและการพัฒนาการของนักเรียนประถมศึกษา ปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งมีหลายสาเหตุ เช่น ด้านพันธุกรรม ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมบริโภค แต่สาเหตุสำคัญของภาวะทุพโภชนาการ คือ การบริโภคชนิดอาหารที่ไม่เหมาะสมของนักเรียนประถมศึกษา ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง ขนมกรุบกรอบ การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน และอาหารที่มีกากใยน้อย ซึ่งชนิดอาหารที่บริโภคเหล่านี้ มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา

คำสำคัญ: ชนิดอาหารที่บริโภค, ภาวะโภชนาการ, นักเรียนประถมศึกษา

Abstract

Good nutritional status affects primary school students' health and development. In contrast, malnutrition, including undernutrition and overnutrition, is leading to serious public health issues. Malnutrition problems, especially among primary school students, are more likely to increase rapidly and continuously. Its causes are many related factors, such as genetics, family, environment, and consumption behaviors. However, the crucial cause of malnutrition is unhealthy food consumption, which includes eating less fiber as well as consuming high-fat foods, carbohydrate and sugary foods, junk foods, and sweetened beverages. These foods are significantly related to the nutritional status of primary school students.

Keywords: Food Consumption, Nutritional status, primary school students

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

วันที่รับ (received) 25 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 ส.ค. 2565

บทนำ

ภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา¹ นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง² ปัจจุบันโลกเผชิญกับภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เด็กอายุ 5-19 ปี กว่า 340 ล้านคน ทั่วโลกมีนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าน้ำหนักตัวน้อยซึ่งเกิดขึ้นในทุกภูมิภาค³ โภชนาการและชนิดอาหารที่บริโภคที่ดีสำหรับนักเรียนประถมศึกษาช่วงอายุ 10-12 ปี จึงเป็นสิ่งจำเป็นมากเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ต้องการพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอเพื่อเตรียมเข้าสู่วัยรุ่นและผู้ใหญ่⁴ ชนิดอาหารที่บริโภค โดยเฉพาะ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง ขนม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนมากที่สุด 2) กลุ่มโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ธัญพืช 3) กลุ่มไขมันจากพืชและไขมันจากสัตว์ และ 4) กลุ่มกากใย ได้แก่ ผักและผลไม้ พบว่านักเรียนรับประทานน้อย และในปัจจุบันเนื่องด้วยผลกระทบของโรคโควิด-19 จากสถานการณ์โรคระบาดดังกล่าวส่งผลให้จากที่นักเรียนได้รับอาหารและนมตามเวลาขณะอยู่โรงเรียน แต่เมื่อนักเรียนต้องอยู่บ้าน บางครั้งต้องทานอาหารเหมือนของผู้ใหญ่หรือต้องกินข้าวกับบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปหรือใช้บริการเดลิเวอรี่ รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดเป็นส่วนใหญ่ในชุมชนเมือง และนักเรียนบางคนรับประทานข้าวได้น้อยลงเพราะเมนูเดิมซ้ำๆ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ดังนั้น ชนิดอาหารที่บริโภคสำหรับนักเรียนจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากในช่วงวัยนี้ หากรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพออาจเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารได้ ในขณะเดียวกันหากรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงอย่างต่อเนื่อง ก็อาจทำให้น้ำหนักเกินเกิดโรคอ้วน⁵ จากรายงานภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน ปี 2562 พบว่าภาวะโภชนาการเกินในภาคใต้เป็นอันดับที่ 2 และจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นลำดับที่ 4 ของภาคใต้ รองจากจังหวัดพังงา พัทลุง และสุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 14.80, 13.20, 12.70 และ 12.30 ตามลำดับ)⁶ จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินไม่เกินร้อยละ 10⁷ ซึ่งพบว่าในปี 2560 จังหวัดนครศรีธรรมราช นักเรียนมีภาวะโภชนาการเกิน

เพิ่มเป็นร้อยละ 12.29⁸ ผอมร้อยละ 3.65 และอ้วนร้อยละ 5.65⁹ แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ทั่วโลกและประเทศไทยกำลังประสบปัญหาภาวะทุพโภชนาการในนักเรียนประถมศึกษา และยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการ พบว่ามีหลายสาเหตุ เช่น ด้านพันธุกรรม เป็นลักษณะติดตัวมาแต่กำเนิดที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้^{10,11} ด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวจะถ่ายทอดความรู้ในการเลือกซื้อและการรับประทานอาหาร¹² ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอยู่ใกล้ร้านจำหน่ายอาหารทำให้นักเรียนมีโอกาสเข้าถึงร้านอาหารได้ง่าย¹³ และด้านชนิดอาหารที่บริโภคของนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากสังคมปัจจุบันเกิดการปรับผลิตภัณฑ์ด้านอาหารเกิดความหลากหลายมากขึ้น เช่น ประเภทแป้ง ย่าง ทอดที่เพิ่มขึ้น¹⁴ การรับประทานในลักษณะกินจุบจิบหรือกินบ่อยครั้ง การรับประทานอาหารมั่ว¹⁵ การรับประทานอาหารไม่ครบทุกมื้อ ไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหารจานด่วน¹⁶ เป็นต้น และพบว่ามีนักเรียนรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อย หรือมีไขมันสูง ได้แก่ อาหารทอด และอาหารที่มีแป้ง และน้ำตาลสูง ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมปัง อาหารสำเร็จรูป และขนมหวาน¹⁵ การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้¹¹ มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา

จากการศึกษาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสารอาหารและชนิดอาหารที่บริโภค¹⁷ การบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และเครื่องดื่มที่มีรสหวานในต่างประเทศ¹⁸ ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่เกี่ยวกับการบริโภคโภชนาการและรูปแบบการบริโภคอาหารในวัยรุ่นผู้ใหญ่^{19,20,21} แต่ยังไม่พบการศึกษาในเรื่องของชนิดอาหารที่บริโภคที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในนักเรียน โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งเป็นปัญหาหลักต่อภาวะโภชนาการที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในนักเรียนประถมศึกษา และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตและภาวะสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา ฉะนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและวางแผนการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามวัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะทุพโภชนาการเพื่อให้นักเรียนประถมศึกษา มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

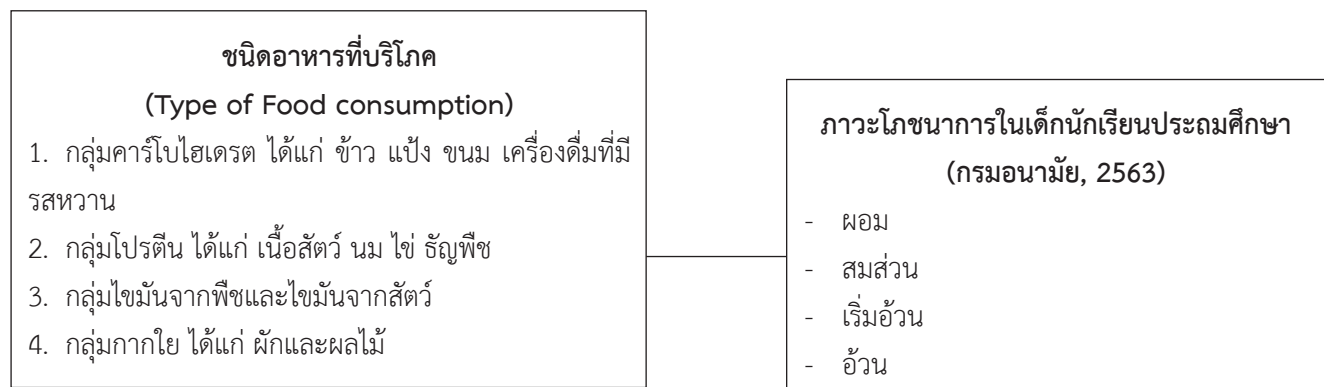
1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาชนิดอาหารที่บริโภค ได้แก่ 1) กลุ่มคาร์โบไฮเดรต 2) กลุ่มโปรตีน 3) กลุ่มไขมันจากพืชและไขมันจากสัตว์ และ 4) กลุ่มกากใย ของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคและภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ชนิดอาหารที่บริโภค ได้แก่ 1) กลุ่มคาร์โบไฮเดรต 2) กลุ่มโปรตีน 3) กลุ่มไขมันจากพืชและไขมันจากสัตว์ และ 4) กลุ่มกากใย ของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษานี้ได้จาก



กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคและภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 538 คน กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับชนิดอาหารที่บริโภคและภาวะโภชนาการ ดังนี้

ชนิดอาหารที่บริโภค (Type of Food consumption) มีความสำคัญต่อความสมดุลของภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมเข้าสู่วัยรุ่นและผู้ใหญ่⁵ ปัจจุบันพบการเปลี่ยนแปลงในด้านชนิดอาหารที่บริโภคในลักษณะที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโภชนาการ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง ขนม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน 2) กลุ่มโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ธัญพืช 3) กลุ่มไขมันจากพืชและไขมันจากสัตว์ และ 4) กลุ่มกากใย ได้แก่ ผักและผลไม้ จากการศึกษาพบว่า การบริโภคชนิดอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง เช่น ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เนื้อสัตว์แปรรูป อาหารแปรรูปและผัก และการบริโภคชนิดอาหารผักและผลไม้ น้อย ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ผอม (น้อยกว่า -2 SD) สมส่วน (ระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD) เริ่มอ้วน (ระหว่าง +2 SD ถึง +3 SD) และอ้วน (มากกว่า +3 SD)²

Sampling) สุ่มอำเภอ 3 อำเภอ สุ่มโรงเรียน สุ่มห้องเรียน และเจาะจงเลือกนักเรียนทั้งหมดในห้องเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 4-6 ของโรงเรียน 2) ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง²³ โดยกำหนดให้จำนวนประชากร (N) เท่ากับ 40,940 คน พื้นที่ได้โค้งปกติ ($Z_{\alpha/2}$) เท่ากับ 1.96

ค่าสัดส่วนนักเรียนที่มีปัญหาภาวะอ้วน (P) เท่ากับ 0.14⁹ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.08 และความแปรปรวนจากการทบทวนวรรณกรรม (σ) เท่ากับ 0.09 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 507 คน และป้องกันการสูญหายของข้อมูลเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20²⁴ รวม 544 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น เงินที่ได้มาโรงเรียน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่เตรียมอาหาร และข้อมูลภาวะโภชนาการ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหารในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (Food frequency questionnaire : FFQ)²⁵ ประกอบด้วยอาหาร 4 กลุ่มดังนี้ 1) คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง ขนม เครื่องดื่มรสหวาน 2) โปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ธัญพืช 3) ไขมัน ได้แก่ ไขมันจากพืช และไขมันจากสัตว์ และ 4) วิตามิน ได้แก่ ผักและผลไม้ การให้คะแนนความถี่ในการบริโภคเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคะแนน 6 ระดับ จาก 0 ถึง 5 คะแนน ดังนี้ ไม่เคยรับประทาน = 0 รับประทานน้อยกว่า 1 ครั้งใน 1 เดือน = 1 คะแนน รับประทาน 2-3 ครั้งต่อเดือน = 2 คะแนน รับประทาน 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน รับประทาน 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ = 4 คะแนน รับประทานทุกวัน = 5 คะแนน และแปลผลเป็นระดับค่าคะแนน 0-3 คะแนน คือ กินน้อย และ 4-5 คะแนน คือ กินมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเด็ก (APN) และ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาชุมชน (APN) ตรวจสอบค่าดัชนี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8 จากนั้นปรับข้อความตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถามชุดที่ 2 ไปทดลองใช้กับนักเรียนซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนปทุมมาภูฏอล จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเลขที่เอกสารอนุมัติ WUEC-21-065-01 รับรองเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ เนื่องจากนักเรียนมีอายุน้อยกว่า 18 ปี ปราศจากการบีบบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ รวมทั้งระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนสามารถไม่ให้ข้อมูลหรือยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อในด้านลบต่อนักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นด้านการบำบัดรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิตประจำวัน แล้วจึงให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มเอกสารยินยอม (Informed Consent) เป็น electronic signature เข้าร่วมโครงการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เคารพในความเป็นส่วนตัวและเก็บรักษาความลับของนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือจากครูประจำชั้นเรียน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการรวบรวมข้อมูล

2. ขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ก่อนการเซ็นยินยอม และเก็บข้อมูล แต่เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 ทำให้งดการเรียนที่โรงเรียน ใช้การเรียนการสอนแบบออนไลน์ ผู้วิจัยจึงใช้การเก็บข้อมูลในลักษณะ google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ภาวะโภชนาการ และชนิดอาหารที่บริโภค วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการ ด้วยสถิติไครสแควร์ (Chi-square Test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง 538 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 52 อายุเฉลี่ย 11.17 ปี (SD = .768) ส่วนใหญ่นักเรียนได้เงินมาโรงเรียนน้อยกว่า 50 บาท ถึงร้อยละ 68.7 อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 68.0 และมีแม่เป็นผู้เตรียมอาหาร ร้อยละ 73.1 สำหรับภาวะโภชนาการของนักเรียนพบว่า สมส่วนมากที่สุด ร้อยละ 57.6 รองลงมา คือ เริ่มอ้วน ร้อยละ 15.8 ผอม ร้อยละ 14.7 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 11.9

2. ชนิดอาหารที่บริโภคของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าชนิดอาหารในกลุ่มข้าว แป้ง เครื่องดื่ม นักเรียนรับประทานข้าวสวยประเภทข้าวขาวมากที่สุด (Mean = 4.81, S.D. = .634) ส่วนใหญ่เป็นชนิดอาหารเป็นเมนูข้าวราดแกง (Mean = 3.20, S.D. = 1.43) ต้มขนมจีดของโรงเรียน (Mean = 3.49, S.D. = 1.38) ชอบขนมกรุบกรอบ (Mean = 2.87, S.D. = 1.25) และดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่นชาเย็น/โกโก้/ชาเขียว/โอวัลติน (Mean = 2.82, S.D. = 1.28) กลุ่มเนื้อสัตว์ที่กินมาก ได้แก่ ไข่ทอด/ไข่ตุ๋น/ไข่

ต้ม/ไข่เค็ม (Mean = 3.99, S.D. = 1.03) ปลาทอด/ต้ม/นึ่ง/ย่าง (Mean = 3.57, S.D. = .965) และไก่ทอด/ต้ม/ย่าง (Mean = 3.15, S.D. = 1.07) กลุ่มไขมัน ส่วนใหญ่จะเป็นของทอด เช่น ลูกชิ้นทอด (Mean = 2.82, S.D. = 1.31) และกลุ่มผัก พบว่าจะเป็นผักปรุงสุกประเภทผัด เช่น ผักบุ้ง/คะน้า/กวางตุ้ง (Mean = 3.00, S.D. = 1.13) และชอบรับประทานผลไม้รสหวาน ได้แก่ กล้วย สับปะรด ส้ม เงาะ มังคุด (Mean = 2.52, S.D. = 1.37)

3. ความสัมพันธ์ของชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการ พบว่าชนิดอาหารที่บริโภคมีเพียงสองกลุ่มที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย คือ กลุ่มข้าว แป้ง เครื่องดื่ม ได้แก่ ข้าวต้ม/โจ๊ก ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มรสหวาน และน้ำอัดลม และกลุ่มเนื้อสัตว์ คือ ขาหมู/หมูกรอบ/หมูทอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ สำหรับชนิดอาหารที่บริโภคของกลุ่มไขมัน และกลุ่มผักและผลไม้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา

ชนิดอาหาร	Total% of total	ผอม n = 79	สมส่วน n = 310	เริ่มอ้วน n = 85	อ้วน n = 64	X ²	p-value
กลุ่มข้าว แป้ง เครื่องดื่ม							
- ข้าวต้ม/โจ๊ก	กินน้อย	172 (32.0%)	27 (15.7%)	86 (50.0%)	39 (22.7%)	20(11.6%)	10.305
	กินมาก	366 (68.0%)	52 (14.2%)	224 (61.2%)	46 (12.6%)	44 (12.0%)	.016
- ขนมกรุบกรอบ	กินน้อย	206 (38.3%)	35 (17.0%)	123 (59.7%)	34 (16.5%)	4 (6.8%)	8.865
	กินมาก	332 (61.7%)	44 (13.3%)	187 (56.3%)	51 (15.4%)	50 (15.1%)	.031
- ชาเย็น/โกโก้/ชาเขียว/โอวัลติน	กินน้อย	216 (40.1%)	41 (19.0%)	117 (54.2%)	39 (18.1%)	19 (8.8%)	9.364
	กินมาก	322 (59.9%)	38 (11.8%)	193 (59.9%)	46 (14.3%)	45 (14.0%)	.025
- น้ำอัดลม	กินน้อย	262 (48.7%)	38 (14.5%)	168 (62.2%)	40 (15.3%)	21 (8.0%)	8.438
	กินมาก	276 (51.3%)	41 (14.9%)	147 (53.3%)	45 (16.3%)	43 (15.6%)	.038
กลุ่มเนื้อสัตว์							
- ขาหมู/หมูกรอบ/หมูทอด	กินน้อย	203 (37.7%)	19 (9.4%)	115 (56.7%)	39 (19.2%)	30 (14.8%)	11.027
	กินมาก	335 (62.3%)	60 (17.9%)	195 (58.2%)	46 (13.7%)	34 (10.1%)	.012

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า นักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการในด้าน เริ่มอ้วน ร้อยละ 15.8 และอ้วน ร้อยละ 11.9 รวมแล้วมากถึงร้อยละ 27.7 มากกว่าข้อมูลองค์การอนามัยโลกที่พบว่าเด็กช่วงอายุ 5-19 ปี กว่า 340 ล้านคน มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 18³ สอดคล้องกับข้อมูลกรมอนามัย พบเด็กวัยเรียนอายุ 10-12 ปี มีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.51 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารเช้าที่บ้านแต่จะมารับประทานอาหารที่โรงเรียนในช่วงพักกลางวัน และการที่มีร้านจำหน่ายอาหารใกล้กับโรงเรียนใน ทำให้นักเรียนมีโอกาสเข้าถึงร้านอาหารได้ง่าย¹³ โดยส่วนใหญ่จะเป็นอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูง เช่น ไส้กรอก/ลูกชิ้นทอด น้ำหวาน และน้ำอัดลม รวมทั้งภายในโรงเรียนก็มีการจำหน่ายอาหารประเภทเหล่านี้เช่นกัน²⁶

2. ชนิดอาหารที่บริโภคของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าบริโภคอาหารในกลุ่มข้าว แป้ง เครื่องดื่มมากที่สุด ได้แก่ ข้าวสวยประเภทข้าวขาวมากที่สุด ส่วนใหญ่บริโภคชนิดอาหารเป็นเมนูข้าวราดแกง ซึ่งทางโรงเรียนจัดเป็นอาหารกลางวันให้รวมทั้งนมจืด แต่ที่นักเรียนประถมศึกษาชอบซื้อเอง คือขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มรสหวาน เช่น ชาเย็น/โกโก้/ชาเขียว/ไอวอลล์ติน¹⁵ นักเรียนประถมศึกษาส่วนใหญ่ชอบชนิดอาหารประเภทของทอด เช่น ไส้กรอก/ลูกชิ้นทอด โดยพบว่าบริโภคอาหารทอดบ่อยครั้งมากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะโภชนาการเกินเนื่องจากอาหารทอดเป็นอาหารที่ให้พลังงานและไขมันสูง²¹ นอกจากนั้นยังพบว่านักเรียนประถมศึกษาบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ จะรับประทานผักจากอาหารกลางวันของโรงเรียนที่นำมาประกอบอาหาร เช่น ผักประเภทผัด รองลงผักประเภทต้มจืด และมีรับประทานผลไม้รสหวานบ้างบางวันตามฤดูกาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การบริโภคเส้นใยอาหารที่เป็นผักและผลไม้ ในนักเรียนต่อวันต่ำกว่า 5.3-9.3 g/day(RDI 14-23g/day)¹⁹ จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของคนไทยพบว่าเด็กไทยรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีประโยชน์ มีอัตราการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ พบเด็กช่วงอายุ 9-12 ปี มีปริมาณการบริโภคผักผลไม้ต่อวันต่ำกว่ามาตรฐานที่กรมอนามัยแนะนำให้ ผลการสำรวจพบว่าเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายมีการบริโภคผักผลไม้

ไม่เฉลี่ยเพียง 188.8 และ 163.6 กรัมต่อวัน ตามลำดับ²⁷

3. ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดอาหารที่บริโภคกับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบชนิดอาหารที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว แป้ง เครื่องดื่ม ได้แก่ ข้าวต้ม/โจ๊ก/ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มรสหวาน เช่น ชาเย็น/โกโก้/ชาเขียว/ไอวอลล์ติน และน้ำอัดลม สอดคล้องกับการศึกษาอาหารที่เด็กอ้วนเลือกซื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารที่นักเรียนชอบเลือกซื้อ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ¹⁵ ขนมครีม-ชีส ขนมปัง ขนมหวาน อาหารแปรรูป¹¹ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และน้ำอัดลม^{17,18} เป็นอาหารที่ซื้อได้จากร้านสะดวกซื้อ และเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงจากแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเกินไป จึงเป็นสาเหตุการเกิดภาวะอ้วนในเด็กได้¹¹ และชนิดของอาหารกลุ่มที่สองที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา คือ กลุ่มเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเมนู ขาหมู หมูกรอบ หมูทอด เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนได้รับความรู้จากสื่อที่หลากหลายรูปแบบ แต่การเข้าถึงสาระสำคัญในความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา ขึ้นกับตัวบุคคล ความสามารถในการอ่าน การคิด ทักษะการสื่อสาร และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ยังไม่มีประสิทธิภาพ²⁸ เกิดปัญหาภาวะโภชนาการมีความซับซ้อน การจัดการปัญหานี้ อาจเป็นเรื่องยากและไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการจัดการปัญหาดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จ ควรประสานความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกหน่วยงานในสังคม ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และระดับชุมชนหรือสังคม ทั้งนี้เพื่อให้ทุกหน่วยงานเกิดความตระหนักและมีการแก้ไขปัญหาให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน²⁹ นอกจากนั้นการจัดการศึกษาจะต้องพัฒนาและส่งเสริมให้มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องมีเจตคติที่ดี นำสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อเนื่อง และมีศักยภาพในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับวัยโดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ในนักเรียนประถมศึกษา เพื่อเติบโตเป็นประชาชนพลเมืองที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป³⁰

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ควรเสนอให้โรงเรียนมีนโยบายควบคุมอาหารที่ขายในโรงเรียน และหน้าโรงเรียน โดยเพิ่มความเข้มงวดการขายอาหารที่ให้พลังงานสูง โดยเฉพาะพวกเครื่องดื่มรสหวาน และน้ำอัดลม
2. โรงเรียนควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของ

เด็กอย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำการเลือกซื้ออาหารอย่างเหมาะสมแก่ ครู นักเรียน และผู้ปกครอง

3. โรงเรียนปรับการบูรณาการหลักสูตรรายวิชาในการเลือกซื้ออาหารของเด็ก เพื่อให้เด็กมีความรอบรู้ในการเลือกซื้ออาหารทั้งในเด็กและผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษางานวิจัยเชิงทดลองเพื่อหาแนวทางการส่งเสริมการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

2. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกซื้ออาหารที่ให้พลังงานสูงของเด็กนักเรียนประถมศึกษา

References

1. Bureau of Nutrition, Department of Health, Annual Report 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
2. World Health Organization. WHO Child Growth Standards. Report of WHO consultation. Retrieved February, 2016.
3. World Health Organization. Child Malnutrition Estimates, 2020. The committee and working group improve the daily dietary requirements for Thai people. The recommended daily intake of nutrients for Thai people. Bangkok: Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020. (in Thai)
4. Rojroongwasinkul N, Kijboonchoo K, Wimonpeerapattana W, Purttiponthanee S, Yamborisut U, Boonpraderm A, ... & Khouw I. SEANUTS: the nutritional status and dietary intakes of 0.5–12-year-old Thai children. British Journal of Nutrition 2013; 110(S3), S36-44. (in Thai)
5. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for promoting and preventing nutritional status. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2019. (in Thai)

6. Strategic Plan for a healthy Thai lifestyle. (2011-2020). National Health Development Plan No. 11, Office Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
7. Nakhon Si Thammarat Provincial, Public Health Office. School Health Information. Nakhon Si Thammarat: Ministry of Public Health, 2017. (in Thai)
8. Nakhon Si Thammarat Provincial. Public Health Office. Promoting and preventing nutrition work. Nakhon Si Thammarat: Ministry of Public Health, 2020. (in Thai)
9. Numpool J. Obesity in school-age children: the role of community medicine nurses in promoting health. Journal of Thai Red Cross Society Nurses 2015; 8(2), 3-7. (in Thai)
10. Chavaphan S. and Sritanon T. Health empowerment in children with obesity. Journal of Nursing and Education 2018; 11(1), 2-6. (in Thai)
11. Choengkunthod S. et al. Knowledge and food consumption behavior of people in Phasi Charoen zones, Bangkok. In a research report of the Office of the Health Promotion Foundation (Thai Health Promotion Foundation) (pp. 1-71). Bangkok: Office of the Health Promotion Foundation, 2013. (in Thai)
12. Thipwong A. and Numpool J. Relationship between obesity-related health intelligence and diet behavior and exercise in children with overnutrition in Bangkok. Journal of Public Health Nursing, 2016; 28 (2), 1-11. (in Thai)
13. Worasiha EN. Food innovation and human behavior and food consumption, Thai at present. Ph. D. in Social Sciences Journal 2015; 5(3), 1-13. (in Thai)
14. Sakulwannawong T. and Sawang P. Parental dietary supervision and nutritional status. of school-aged children in Ngao District, Lampang Province. Thammasat University Hospital Journal Online 2018; 3(2), 29-38. (in Thai)

15. Sangkhathip A, and Wirakorn S. Food consumption behavior and nutritional status of Junior high school students at a school in Kut Pla Duk Subdistrict, Chom Chaem District, Maha Sarakham Province. *Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani University* 2017; 19(1), 184-87. (in Thai)
16. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone., & Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review definitions, assessment, prevalence, and dietary intakes. *Appetite* 2015; 95, 349-59.
17. Abazeed M, Adleman J, & Agarwal A. Index by Author. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 2019; 105(1S), S257-77.
18. Aekplakorn W, Satheannoppakao W, Putwatana P, Taneepanichskul S, Kessomboon P, Chongsuvivatwong V, & Chariyalertsak S. Dietary pattern and metabolic syndrome in Thai adults. *Journal of nutrition and metabolism* 2015; 2015, 1-10. (in Thai)
19. Papier K, Jordan S, D'Este C, Banwell C, Yiengprugsawan V, Seubsman SA, & Sleigh A. (2017). Social demography of transitional dietary patterns in Thailand: prospective evidence from the Thai cohort study. *Nutrients*; 9(11), 1173-80.
20. Muang O, and Muktapahan B. The relationship of sedentary behavior and obesity among children. Junior high school students at Demonstration School Khon Kaen University. *Journal of Health Education* 2018; 41(1), 90-102. (in Thai)
21. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs), 2017.
22. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health; 2010.
23. Sitthipha K, Baotuang C, & Sansiriphan N. Anxiety way support society and the ability to perform duties in the postpartum period of first-time mothers. *Nursing Journal* 2014; 44(3), 30-40. (in Thai)
24. Boontaveeyuwat N. Validity of Food Consumption and Nutrition Survey Questionnaire for the National Health Examination Survey IV, National Health Examination Survey Office: Bangkok, Thailand, 2008. (in Thai)
25. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for controlling obesity in school children. Nonthaburi: Ministry of Public Health 2014. (in Thai)
26. Aekplakorn W, Porapakkham Y, Taneephanitsakul S, Paklaroen H, Satreennopakhaw W, & Thaikra K. The report of national health examination surveys IV (2009-2010) in Thailand. Nontaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 201. (In Thai)
27. Wongchan W, and Chaithat B. A Study of Health Literacy and Behaviors of Overweight Elementary School Students, Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2012; 2(3): 265-73. (in Thai)
28. No-in K. Overweight and Obesity among Thai School-aged Children and Adolescents. *Journal of The Royal of Thai Army Nurses* 2017; 18(Supplement).1-8. (in Thai)
29. Wongchan W. Prevention of Metabolic Syndrome of Late School-age Children: Self-Management. *Journal of The Royal of Thai Army Nurses* 2020; 21(2), 26-34. (in Thai)

การวิเคราะห์องค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ

Factor Analysis of Resilience in Nurses Caring for Older Persons

สมยุพร พูนมัน** อารี ชีวเกษมสุข* สุกมาส อังสุโชติ

Sayumporn Phoonman** Aree Cheevakasemsook* Supamas Angsuchot

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 12 คน 2) พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 301 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามออนไลน์ มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการวิจัยพบว่า ภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ มี 6 องค์ประกอบ 62 ตัวบ่งชี้ อธิบายความแปรปรวนรวมคิดเป็นร้อยละ 68.63 ได้แก่ 1) การมีทัศนคติอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 9 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.465 - 0.884 2) การให้ความสำคัญทางจิตวิญญาณและสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง 16 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.305 - 0.975 3) บริบทที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ 10 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.309 - 0.871 4) วิชาชีพของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ 11 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.583 - 0.744 5) การมีสุขภาพที่ดี 6 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.432 - 0.873 และ 6) การสร้างทัศนคติเชิงบวกและการสื่อสารกับผู้สูงอายุ 10 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.374 - 0.685

คำสำคัญ : ภูมิคุ้มกันทางใจ, พยาบาลวิชาชีพ, ผู้สูงอายุ, การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

Abstract

The purposes of this study were to examine components and indicators of resilience in nurses caring for older persons. The sample comprised 2 groups. Group 1, there were 12 qualified nursing experts who were selected by the purposive sampling technique. Group 2 included 301 professional nurses in medical units who were selected by the multi-stage random sampling technique. The research instrument consisted of a semi-structured interview and an online questionnaire. The content validities were between 0.6 – 1.0. The reliability of the questionnaires was 0.98. The data were analyzed by using descriptive statistics and exploratory factor analysis.

The findings were as follows. 1) The components of resilience in nurses caring for older persons included 6 components, and 62 indicators with cumulative of variance accounted for 68.63 %. The first

Corresponding Author: * E-mail: Aree.Che@stou.ac.th

** นักศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 20 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ก.พ. 2566 วันที่ตอบกลับ (accepted) 20 ก.พ. 2566

dimension, caring attitude toward older persons comprised 9 indicators with standardized factor loading (SFL) ranking from 0.465 to 0.884. The second one, focus on spiritual and interpersonal relationships had 16 indicators with SFL ranking from 0.305 to 0.975. Thirdly, proper context to support caring for older persons consisted of 10 indicators with SFL ranking from 0.309 to 0.871. The fourth aspect, profession of whom nurses caring for older persons contained 11 indicators with SFL ranking from 0.583 to 0.744. The fifth one, good health had 6 indicators with SFL loading ranking from 0.432 to 0.873. The final one, creation of positive attitude and communication to older persons comprised 10 indicators with SFL ranking from 0.374 to 0.685.

Keywords: Resilience, Professional nurse, older person, Exploratory factor analysis

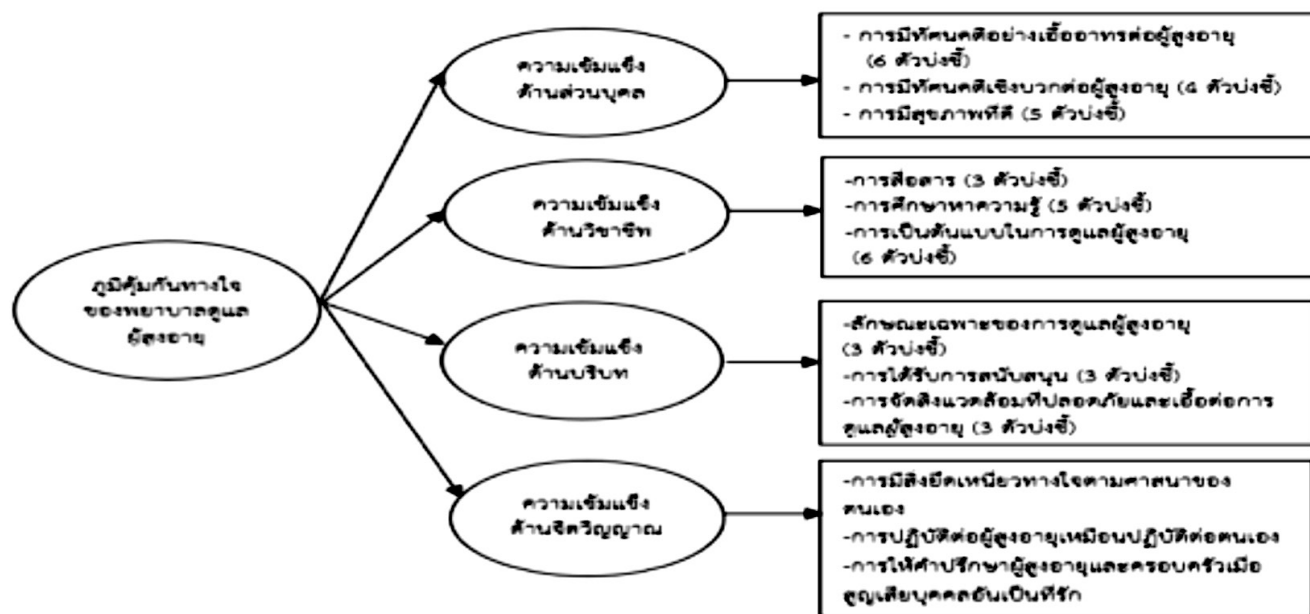
บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบัน โลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย เนื่องจากประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้นและผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2593 เป็นจำนวนถึง 426 ล้านคนและ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา¹ ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ใน พ.ศ. 2537 ร้อยละ 6.8 พ.ศ. 2550 ร้อยละ 10.7 และ พ.ศ. 2564 ร้อยละ 16.9 ของประชากร และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20) ภายในปี 2566² พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตในปัจจุบันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางและมีภาวะพึ่งพิงสูง^{1,3} สิ่งเหล่านี้กระทบต่อระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุป่วยเป็นโรคทางอายุรกรรมเป็นสาเหตุหลักที่แพทย์รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน⁴ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องรับภาระงานหนักและเผชิญหน้ากับผู้ป่วยสูงอายุและญาติที่มีความต้องการพยาบาลสูงกว่าวัยอื่น ๆ ท่ามกลางทรัพยากรและอัตราค่าจ้างที่มีจำกัด ทำให้เกิดความกดดันและความเครียดจากการทำงานมากขึ้นตามมา ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายจำเจตงานเกิดความไม่พึงพอใจในงาน ความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานลดลง ประกอบกับไม่มีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ^{5,6} การปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความกดดันต่าง ๆ ที่กล่าวมา ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีภูมิคุ้มกันทางใจ (Resilience) เพื่อให้สามารถเผชิญหน้าและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งส่งผลดีต่อพยาบาลวิชาชีพ

ในแง่ของการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้

ภูมิคุ้มกันทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถในการปรับตัวที่ดีของบุคคลในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยากลำบากและมีภาวะกดดันต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาสุขภาพร้ายแรง ปัญหาในที่ทำงานและปัญหาการเงิน⁷ หากบุคคลมีภูมิคุ้มกันทางใจ ก็จะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีความพึงพอใจในงานและพบว่าความเครียดน้อยลง^{5,6,8} จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางที่สุด และมีโรคเรื้อรังมากที่สุดต้องพัฒนาตนเองให้มีภูมิคุ้มกันทางใจเพื่อเผชิญกับสถานการณ์โลกในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคสังคมสูงวัยจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าการศึกษาศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุยังมีน้อย แต่มีการศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลวิชาชีพ⁹ เป็นต้น ในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาการพัฒนาแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹⁰ ส่วนการศึกษาศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศพบว่ามี 1 เรื่องคือ การศึกษาของเบนาดา พลีชีส และ โคเอน ได้ศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุโดยการสนทนากลุ่ม⁵ อย่างไรก็ตามภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุยังเป็นประเด็นปัญหาที่ยังไม่มีใครเห็นความสำคัญและศึกษาค้นคว้าวิจัย จึงมีความต้องการศึกษาค้นคว้าต่อไปเพื่อให้ได้องค์ความรู้สำหรับการพัฒนาให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสรุป จากสถานการณ์แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมสูงวัย ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมากที่สุดและส่งผลกระทบต่อภาระดูแลของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก

และสร้างความกดดันต่อการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุ ภูมิคุ้มกันทางใจเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในยุคสังคมสูงวัย เพื่อให้มีชีวิตที่สมดุลและน่าอยู่เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี และนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง พบว่าไม่มีการศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุต่อไป



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสาขาอายุรกรรม 2 คน และพยาบาลวิชาชีพสาขาอายุรกรรม 4 คน ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยพิจารณาเลือกขนาด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกรอบแนวคิดภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุของเบนาดา พลีชีส และโคเอ็น⁵ รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยคำนึงถึงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่มีความรอบรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ มีวิธีการคัดเลือกโดยการสืบค้นรายชื่อจากผลงานหรืองานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางออนไลน์¹¹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง¹¹ (Semi-structured interview) เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

3. การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ทบทวนองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ

3.2 ร่างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดย

ร่างแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ เช่น ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจที่สำคัญของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นต้น และแบบสอบถามองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ ได้จำนวน 41 ข้อ เช่น ท่านเข้าใจและยอมรับลักษณะของความสูงวัย ท่านให้ความเคารพนับถือต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.3 ทาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่อาจารย์พยาบาลสาขาผู้สูงอายุ 3 คน อาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวช 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.6–1.0¹² และแก้ไขตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ข้อ และแบบสอบถามภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 43 ข้อ

3.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อสัมภาษณ์โดยให้เลือกแบบเผชิญหน้าหรือทางโทรศัพท์ด้วยความสมัครใจ นัดหมายวันเวลา สถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ ทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช ถึงผู้บังคับบัญชาและส่งแนวคำถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อก่อนวันนัด 2 สัปดาห์ ดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยแอปพลิเคชันเครื่องบันทึกเสียงในโทรศัพท์มือถือและขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ¹¹

3.5 วิเคราะห์ข้อมูล ถอดคำให้สัมภาษณ์แบบคำต่อคำด้วยโปรแกรมกูเกิ้ล ด็อก (Google Doc) จัดระบบข้อมูลและแยกประเภทของข้อมูลเป็นหมวดหมู่ กำหนดตรรกะ (Index) และให้รหัส (code) นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตีความ สร้างข้อสรุป ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล จากเกณฑ์ความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Credibility) และความสอดคล้อง¹¹

3.6 วิเคราะห์ความเหมือน-ความต่างของข้อมูล สรุปได้ข้อมูลที่สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ตรงกับการทบทวนวรรณกรรม 30 ตัวบ่งชี้ ข้อมูลที่ได้เพิ่มจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 28 ตัวบ่งชี้ รวมได้ตัวบ่งชี้ทั้งหมด 58 ตัวบ่งชี้

3.7 นำมาบูรณาการเป็นแบบสอบถาม นำข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและข้อมูลที่ได้จาก

การสัมภาษณ์ จัดทำเป็นแบบสอบถามภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ โดยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ระยะที่ 2 การศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 863 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก แฮร์ แบลค เบินและแอนเดอร์สัน เสนอว่า จำนวน 300 คน ถือว่าดี (as good) และคอมรีเสนอแนะว่าไม่ควรต่ำกว่า 300 คน¹³ ซึ่งมีความเหมาะสมและเพียงพอสำหรับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่าง 300 คน แบ่งตามเขตสุขภาพจำนวน 13 เขต สุ่มเลือกจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพอย่างง่าย (Sample random sampling) และสุ่มเลือกรายชื่อโรงพยาบาลตติยภูมิในแต่ละจังหวัด 13 แห่ง สุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างง่าย และเพื่อป้องกันการไม่เพียงพอของข้อมูล เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 ราย¹²

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ ได้จากการบูรณาการในระยะที่ 1 ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 6 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 63 ข้อ ได้แก่ ความเข้มแข็งด้านส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ ความเข้มแข็งด้านวิชาชีพ จำนวน 20 ข้อ ความเข้มแข็งด้านบริบท จำนวน 18 ข้อ และความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิด ข้อความเชิงบวกทั้งหมด แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำไปหาค่าความเที่ยงมีค่าเท่ากับ 0.981¹⁴

3. เก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาล 13 แห่ง หลังจากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช พร้อมส่งคิวอาร์ โค้ด (QR code) ให้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลช่วยสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมตามจำนวนที่แจ้งในเอกสาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์ โค้ด ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับคำชี้แจง วัตถุประสงค์

การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย การให้การยินยอมก่อนทำแบบสอบถาม และตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 360 คน ได้ผู้ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 315 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์จำนวน 301 คน^{12, 14}

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis, EFA) โดยมีการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลและขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูล เกณฑ์ความเหมาะสมของข้อมูล ค่าที่ได้จากการวิจัย และผลการวิเคราะห์

ขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูล	เกณฑ์ความเหมาะสมของข้อมูล	ค่าที่ได้จากการวิจัย	ผลการวิเคราะห์
1. คำนวณเมตริกสหสัมพันธ์			
1.1 Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป	0.974	ตามเกณฑ์
1.2 Bartlett's test of Sphericity	P 0.05	0.00	ตามเกณฑ์
1.3 ค่าความร่วมกันของตัวแปร (Communalities)	ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป	0.514 - 0.818	ตามเกณฑ์
2. การสกัดองค์ประกอบ (Factor Extraction)			
วิธี Principal Components Analysis (PCA)			
2.1 ค่าไอเกน (eigen value)	มากกว่า 1	1.039 - 34.421	ตามเกณฑ์
2.2 ร้อยละของความแปรปรวน (cumulative percentage of Variance)	มากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ 70.28	ตามเกณฑ์
3. การหมุนแกนแบบมุมแหลม (Oblique rotation) ด้วยวิธีโปรแมกซ์ (Promax)			
3.1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading)	0.3 ขึ้นไป	0.305 - 0.975	ตามเกณฑ์
3.2 จำนวนตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้ไม่น้อยกว่า 3 ตัว	องค์ประกอบที่ 7 มีตัวบ่งชี้ 1 ตัว	ไม่ได้ตามเกณฑ์ ตัดองค์ประกอบที่ 7 ออก

จากตารางที่ 1 พบว่าการคำนวณเมตริกสหสัมพันธ์โดยใช้สถิติ KMO มีค่า 0.974 Bartlett's test of Sphericity มีค่า P 0.00 ความร่วมกันของตัวแปรร้อยละ 0.514 - 0.818 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสกัดองค์ประกอบด้วยเทคนิค PCA หมุนแกนแบบมุมแหลมด้วยวิธีโปรแมกซ์ พบว่ามีค่าไอเกน 1.039-34.421 ค่าร้อยละของความแปรปรวน 70.28 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.305 -

0.975 พิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป หากมีมากกว่า 1 องค์ประกอบ เลือกค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มากที่สุด เมื่อพิจารณาจำนวนตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบพบว่าองค์ประกอบที่ 7 มีตัวบ่งชี้ 1 ตัว ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตัวบ่งชี้ไม่น้อยกว่า 3 ตัว) จึงตัดองค์ประกอบที่ 7 ออก คงเหลือ 6 องค์ประกอบ¹⁵ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อันดับขององค์ประกอบ ค่าไอเกน ร้อยละความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวน

อันดับขององค์ประกอบ (Component)	ค่าไอเกน (Eigen values)	ร้อยละของความแปรปรวน (% of variance)	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative %)
1	34.421	54.64	54.64
2	2.934	4.66	59.30
3	1.727	2.74	62.04
4	1.658	2.63	64.67
5	1.393	2.21	66.88
6	1.106	1.75	68.63

จากตารางที่ 2 พบว่าองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุมี 6 องค์ประกอบ มีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 1.106 - 34.421 และค่าร้อยละสะสมของความแปรปรวน เท่ากับ 68.63 ผ่านเกณฑ์ความเหมาะสมของข้อมูล¹⁵

จังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2020 - 05 วันที่ 7 พฤษภาคม 2563 ถึงวันที่ 6 พฤษภาคม 2564 และเลขที่ BRO 2020 - 05 (ต่ออายุโครงการ) วันที่ 7 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 6 พฤษภาคม 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย องค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ แสดงรายละเอียด ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ชื่อองค์ประกอบ ชื่อตัวบ่งชี้และค่าน้ำหนักองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ

ชื่อองค์ประกอบ	ชื่อตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 1 การมีทัศนคติ อย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ	1. ให้ความเป็นมิตรแก่ผู้สูงอายุ	.884
	2. มีความเมตตาต่อผู้สูงอายุ	.845
	3. ให้ความรักแก่ผู้สูงอายุ	.803
	4. เต็มใจช่วยเหลือผู้สูงอายุ	.784
	5. เอาใจใส่ผู้สูงอายุ	.735
	6. ให้ความเคารพนับถือต่อผู้สูงอายุ	.646
	7. เข้าใจและยอมรับลักษณะของความสูงวัย	.566
	8. มีความเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุ	.475
	9. มีความอดทนต่อความสูงวัยของผู้สูงอายุ	.465
องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญ ทางจิตวิญญาณและสัมพันธ์ภาพ กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง	1. มีความศรัทธาในคุณความดี	.975
	2. เข้าใจสัจธรรมของชีวิต	.878
	3. ให้คำปรึกษาผู้สูงอายุและหรือครอบครัวที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	.719
	4. ดูแลผู้สูงอายุเสมือนคนในครอบครัว	.710
	5. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือหรือตามความเชื่อเป็นประจำ	.601
	6. ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ	.581
	7. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเอง	.571
	8. สามารถให้การดูแลจนผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น	.560
	9. ยอมรับความเป็นองค์กรของผู้สูงอายุ	.539
	10. ได้รับคำร้องขอหรือคำขอบคุณจากการดูแลผู้สูงอายุ	.525

ตารางที่ 3 ชื่อองค์ประกอบ ชื่อตัวบ่งชี้และค่าน้ำหนักองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อองค์ประกอบ	ชื่อตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 3 บริบทที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ	11. อนุญาตให้ญาติเฝ้าดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุได้หากมีความจำเป็น	.518
	12. ให้คุณค่ากับสิ่งที่มีความสำคัญทางใจของผู้สูงอายุ	.514
	13. ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ	.485
	14. ได้รับการแสดงความมีน้ำใจจากผู้สูงอายุ	.473
	15. ยินดีที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความเต็มใจ	.358
	16. ใช้ประสบการณ์ในที่ทำงานและส่วนตัวในการดูแลผู้สูงอายุ	.305
	1. จัดสถานที่ดูแลผู้สูงอายุให้มีบรรยากาศเหมือนบ้าน	.871
	2. มีบุคลากรอื่นให้ความช่วยเหลือเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ	.842
	3. มีอุปกรณ์ เครื่องมือและเครื่องใช้ที่จำเป็นเพียงพอ	.817
	4. ได้รับคำตอบแทนที่คุ้มค่าเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ	.710
	5. มีทีมอาสาสมัครในชุมชนคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน	.577
	6. จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับโรค	.533
	7. ยึดหยุ่นกฎระเบียบที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ	.528
	8. ได้รับความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาการทำงานจากผู้บริหาร	.448
	9. จัดงานตามประเพณีให้ผู้สูงอายุและครอบครัว	.348
	10. ให้การดูแลตามความเชื่อของผู้สูงอายุ	.309
องค์ประกอบที่ 4 วิชาชีพของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ	1. รักงานดูแลผู้สูงอายุ	.744
	2. มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำงานดูแลผู้สูงอายุ	.714
	3. เข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	.707
	4. มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ	.681
	5. มีความรับผิดชอบในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ	.671
	6. แสวงหาความรู้ที่ทันสมัยในการดูแลผู้สูงอายุ	.645
	7. เรียนรู้บทเรียนชีวิตของผู้สูงอายุมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	.637
	8. สามารถจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ	.633
	9. ได้รับการยอมรับจากผู้สูงอายุและครอบครัว	.620
	10. สามารถเสริมพลังอำนาจผู้สูงอายุและครอบครัว	.596
	11. ได้รับความไว้วางใจและความเชื่อถือจากผู้สูงอายุและครอบครัว	.583
องค์ประกอบที่ 5 การมีสุขภาพที่ดี	1. มีสุขภาพทางจิตที่ดีและรู้จักผ่อนคลายเมื่อเครียด	.873
	2. มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง	.796
	3. ยิ้มแย้มแจ่มใส	.774
	4. ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข	.675
	5. มีจิตใจที่ดีและเมตตาต่อผู้อื่น	.480
	6. ใช้ยาเมื่อเจ็บป่วยตามความจำเป็นอย่างสมเหตุสมผล	.432
องค์ประกอบที่ 6 การสร้างทัศนคติเชิงบวกและการสื่อสารกับผู้สูงอายุ	1. รู้จักสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ	.685
	2. รู้จักใช้อารมณ์ขันกับผู้สูงอายุ	.683
	3. มีความมุ่งมั่นพยายามต่อการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุ	.583
	4. มีความคิดเชิงบวกต่อผู้สูงอายุและการทำงานดูแลผู้สูงอายุ	.493
	5. รักษาระยะห่างเชิงวิชาชีพ (professional distance) อย่างเหมาะสม	.477
	6. ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม	.456
	7. สื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยน้ำเสียงสุภาพ เป็นมิตร	.438
	8. สัมผัสผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล	.428
	9. รับฟังผู้สูงอายุด้วยความตั้งใจและให้ข้อมูลกลับอย่างเหมาะสม	.409
	10. สามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการสื่อสารกับผู้อื่น	.374

จากตารางที่ 3 พบว่า องค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ จำแนกได้ 6 องค์ประกอบ 62 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) การมีทัศนคติอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 9 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .465 - .884 2) การให้ความสำคัญทางจิตวิญญาณและสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง 16 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .305 - .975 3) บริบทที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ 10 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .309 - .871 4) วิชาชีพของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ 11 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .583 - .744 5) การมีสุขภาพที่ดี 6 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .432 - .873 และ 6) การสร้างทัศนคติเชิงบวกและการสื่อสารกับผู้สูงอายุ 10 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .374 - .685

การอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย องค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุโดยรวมมี 6 องค์ประกอบ 62 ตัวบ่งชี้ เนื่องจากองค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จึงได้องค์ประกอบที่เหมาะสมกับบริบทพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลการวิจัยจึงมีความสอดคล้องใกล้เคียงกับผลการวิจัยของเบนาดา พลีชีสและโคเอน ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน โดยมีองค์ประกอบ 4 ประการ ดังนี้ 1) ความเข้มแข็งด้านส่วนบุคคล 2) ความเข้มแข็งด้านวิชาชีพ 3) ความเข้มแข็งด้านบริบท 4) ความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณ⁵ นอกจากนี้ภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุยังแสดงออกถึงความสามารถในการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ให้เผชิญกับสถานการณ์ในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สามารถอธิบายภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนสามารถอภิปรายผลในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การมีทัศนคติอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มี 9 ตัวบ่งชี้ (ตารางที่ 3) เนื่องจากการมีทัศนคติอย่างเอื้ออาทร เป็นคุณความดีที่เป็นพลังใจให้กับชีวิตและสร้างคุณค่าให้กับตนเอง ส่งผลให้พยาบาลมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถดำเนินชีวิตและฝ่าฟันอุปสรรคในขณะทำงานดูแลผู้สูงอายุอย่างราบรื่น

นอกจากนี้ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พยาบาลได้รับการปลูกฝังจิตสำนึกตั้งแต่นักศึกษาพยาบาล จึงหล่อหลอมให้มีทัศนคติอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย เข้าใจและสัมผัสความมีคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยแต่ละคน¹⁶ การมีทัศนคติอย่างเอื้ออาทรจึงเป็นคุณความดีที่ทำให้พยาบาลมีความสุขใจ มีคุณค่าในตนเอง เป็นแรงเสริมให้มีพลังร่างกายและแรงใจในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเบนาดา พลีชีสและโคเอน ที่พบว่า การมีทัศนคติอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Caring attitude) เป็นการแสดงออกต่อผู้สูงอายุในแง่ของความสามารถเข้าใจความรู้สึก ให้ความรัก ความเป็นมิตร ให้การเอาใจใส่ มีความอดทนและปฏิบัติด้วยความเคารพ⁵ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้พยาบาลดูแลผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันทางใจ

องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญทางจิตวิญญาณและสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 16 ตัวบ่งชี้ (ตารางที่ 3) เนื่องจากการให้ความสำคัญทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลมีความสงบสุขภายในใจ มีสติในการปฏิบัติงาน ควบคุมอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น¹⁷ หากนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจะช่วยให้มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า สามารถรับมือกับความขัดแย้ง นอกจากนี้ยังทำให้มีความเข้าใจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้อื่น ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและบุคคลอื่น ๆ ตามมาได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเบนาดา พลีชีสและโคเอนที่ว่า พยาบาลดูแลผู้สูงอายุเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในสถานที่ทำงาน โดยใช้ภูมิคุ้มกันทางใจด้านความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณได้แก่ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา ปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือ และขณะทำงานควรรับรู้ความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ⁵

องค์ประกอบที่ 3 บริบทที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 ตัวบ่งชี้ (ตารางที่ 3) เนื่องจากการมีเครื่องมือที่จำเป็นและอัตรากำลังอย่างเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหารให้ความช่วยเหลือและแก้ปัญหาในการทำงาน การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม การมีสถานที่และบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ และหากมีทีมอาสาสมัครช่วยดูแลได้อย่างครอบคลุม เชื่อมโยงและทั่วถึงในชุมชน¹⁸ สิ่งเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลทำงานคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว ลดภาระงานและความกดดันในการทำงาน ช่วยให้พยาบาลมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพและฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้สูงอายุและครอบครัว

สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าผู้บริหารมีส่วนช่วยส่งเสริมภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลวิชาชีพโดยการสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานและช่วยแก้ปัญหาเพื่อให้พยาบาลสามารถฝ่าฟันกับความยุ่งยากในการทำงาน¹⁹ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของเบนาดาพลีชีสและโคเอน ที่ว่า การจัดสถานที่ให้มีความปลอดภัยมีสิ่งแวดล้อมให้เหมือนอยู่บ้านและมีแหล่งทรัพยากรและเครื่องมือที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ⁵ เป็นความเข้มแข็งด้านบริบทของภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 วิชาชีพของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 11 ตัวบ่งชี้ (ตารางที่ 3) เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือ ดูแลเพื่อนมนุษย์ โดยได้รับการปลูกฝังและหล่อหลอมมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ให้มีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์ในการทำงาน มีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้อยู่เสมอ และมีสมรรถนะตามวิชาชีพพยาบาลแบบองค์รวมในทุกช่วงอายุ ในการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายและปลอดภัย^{20,21} ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุจึงมีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพดังที่กล่าว และเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรับผิดชอบ มุ่งมั่นตั้งใจ รักงานดูแลผู้สูงอายุ และแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รวมทั้งเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้เป็นบทบาทวิชาชีพของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเบนาดา พลีชีสและโคเอน ที่ว่า พยาบาลดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้พื้นฐานและความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และมีความมุ่งมั่น รับผิดชอบ มีความสามารถในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ⁵

องค์ประกอบที่ 5 การมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 6 ตัวบ่งชี้ (ตารางที่ 3) เนื่องจากการมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งเสริมการมีภูมิคุ้มกันทางใจให้สามารถเผชิญกับสภาพปัญหาในการทำงานดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากพยาบาลเจ็บป่วยทำให้มีผลกระทบต่อนหน้าที่ความรับผิดชอบ ส่งผลให้ทำงานได้ไม่เต็มที่หรือต้องหยุดงาน¹⁹ การมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิตของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติงานที่มีภาระงานที่หนักและยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเบนาดา พลีชีสและโคเอน ที่ว่าพยาบาลควรตระหนักรู้ในการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และการใช้ยาตามความจำเป็นเมื่อเจ็บป่วยเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อรับมือกับสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ⁵

องค์ประกอบที่ 6 การสร้างทัศนคติเชิงบวกและการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 ตัวบ่งชี้ (ตารางที่ 3) เนื่องจากการสร้างทัศนคติเชิงบวกและการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุกับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นไปในทางบวก และเสริมสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย^{16,19} ซึ่งจะส่งผลดีให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างราบรื่นและลดความกดดันในขณะทำงานจากปัญหาการสื่อสารที่บกพร่อง รวมทั้งทำให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ผลงาน เกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน สอดคล้องและใกล้เคียงกับผลการวิจัยของเบนาดา พลีชีสและโคเอน ที่ว่าพยาบาลควรมีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การมีมุมมองเชิงบวกและคิดเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ มีแง่มุมอารมณ์ขันในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สร้างเสียงหัวเราะ สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ มีความมุ่งมั่น แก้ไขปัญหาในการดูแลของผู้สูงอายุ พยาบาลควรมีการสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยการรับฟังและให้การสะท้อนกลับกับผู้สูงอายุ รักษาระยะห่างจากผู้สูงอายุเชิงความเป็นวิชาชีพพยาบาล⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวนวิจัย

จากการศึกษาพบว่า องค์ประกอบภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุมี 6 องค์ประกอบ 62 ตัวบ่งชี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้ดังนี้

1.1 ควรส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือ เพื่อช่วยให้เกิดความสงบสุขในใจและมีสติส่งผลดีในการดูแลผู้สูงอายุ

1.2 ควรจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นและเพียงพอสำหรับดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อสร้างบริบทที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ¹⁹ รวมถึงจัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอและพิจารณาให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสม

1.3 ควรสนับสนุนให้พยาบาลดูแลผู้สูงอายุเข้ารับอบรมทั้งในและนอกสถานที่ เพื่อนำความรู้มาพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ

1.4 ควรสนับสนุนให้พยาบาลมีเวลาทำงานที่เหมาะสม ควรจัดให้มีเวลาพักระหว่างการปฏิบัติงานในแต่ละเวรอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีความสมดุลของชีวิต ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี

1.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในการมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ มีอารมณ์ขัน สื่อสารทางบวก เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกันตลอดจนเสริมสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษารูปแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

2.2 ควรมีการศึกษาในแผนกอื่น ๆ เช่น ศัลยกรรมที่ดูแลผู้สูงอายุว่ามีความเหมือนหรือต่างกับแผนกอายุรกรรมหรือไม่ อย่างไร

2.3 ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้สูงอายุว่ามีความเหมือนหรือต่างกับในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือไม่ อย่างไร

2.4 ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ควรมีการส่งเสริมการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทางใจของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจ

References

1. World Health Organization. World report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. National Statistical Office. Survey of the elderly population in Thailand, 2021. Bangkok: Lake & Foundtain Printing Co., Ltd; 2021. (in Thai)
3. Artsanthia J, Pomthong R. The trend of Elderly Care in 21st Century: Challenging in Nursing Care. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2018;19(1): 39-46. (in Thai)
4. Health Promotion Foundation. Thai health report 2019. Bangkok: Amarin publishing; 2019. (in Thai)
5. Benade P., Plessis ED., Koen MP. Exploring resilience in nurses caring for older persons. Journal of Interdisciplinary Health sciences. 2017;22(1): 138-49.
6. Lin C, Liang F, Han Y, Chen C, Hsieh L. Professional resilience among nurses working in an overcrowded emergency department in Taiwan. International Emergency Nursing. 2019; 42(2): 44-50.
7. American Psychological Association. The Road to Resilience. Washington: American Psychological Association; 2019.
8. Department of Mental Health. Turning Bad into Good RQ Mental Health Power. 4thed. Nonthaburi: Beyond Publishing Co., Ltd; 2020. (in Thai)
9. Cam O, Buyukbayram A. Nurses' Resilience and Effective Factors. Journal of Psychiatric Nursing. 2017;8(2): 118-26.
10. Konkanghana P. The development of Resilience Scale for Professional Nurses. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2016. (in Thai)
11. Jirawatanakul S. Qualitative research. In: Satitvittayanand S, editor. Nursing Research, Statistics and Information Technology. 2nd ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2016. (in Thai)
12. Imamee N. research instruments in nursing. In: Satitvittayanand S, editor. Nursing Research, Statistics and Information Technology. 2nd ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2017. (in Thai)
13. Taherdoost H, Sahibuddin S, Jalaliyoon N. Exploratory Factor Analysis; Concepts and Theory. Advances in Applied and Pure Mathematics. Kuala Lumpur: Post-Print; 2014.
14. Kusolvitkul W. sampling. In: Satitvittayanand S, editor. Nursing Research, Statistics and Information Technology. 2nd ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2017. (in Thai)

15. Angsuchoti S. The use of factor analysis for instrument development in behavioral sciences. *Sripatum Review of Humanities and Social Sciences*. 2018;15(1): 125-35. (in Thai)
16. Kosolchuenvijit J. Caring: Central focus of humanistic care. *Journal of Boromarajonani College Nursing*. 2013;29(2): 134-41. (in Thai)
17. Buddhika Network. How to apply Mindfulness to work. Bangkok: Buddhika Network; 2019. (in Thai)
18. Sumetsittikul A. New Perspective of Elderly Care in Thailand 4.0 Era: Roles of Nursing Administrations. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2018;19(2): 129-35. (in Thai)
19. Yu F, Raphael D, Mackay L, Smith M, King A. Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019; 93 (3): 129–40.
20. Kim Y, Chang O. Exploring nurse perceptions and experiences of resilience: a meta-synthesis study. *Biomedcentral Nursing*. 2022; 21(1): 1-13.
21. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing Standards 2019. Annual Report 2019 Thailand Nursing and Midwifery Council. Bangkok: Quality Thai Trading Co., Ltd: 2020. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ

The Effects of a Positive-Emotion-Enhancing Program on the Happiness of the Elderly

สุนิชา เชือกทอง¹ ชมชื่น สมประเสริฐ^{*2} ปรียศ กิตติธีระศักดิ์²

Sunisa Chuakthong¹ Chomchuen Somprasert^{*2} Priyoth Kittiteerasack²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี ประเทศไทย 1200

¹Faculty of Nursing Rangsit University, Pathumthani Thailand 1200

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

²Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้งก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 62 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามทฤษฎีการขยายและเสริมสร้างอารมณ์เชิงบวก เป็นระยะเวลาการทดลอง 10 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การตรวจคัดกรองสุขภาพ การตรวจรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย เป็นต้น ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความสุขอ็อกซ์ฟอร์ด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น มีทักษะในการกำจัดการณ์เชิงลบ และมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือองค์ประกอบของความสุขในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: อารมณ์เชิงบวก, ความสุข, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพจิต

Abstract

This Quasi-experimental research had a two-group pretest-posttest design. The objective of the study was to examine the effects of a positive-emotion-enhancing program on the happiness of the elderly. The subjects used in this research were older adults aged 60-79 years living in Mueang Nong Bua Lamphu District, Nong Bua Lamphu Province in Thailand. Thus, 62 people were divided into the experimental and control groups with 31 participants each. The experimental group received the positive-emotion-enhancing program developed by the researcher according to Broaden-and-build theory of positive emotions once a week for 90 minutes

each over ten weeks. The control group received the routine nursing care of the district health promoting hospital, such as health screening and medical examination for illness, etc. were assessed using the Oxford Happiness Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The findings can be summarized as follows: 1) The mean happiness scores of the elderly in the experimental group that participated in the positive emotion enhancing program after the experiment was higher than their pretest scores with statistical significance at .001. 2) The mean difference between pretest and posttest in the mean happiness scores of the experimental group was higher than those of the control group with statistical significance at .001.

In conclusion, the positive-emotion-enhancing program increased positive emotions, negative emotions elimination skills, and life satisfaction, which are components of happiness in older people.

Keywords: positive emotions, happiness, elderly, mental health promotion

Introduction

Modern global society has become an aging society, and Thailand is no exception. Furthermore, according to a 2021 survey of the elderly population, more than 13 million people, or 19.6% of the country's population, are expected to fully enter an aging society in 2023. A fully aged society means that the elderly population accounts for 20% of the entire population.¹ Elderly people are mentally vulnerable.² Because the elderly have to experience degenerative changes in many aspects, both physically, mentally and socially. Physically, degeneration occurs in all organs and systems. As a result, older people are exposed to chronic diseases, while changes in society, such as changing social roles and the inability to pursue a career, also occur. If the elderly is unable to adapt to these changes, the situation can affect the mind, causing many negative emotions, such as feelings of worthlessness in depending on others.³ These findings are consistent with the 2021 Survey of Happiness Levels of Thai Elderly People, which found that 35.5% of seniors have low to moderate levels of happiness.¹

Happiness refers to feelings a person self-appraisal based on perceived overall life satisfaction, perceived positive emotions such as fun,

joy pride Inspiring and no perceived negative emotions.⁴ When a person is happy, the person gains self-awareness with a sense of self-worth and optimism for their futures.⁵ It has also been found that being happy makes a person healthier and live longer.⁶ It can be concluded, therefore, that happiness is important for individuals of all ages and derived from the creation of positive emotions, particularly among the elderly who are exposed to degenerative changes in many ways, including physical, mental and social changes.² Happiness is also what older people need most at the end of their lives.⁷ It is absolutely necessary, therefore, to promote good mental health, which will lead to good health overall.

Positive emotions are good feelings formed by cognitive perceptions of one thing through cognitive processes. Their value is assessed based on experiences and expressed as positive behaviors (Action), such as joy, gratitude, serenity, interest, hope, pride, amusement, inspiration, awe, and love.⁸ According to Fredrickson's broaden-and-build theory of positive emotions,^{8,9,10,11,12} the following components are involved: 1) cognitive and positive emotions 2). Stimulating positive emotions. 3) Coping skills and 4) social support in which a person perceives social support, develop stable emotions,

be motivated to solve problems, and minimizes stress.^{13,14} When a person perceives positive emotions, the field of thought will widen in the form of creativity and collective thinking as the person embraces new information and expands perspectives on events in a broader context. On the contrary, negative emotions narrow a person's thoughts and actions. As a person perceives positive emotions, the person will not be able to recognize any negative emotions, so it is said that having a positive mood reduces exposure to negative emotions and the impact of negative events.^{7,8,9,10,11} Positive emotions are also linked to dopamine levels in the brain, resulting in higher levels of dopamine.¹⁵ where dopamine stimulates positive feelings and enhances concentration. Sensitivity to stimuli in the surrounding environment makes it easier for a person to experience success, thereby resulting in feelings of life satisfaction¹⁶ in which a person has positive emotions and is free from negative emotions. Thus, the person has a certain satisfaction in life. In other words, he/she is a happy person.⁴

Several previous studies have been studying the ability of positive emotions. For example, a study of the emotional impact of positive events on happiness found that people's perception of positive emotions emanating from momentary positive events can increase a person's level of happiness.¹⁷ A study of the influence of positive mood on the balance between cognitive stability and resilience found that positive mood was positively correlated with cognitive stability and resilience, with increased dopamine in the brain.¹⁸ Studies have shown that positive emotions influence a person both physically and mentally. The psychological aspect of positive emotions decreases the person's perception of negative emotions, thereby increasing happiness levels. Therefore, encouraging individuals to have positive emotions is essential for all age groups, especially

the elderly whose happiness tends to decrease gradually as they age.¹⁹

Nong Bua Lamphu Province has a large elderly population with 15.5% of the province's population. Most of the elderly live alone because their working-age children have to work outside the area, causing them to feel lonely.²⁰ Loneliness is a negative emotion that decreases happiness and quality of life for the elderly.²¹ Therefore, the researcher designed a program to promote positive emotions to promote happiness in the elderly in Nong Bua Lamphu Province to promote well-being at the end of life and a better quality of life.

Research Objectives

1. To compare the pre- and posttest happiness of older adults in the experimental group who received a positive emotion-enhancing program.
2. To compare the posttest happiness of the elderly in the experimental group after receiving the positive emotion-enhancing program with that of the control group receiving routine nursing care.

Research Hypotheses

1. The mean happiness scores of the elderly in the experimental group that participated in the positive emotion enhancing program after the experiment were higher than before receiving the positive emotion program.
2. The mean difference between the pretest and posttest in the mean happiness scores of the experimental group participating in the positive-emotion-enhancing program was higher than the control group.

Conceptual framework

According to Fredrickson's broaden-and-build theory of positive emotions, the following components are involved: 1) cognitive and positive

emotions in which cognition determines the emotions occurring in different situations and causes different emotions to occur;²² 2) Stimulating positive emotions creates positive emotions and positive experiences.²³ 3) Coping skills are the cognitive and behavioral methods of a person used to deal with personal needs, aiming to correct the causes of stress or distressing emotions, and maintaining balance of mind²⁴ and 4) Social support in which a person perceives social support, recognizing that they receive love, empathy and acceptance, thereby enabling the person to effectively face life-threatening events, develop stable emotions, be motivated to solve problems, and minimize stress.^{13,14} In which a person perceives positive emotions, the person will not be able to recognize any negative emotions and be satisfied with life. So, it can be said that the person is a happy person. Happiness is an individual's self-assessment based on their perception of overall life satisfaction, their perception of positive emotions and their absence of perception of negative emotions.⁴

Material and Methods

This sample for the study was selected by simple random sampling by the lottery method from both male and female elderly people aged 60 to 79 years old who were living in a community in Mueang Nong Bua Lamphu District, Nong Bua Lamphu Province and met the following criteria: persons with normal perceptions of person, time and place and when assessed with The Mini-mental State Examination;²⁵ ability to communicate, read and write in Thai; no history of mental illness, and no physical illness hindering data collection such as audio or visual impairments. There were also criteria for discontinuation: relocating, requesting to withdraw from the study, and participating in the program less than 80%. The sample size was calculated by the G* Power program, the effect size was .80, the

statistical significance level was .05 and the test power .90, which resulted in a sample size of 56 people. However, the researcher has increased the number of samples by 10 percent to replace dropout, which obtained a total of 62 samples divided into experimental and control groups of 31 cases each.

Research Instruments

1. The instrument used in the experiment was the positive emotion-enhancing program created by the researcher based on Fredrickson's broaden-and-build theory.^{8,9,10,11,12} The intervention consisted of the following 10 activities: 1) Knowing Me, Knowing You; 2) Self-Exploration; 3) Positive Experiences; 4) The Power of Laughter; 5) Gratitude; 6) Eliminating Negative Emotions; 7) Mindfulness Guides for Life; 8) Overcoming Problems; 9) A Determined Life and 10) Creating Happiness Every Day. Each activity corresponded with the following four positive emotion-boosting factors: cognition. positive emotional stimulation, problem management skills and social support. The activities had a 90-minute duration, scheduled to do the activity every week for 10 weeks. Furthermore, after each activity, the researcher assigned homework for the samples to continue training every day for 15 minutes per day, totaling 30 hours and 45 minutes.

2. Data collection instruments-The Oxford Happiness Questionnaire by Hills & Argyle,⁴ translated by Wangmanee,²⁶ consisting of the following three structures: 1) Life satisfaction means considering a person's happiness and evaluating it based on personal satisfaction standards and comparing it to the environment in which people generally set a custom standard of perception; 2) Positive emotions mean happy moods caused by external environmental conditions such as cheerfulness, pleasure and 3) Absence of negative emotions at the time means the absence of depression, which is

considered the main symptom of negative emotions, as well as regret, fear, anger, anxiety and stress, all of which are associated with life satisfaction. The instrument contains 29 questions divided into 17 positive questions and 12 negative questions. The scale model was a 6-point semantic differential scale, with positive questions: high scores mean high levels of happiness and low scores mean low levels of happiness. For the negative question, high scores mean low levels of happiness and low scores mean high levels of happiness. The index of item-objective congruence (IOC) was 1.00,²⁶ and the researcher determined instrument reliability by analyzing Cronbach's alpha coefficient at 0.79, which was acceptable.²⁷

Ethical Considerations

The study was approved by the Human Research Ethics Committee of Thammasat University (Science) No. 111/2564. Once the participants agreed to participate in the study, they were asked to sign a consent form. The participants were informed about study objectives, procedures, and rights, including the right to withdraw from the study at any time without any effect on their quality of service. The protection of confidentiality and anonymity of participants and data was assured throughout the study.

Research Procedures

This research was Quasi-experimental based on a pre-posttest two-group design. Data were collected for the first time by using personal data questionnaires and happiness assessments. Then, the experimental group participated in the positive-emotion-enhancing program once a week for 90 minutes each over ten weeks. Then, the experimental group participated in the positive-emotion-enhancing program once a week for 90 minutes and after each activity, the researcher assigned homework for the

samples to continue training every day for 15 minutes per day over ten weeks. At the end of the 10-week activity, data were collected for the second time by using a happiness assessment. The control group received the routine nursing care of the district health promoting hospital, such as health screening and consultation about vaccination against COVID-19 and medical examination for illness, etc. Data were collected for the second time by using a happiness assessment 10 weeks apart from the first. After the end of the study, the researcher gave the program to a control group who wished to participate in the program individually due to the COVID-19 epidemic in the area where the government had a policy to refrain from participating in group activities.

Data Analysis

Personal data of the samples were analyzed with descriptive statistics and personal data between groups were analyzed with Chi-square and Fisher's Exact Test. The pre- and posttest mean happiness scores of the elderly were then compared with dependent t-test statistics.

The mean differences between the pretest and posttest in the mean happiness scores of the elderly were then compared between the experimental group and the control group with independent t-test statistics. Statistical significance was set at .05. Test the preliminary agreement of the t-test statistics using the Kolmogorov-Smirnov test found that the data were normally distributed.

Results

According to the findings, the experimental group had more females (83.9%) than males (16.1%), and the control group also had more females (80.6%) than males (19.4%). The mean age in the experimental group was 69.58 years, while the control group had a mean age of 70.16 years. Most of the

experimental and control groups were married, and 100% were Buddhists. In terms of level of education, the experimental and control groups had graduated from primary school at 87.1% and 80.6%, respectively. The majority of the experimental group lived in extended families rather than nuclear families, accounting for 61.3% and 38.7%, respectively. For the control group, living in extended families accounted for 71.0% and nuclear families accounted for 29.0%. Both the experimental and control groups had chronic diseases at 51.6% and 64.5%, respectively. In terms of monthly family income, it was found that most of the experimental group (54.8%) had family incomes under 5,000 baht per month, followed by those with incomes of 5,000-10,000 (38.7%), and those

with incomes of 10,000 or more (6.5%). Similarly, most of the control group (51.6%) had monthly family incomes under 5,000 baht per month, followed by incomes in the range of 5,000-10,000 and 10,000 and up at, 41.9% and 6.5%, respectively. When comparing the data on the personal characteristics of the samples in the experimental and control groups. According to the findings, the personal characteristics of the two groups differed without statistical significance.

The results revealed that the mean posttest happiness scores of the older adults who received the positive emotion-enhancing program ($M = 142.81$, $SD = 12.18$) was higher than their mean pretest scores ($M = 121.29$, $SD = 15.63$) with statistical significance ($t = 10.2$, $p < .001$), as shown in Table 1.

Table 1 Compares the mean pre- and posttest happiness scores of the elderly in the experimental group

Happiness Scores	M	SD	df	t	p- value
Pretest	121.29	15.63	30	10.2	.000
Posttest	142.81	12.18			

$p < .05$

In the control group, the mean posttest happiness score ($M = 113.42$, $SD = 10.98$) for the elderly was found to be no different from the pretest score ($M = 115.45$, $SD = 10.76$) ($t = 1.66$, $p = .05$), as shown in Table 2.

Table 2 Compares the mean pre- and posttest happiness scores of the elderly in the control group

Happiness Scores	M	SD	df	t	p- value
Pretest	115.45	10.76	30	1.66	.05
Posttest	113.42	10.98			

$p = .05$

When comparing the mean difference in the mean happiness scores between pretest and posttest of the experimental group and the control group, the mean difference of mean happiness scores of the experimental group receiving the positive emotion-enhancing program ($\bar{D}_1 = 21.52$, $SD = 11.74$)

was higher than that of the control group receiving routine nursing care ($\bar{D}_2 = -2.03$, $SD = 6.81$) with statistical significance ($t = 9.66$, $p < .001$). According to Table 3, when the elderly in the experimental group received the positive emotion-building program, the changes in the happiness levels in the experimental

group were in a positive direction. In other words, there was an increase in happiness scores after receiving the program in the experimental group.

In contrast to the control group that receiving routine nursing care, the elderly had few changes in the happiness scores.

Table 3 Compares the difference in the mean happiness scores between pretest and posttest of the experimental group and the control group.

Happiness Scores	Experimental Group (n = 31)			Control Group (n = 31)			df	t	p-value
	M	$\bar{D}_1$	SD	M	$\bar{D}_2$	SD			
Pretest	121.29			115.45					
		21.52	11.74		-2.03	6.81	48.15	9.66	.00
Posttest	142.81			113.42					

p<.05

Discussion

The results of the study support both hypotheses as follows. Research hypotheses 1: The mean happiness scores of the elderly in the experimental group that participated in the positive emotion enhancing program after the experiment were higher than before receiving the positive emotion program. Following participation in the positive emotion-enhancing program developed by the researcher based on Fredrickson's broaden-and-build theory.^{8,9,10,11,12} The researcher applied the concept of factors promoting positive emotion-enhancement and designed the activities, which consisted of four factors: 1) Cognition – With cognition, the elderly understand the difference between positive and negative emotions and the effects of emotions with awareness of their emotional state and ability to deal with the thought resulting in negative emotions²²; 2) Stimulating positive emotions through three periods of self-revision, namely past self-reconstruction, current self-revision, and future expectations.²³ Older people have the skills to stimulate positive emotions in themselves through different periods through reviewing past events, practicing mindfulness in the present^{28,29}, and setting positive life goals³⁰; 3) Coping

Skills-This is when the elderly have coping tactics aimed at correcting stressors or correcting the emotions causing them to suffer from stress. When the elderly is able to deal with the problems they face, a sense of self-esteem is created²⁴ and 4) Social Support-This happens when the elderly has good relationships with their friends and a network of elderly happiness is created to encourage them to maintain good relationships and provide social support in various areas, since happiness can be passed from happy individuals to those around them.^{13,14} Furthermore, social support in various areas can create a perception of being loved and cared for. The resulting self-esteem enables individuals to effectively face life-threatening events.

Research hypotheses 2: The mean difference between the pretest and posttest in the mean happiness scores of the experimental group participating in the positive-emotion-enhancing program was higher than the control group. The results of this study showed that when the elderly received the positive emotion-enhancing program, there were more changes in happiness levels than in the control group. The changes in the happiness levels in the experimental group were in a positive direction.

Having positive emotions also minimizes the impact of negative events and can also reduce exposure to negative emotions. When the elderly experience positive emotions, they are not disturbed by negative emotions such as anxiety, sadness, anger, and despair. Positive emotions also have the effect of strengthening mental resilience. By accumulating positive emotional exposure experiences, mental resilience will make older people more satisfied with their lives.^{10,11,12} In addition, studies have shown that positive emotions are linked with dopamine levels in the brain, thereby resulting in higher levels of dopamine.¹⁵ Dopamine triggers positive feelings, such as pleasure, love, and greater ability to focus. Sensitivity to the stimuli around them was also a reason why it was easier for some people to succeed in things. As a result, people gained a sense of life satisfaction in being able to meet goals and intentions.¹⁶ The fact that elderly have positive emotions and no negative emotions at any given time give them satisfaction in life. Thus, these elderly people were happy individuals, since happiness refers to a person's self-appraisal according to the perception of overall life satisfaction. Perceived positive emotions such as fun, joy, pride and inspiration with an absence of perceived negative emotions.³ For this reason, older people who experience positive emotions were happier. The findings of the present study correspond with the findings of several previous studies supporting the ability of positive emotions to help increase a person's happiness levels. For example, a study by Paul, Bee and Fred¹⁷ examined the relationship between experiencing positive emotions and happiness. The results indicated that the slope of experiencing positive events was significantly and positively correlated with momentary happiness. The slope of the severity level of positive emotions was also significantly associated with momentary emotions of

pleasure, and the slope of experiencing positive events was significantly correlated with the severity level of positive emotions. According to the findings, therefore, it could be concluded that experiencing momentary positive emotions acts as a medium between momentary positive events and momentary happiness on a day-to-day basis.

In addition, a study by Nunchatsan et al.³¹ explored the effects of positive psychological activity on the happiness and social adaptation of secondary school students in boarding schools. The findings of the above study indicated that students who participated in positive psychology group activities had increased levels of happiness and social adaptation. Both the posttest and follow-up phases were compared to the statistically significant pretest phase. The students who participated in the positive psychology group activities to develop happiness, shared their experiences in suffering with their peers, who reflected on the value and beauty within their lives. In addition, more favorable social adaptations resulted from creating interactions with new friends and creating more intimate feelings with friends.

Limitations of the study

This research collects data during the COVID-19 outbreak, which must comply with the measures of the agency responsible for disease control in the area, namely organizing joint activities as necessary. The researcher has reduced the number of Group down by conducting group activities with 15-16 members, causing some sample groups to not express their opinions on some questions. Including restrictions on group activities from social distancing measures such as keeping a distance from people while doing activities, avoiding personal contact and wearing a mask while doing activities.

Recommendation

Recommendation from the research

1. The positive emotion-enhancing program can be used as a guideline for developing community mental health promotion practices to establish a standardized system of work.
2. The results of this research can use as a guideline for training those who care for the elderly to promote the happiness of the elderly so that the elderly will have well-being.
3. The results of this research can use as a guideline for the design of a mental health promotion policy in the community.

Recommendation for further research

1. Long-term follow-up studies should be conducted to assess the effectiveness of a positive emotion-enhancing program.
2. Positive emotion-enhancing program should study other populations to promote mental health care.

References

1. National Statistical Office (NSO). The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand. Bangkok: Statistical Forecasting Division; 2022. (In Thai)
2. Department of older persons. Guidelines for caring for the mental state of the elderly to be bright far from mental health problems. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2021. (In Thai)
3. Wongpanarak N & Chalayakitti S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3): 24-31. (In Thai)
4. Hills P & Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and Individual Differences. 2002; 33(1): 1073-82.
5. Nikolova M. & Graham C. The Economics of Happiness. Switzerland: Springer Nature; 2022.
6. Steptoe A. Happiness and Health. Annual Review of Public Health. 2019.
7. Damrikarnlert L. Part 1 Situation and Needs. In: Srivanichakorn S, editor. Caring for the elderly in the community Integrated Elderly Care in the community. Nakhon Pathom: TQP; 2012.
8. Fredrickson BL. Positive Emotions Broaden and Build. Advances on Experimental Social Psychology. 2013;47(1): 1-86.
9. Fredrickson BL. What good are positive emotions?. Review of General Psychology. 1998;2(3): 300-19.
10. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotion. American Psychologist. 2001;56(1): 218-26.
11. Fredrickson BL. The broaden-and-build theory of positive emotions. Philosophical transactions of the Royal society of London Series B - biological sciences. 2004; 359(1449): 1367-77.
12. Conway AM, Tugade MM, Catalano LI, & Fredrickson BL. The broaden-and-build theory of positive emotion: form, function, and mechanisms. In: David S, Boniwell I, Ayers AC, editor. Oxford handbook of happiness. United Kingdom: Oxford University Press; 2012.
13. Kruaem A. The happy life of the elderly in Nong Pho District, Ratchaburi Province. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 2018; 3(1): 59-71. (In Thai)
14. Somboon S, Somanusorn S, & Sumgern C. Factors related to healthy aging among elderly. Kuakarun Journal of Nursing. 2018; 25(1): 141-53. (In Thai)

15. Yin J. Study on the Progress of Neural Mechanism of Positive Emotions. *Translational neuroscience*. 2019;10: 93–8.
16. Sumneangsano N. Factors predicting happiness among community-dwelling older adults, Chachoengsao province. (thesis). Chon Buri: Burapha University; 2013. (In Thai)
17. Paul EJ, Bee TL, & Fred BB. Does savoring increase happiness? A daily diary study. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*. 2012;7(3): 176-87.
18. Wacker J. Effects of positive emotion, extraversion, and dopamine on cognitive stability-flexibility and frontal EEG asymmetry. *Psychophysiology*. 2018; 55(e12727).
19. Jutarat Sangthong. Aging Society (Complete Aged): The elderly condition of good quality. *Rusamelae Journal*. 2017;38(1): 6-28. (In Thai)
20. Nongbualamphu statistical office. Nongbualamphu province important indicators 2020. Nongbualamphu: Nongbualamphu statistical office; 2019. (In Thai)
21. Rapeephan Sansamak. Nursing Care for Older Persons with Loneliness. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2018;45(3): 645-54. (In Thai)
22. Chanpreecha D. A Guide to Cognitive Behavior Therapy in Methamphetamine Patients with Depression. Pathum Thani: Thammasat University Printing House; 2016.
23. Duckworth LA, Steen TA, & Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Clinical Psychology Journal*. 2005;1(1): 629–51.
24. Chaiyapan M. Sense of coherence and coping strategies to solve the working stress. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2013;5(3):24–31. (In Thai)
25. Institute Of Geriatric Medicine. Medical Technology Assessment on the comparison of the relationship between the preliminary dementia test Thai version (MMSE-Thai) 2002 and Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) in screening elderly for dementia. Bangkok: CG Tools Company Limited; 2008. (In Thai)
26. Wangmanee K. The development of happiness in Thai Adolescents by Self-Help Program. (thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011. (In Thai)
27. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum; 1988.
28. Yatniyom P, Chamchumrat S, Baramee S, Napattaradechanon K, Mungkhamanee S, & Kitpanich S. The Effect of Moving with Awareness Meditation to Happiness of Register Nurses in Female Medical Ward Chaiyaphum Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(1): 150–8. (In Thai)
29. Ruedej R, Nimit-arnun N, & Roojanavech S. The Effects of Buddhist Meditation Therapy Program on Life Happiness of the Elderly with Hypertension at a Community in Phetchaburi Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(supplement): 289–98. (In Thai)
30. Schippers MC & Ziegler N. Life crafting as a way to find purpose and meaning in life. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:1-7.
31. Sakunpong N, Ritkumrop K, & Limwattanachai P. Effects of positive psychology group intervention on well-being and social adjustment of secondary students in boarding school: A mixed methods Approach. *Journal of Behavioral Science for Development*. 2018;11(1): 35-52. (In Thai)

การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก สำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

Development of Learning Nursing Skill Program via Digital Media to Encourage Clinical Judgement among the Second Year Nursing Students of The Royal Thai Army Nursing College

ศิริพร สว่างจิตร์ นัยนา วงศ์สายตา กุสุมา กังหลี*

นันทิกานต์ กลิ่นเซตุ ดารินทร์ ศรีชุม ธนัชพร ธชีพันธ์

Siriporn Sawangchit Naiyana Wongsaita Kusuma Kanglee*

Nuntikan Klinchet Darlin Srichum Thanatchaporn Thacheepphan

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย, 10400

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก สำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 คน และกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพของแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ 2) แบบประเมินสื่อวิดีโอทักษะการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์ 3) แบบประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ประกอบด้วย 3 วิธีทาง ได้แก่ การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำให้สารน้ำ การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่คาไว้ และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด จำนวน 20 ข้อ (IOC = 0.80-1.00) 2) สื่อวิดีโอทักษะการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีความตรงตามเนื้อหาตามความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.40-5.00$, $SD = 0.00-0.55$) แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกเหมาะสม ($p = 0.43-0.87$, $r = 0.22-0.85$) คุณภาพของแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ในระดับดี ($KR-20 = 0.71$) และ 3) คู่มือการใช้งานวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์

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

ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนทักษะการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ในระดับดีเยี่ยม คุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ตามมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.38$, $SD = 0.82$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ จึงมีข้อเสนอแนะให้สถาบันการศึกษาพยาบาลนำไปใช้ในการส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาล รวมทั้งพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

คำสำคัญ : โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล, สื่ออิเล็กทรอนิกส์, ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

Abstract

This study aims to develop learning nursing skills program through digital media which encourages clinical judgement skill among the second year nursing students. 5 Senior experts who verify data to develop learning nursing skill program and the sample consists of 40 second year nursing students. Research Instruments are 1) the quality evaluation form of clinical judgement skill test for intravenous injection 2) the evaluation form of interactive video-based video for practical nursing skill to enhance judgement skill for intravenous injection 3) the quality evaluation form of judgement skill through digital media for intravenous injection.

Learning nursing skill program via digital media which encourages clinical judgement skill consists of 1) The clinical nursing judgement skill test for intravenous injection comprises 3 means : an injection via intravenous set, an injection via intravenous lock and an injection via intravenous infusion, containing 20 questions (ICO = 0.80-1.00) 2) an interactive video-based practical nursing skill to enhance judgement skill for intravenous injection which content validity shows high level ($M = 4.40$ - 5.00 , $SD = 0.00$ - 0.55). Index of difficulty and discrimination of the clinical nursing judgement skill test skill for intravenous injection shows high level ($p = 0.43$ - 0.87 , $r = 0.22$ - 0.85). The quality of judgement skill test shows good (KR-20 = 0.71) and 3) an interactive video-based handout.

The results are the decision- making skill score of sample group shows excellent. The quality of program standard followed by Stufflebeam's model represents at high level ($M = 4.38$, $SD = 0.82$) which shows the quality of learning nursing skill program via digital. The recommendation to the nursing institutes is application in order to encourage clinical judgement as well as advancements in knowledge, skill and attitude in practical nursing for intravenous injection.

Keyword: learning nursing skill program, digital media, clinical judgement

บทนำ

การจัดการศึกษาพยาบาลมุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีสมรรถนะ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เพื่อทำหน้าที่ให้การบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้รับบริการในสังคม การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการและปัญหาทางคลินิกที่มีความซับซ้อน พยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลต้องพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกตั้งแต่เป็นนักเรียนพยาบาล เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ เพื่อผลลัพธ์การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและผู้รับบริการมีความปลอดภัย

ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้นรับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเป็นวิชาแรกของการเรียนการพยาบาลสำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 เนื้อหาการเรียนการสอนนั้น เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคการให้การพยาบาลพื้นฐาน โดยจากผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน นักเรียนพยาบาลมีข้อเสนอแนะว่า ควรจัดให้มีสื่อการเรียนรู้วิถีโอการปฏิบัติหัตถการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อให้ นักเรียนพยาบาลเรียนรู้และทบทวนเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยกับผู้ป่วยจริง สอดคล้องกับผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน อาจารย์สอนภาคปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าการปฏิบัติหัตถการหรือทักษะทางการพยาบาลขั้นพื้นฐาน นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 ยังไม่สามารถตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการได้

สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ส่งผลกับความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยตรง¹⁻² กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Balints ซึ่งพัฒนาโดย Muller-Staub³ เป็นวิธีการเรียนการสอนซึ่งมีการโต้ตอบปฏิสัมพันธ์กัน (Interactive method) โดยใช้คำถามเพื่อคำตอบเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนพัฒนาความคิดและการตัดสินใจทางคลินิกที่มีคุณภาพ ปัจจุบันมีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียนรู้ (e-learning) ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างแพร่หลาย⁴⁻⁷ เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ประหยัดค่าใช้จ่าย สะดวก และสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจในการเรียน การจัดการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดทักษะการตัดสินใจในคลินิก⁸ จากข้อมูลดังกล่าว ภาควิชาฯ ได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับทักษะปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานที่มีความสำคัญสำหรับนักเรียนพยาบาล เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำสำหรับนักเรียนพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียน

พยาบาลและสามารถตัดสินใจให้การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

2. เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก เป็นการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของผู้เรียน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Balints ที่ถูกพัฒนาโดย Muller-Staub³ เป็นวิธีการเรียนการสอนที่มีการโต้ตอบปฏิสัมพันธ์กัน (Interactive method) และการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถาม (questioning method) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนากระบวนการทางความคิดของผู้เรียน โดยผู้วิจัยจะป้อนคำถามผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์วิธีโอทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เป็นคำถามในลักษณะต่างๆ ที่เป็นคำถามที่ดี สามารถพัฒนาผู้เรียนให้พัฒนาความคิดเชิงเหตุผล วิเคราะห์ วิวิจารณ์ สังเคราะห์ หรือการประเมินค่าเพื่อตอบคำถาม เป็นการส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดทักษะการตัดสินใจในคลินิก⁸ การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ สามารถใช้เป็นสื่อเสริมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ สำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำของนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนย่อย คือ

ตอนที่ 1 การพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทักษะการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ (intravenous injection) ประกอบด้วย การฉีดยาเข้าทางชุดให้สารน้ำ (IV line) การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่คาไว้ (IV lock) และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด (IV infusion) จากนั้นสร้างเป็นกรอบลำดับภาพและเนื้อหา (Story board) ของทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความครอบคลุมและความชัดเจน จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา และนำไปผลิตเป็นวิดีโอทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ตอนที่ 2 การพัฒนาแบบทดสอบการทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการตัดสินใจทางคลินิก จากนั้นพัฒนาแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก เรื่องการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ประกอบด้วย 3 วิธีทาง ได้แก่ การฉีดยาเข้าทางชุดให้สารน้ำ (IV line) การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่คาไว้ (IV lock) และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด (IV infusion) เป็นข้อคำถามแบบปรนัยหลายตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ที่มีการตรวจให้คะแนน 2 ค่า คือตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จากนั้นผู้วิจัยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามและตัวเลือกคำตอบด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา

ตอนที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการตรวจสอบคุณภาพ

1) ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยผลิตสื่อวิดีโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Video) มีลักษณะเป็นภาพเคลื่อนไหว 2 มิติ ภาพนิ่ง ประกอบเนื้อหาการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และสอดแทรกข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ด้านความเหมาะสม

2) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยทดลองนำร่องใช้โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์กับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก จำนวน 15 คน จากนั้นปรับปรุงข้อคำถาม และความชัดเจนของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ฯ

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

ตอนที่ 1 การทดลองใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) ตามวิธีการของ Cohen จากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะความรู้ทางการผดุงครรภ์ในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้ค่าขนาดอิทธิพล 0.92 กำหนดให้มีระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน คัดเลือกโดยการสุ่ม (random sampling) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น

40 คน เพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิก โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมวิจัยจำนวน 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 25-30 นาที ในการศึกษาวิธีโอการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และการทำแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ทั้งนี้ระยะเวลาการวิจัยขึ้นอยู่กับใช้เวลาในการตอบคำถามโดยใช้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 ทุกคน จะได้รับการดูวิดีโอสื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นพื้นฐานเหมือนกัน แต่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกจากการศึกษาวิธีโอผ่านโปรแกรมฯ ซึ่งโปรแกรมฯ เป็นการประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกจากวิดีโอสื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามปกติ ดังนั้นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับผลกระทบจากการเรียนการสอน หากภายหลังกลุ่มตัวอย่างการเข้าร่วมวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะเปิดให้ผู้สนใจสามารถศึกษาและประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกได้

ตอนที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์วิดีโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลไปทดลองใช้กับตัวอย่าง โดยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ นักเรียนพยาบาล จำนวน 40 คน และประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยตอบแบบประเมินคุณภาพของโปรแกรมในรูปแบบ google form

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สรุปตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทักษะการปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพของกรอบลำดับภาพ และเนื้อหา (Story board) ของวิดีโอทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 2) แบบประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก 3) แบบประเมินความตรงตามเนื้อหาด้านความเหมาะสมของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และ 4) แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

2. การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ 2) แบบประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตามมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam 4 ด้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีในวิชาการพยาบาลพื้นฐานมาแล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของโปรแกรมการเรียนรู้ คือ นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 40 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) ตามวิธีการของ Cohen⁹ โดยจากผลการศึกษาของ Kala¹⁰ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมสมรรถนะความรู้ทางความรู้การผดุงครรภ์ในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตพบว่าค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.92 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน คัดเลือกโดยการสุ่ม (random sampling) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 40 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กรมแพทยทหารบก รหัสโครงการ N003q/65 วันที่รับรอง 4 สิงหาคม 2565 วันสิ้นสุดการรับรอง 3 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูล การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทักษะการปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้านความครอบคลุมและความชัดเจนของกรอบลำดับภาพและเนื้อหา โดยใช้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของคำถามรายข้อ (The content validity index for items, I-CVIs) และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ (The content validity index for scale, S-CVI) โดยใช้ค่าเฉลี่ยสัดส่วน (average proportion, S-CVI/Ave) 2) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 3) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 4) การตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก โดยวิเคราะห์ค่าความยากง่ายของข้อสอบ (p) และค่าอำนาจจำแนกข้อสอบ (r) และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบทดสอบแบบสอดคล้องภายใน

2. การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ 1) การวิเคราะห์คะแนนทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ตามมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam 4 ด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์ระดับคุณภาพ คือ $M \geq 4.51$ มากที่สุด; $M = 3.51-4.50$ มาก; $M = 2.51-3.50$ ปานกลาง; $M = 1.51-2.50$ น้อย และ $M = 1.0-1.50$ น้อยที่สุด

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาล สรุปตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1.1 ผลการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทักษะการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผลการพัฒนารอบลำดับภาพและเนื้อหา (Story board) ทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบ่งเป็น การเตรียมยา และการฉีดยาเข้าทางชุดให้สารน้ำ (IV line) การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่ค่าไว้

(IV lock) และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด (IV infusion) ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ บทนำ การประเมิน (assessment) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) การประเมินผล (evaluation) การบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาล (document the procedure) และบทสรุป การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้านความครอบคลุมและความชัดเจนพบว่า ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.98 และ 0.95 ตามลำดับ แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหาทั้งรายข้อและรายฉบับ

1.2 ผลการพัฒนาแบบทดสอบการทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผลการพัฒนาแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ 3 วิธีทาง ได้แก่ การฉีดยาเข้าทางชุดให้สารน้ำ (IV line) การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่ค่าไว้ (IV lock) และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด (IV infusion) เป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมุ่งเน้นการตัดสินใจทางคลินิกในการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ มีการตรวจให้คะแนน 2 ค่า คือตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่า ข้อคำถามและตัวเลือกคำตอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00

1.3 การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1.3.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยผลิตสื่อวิดีโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Video) สอดแทรกข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้านความเหมาะสมเกี่ยวกับการนำเสนอและการลำดับเนื้อหา, ตัวอักษร การจัดองค์ประกอบภาพและการลำดับภาพ, เสียงบรรยาย เสียงดนตรีและเสียงประกอบ, ความสอดคล้องระหว่างภาพกับเสียงบรรยาย, การเสนอคำแนะนำสำหรับสาระสำคัญ และความสอดคล้องของข้อคำถามกับการลำดับเนื้อหา มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.40-5.00$; $SD = 0.00-0.55$)

1.3.2 ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ผลการวิเคราะห์คุณภาพข้อสอบรายข้อ และผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบทดสอบ 1) แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก จำนวน 20 ข้อ มีข้อสอบที่เหมาะสมจำนวน 20 ข้อ มีค่าความยากง่ายของข้อสอบ (p) 0.43-0.87 และมีค่าอำนาจจำแนกข้อสอบ (r) 0.22-0.85 2) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบทดสอบแบบสอดคล้องภายใน พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ เท่ากับ 0.71 โดยใช้สูตร KR-20 ควรีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

ตัวอย่าง ข้อคำถามองค์ประกอบการวางแผนการพยาบาล “ในกรณีที่นักเรียนประเมินสภาพผู้ป่วยและตรวจสอบพบว่าประสาทของทางเปิดเข้าหลอดเลือดดำที่ผู้ป่วยได้รับเป็นชนิด IV lock นักเรียนจะเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างไร?” ตัวเลือก 1. ระบายฉีดยาบรรจุยาฉีดตามแผนการรักษา สำลิสบูแอลกอฮอล์ 70% ถูมือสะอาด ถอดทั้งหัวเข็ม และใบบันทึกการให้ยา ตัวเลือก 2. ระบายฉีดยาบรรจุยาฉีดตามแผนการรักษา ระบายฉีดยาบรรจุน้ำเกลือ 0.9% สำลิสบูแอลกอฮอล์ 70% ถูมือสะอาด ถอดทั้งหัวเข็ม และใบบันทึกการให้ยา ตัวเลือก 3. ระบายฉีดยาบรรจุยาฉีดตามแผนการรักษา ขวดสารละลาย piggyback ชุดให้สารน้ำ สำลิสบูแอลกอฮอล์ 70% ถูมือสะอาด ถอดทั้งหัวเข็ม และใบบันทึกการให้ยา ตัวเลือก 4. ระบายฉีดยาบรรจุยาฉีดตามแผนการรักษา ขวดสารละลาย piggyback ชุดให้สารน้ำ infusion pump สำลิสบูแอลกอฮอล์ 70% ถูมือสะอาด ถอดทั้งหัวเข็ม และใบบันทึกการให้ยา (p = 0.85, r = 0.22) (คำตอบตัวเลือก 2)

1.3.3 การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้เรียนเริ่มต้นจากการศึกษาคู่มือการใช้งานวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ จากนั้นเข้าศึกษาวิดีโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ และกด Link www.fundanursing-rtanc.com เพื่อเข้าสู่โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการกดเลือกวิดีโอและกดเลือกเพื่อเริ่มทำแบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิก ดังนี้

1) ผู้เรียนกดเลือกที่คำว่า “ดูวิดีโอ” ของเหตุการณ์เกี่ยวกับการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

2) ผู้เรียนเลือกกดที่สัญลักษณ์ Play  เพื่อเริ่มต้นเล่นวิดีโอ

3) เมื่อวิดีโอหยุดเล่นและมีสัญลักษณ์  ปรากฏขึ้น ให้ผู้เรียนกดเลือก เพื่อเริ่มทำแบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิก และให้ผู้เรียนกดเลือกคำตอบที่ถูกต้องคำตอบเดียว หากคำตอบที่ผู้เรียนกดเลือกเป็นคำตอบที่ถูกต้องจะปรากฏสัญลักษณ์ จากนั้นให้ผู้เรียนกดเลือก  Continue เพื่อเริ่มเล่นวิดีโอต่อไป หากคำตอบที่ผู้เรียนกดเลือกเป็นคำตอบที่ไม่ถูกต้อง จะปรากฏสัญลักษณ์ จากนั้นให้ผู้เรียนกดเลือกเพื่อเริ่มเล่นวิดีโอต่อไป

4) เมื่อผู้เรียนศึกษาวิดีโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์จบ จะปรากฏคะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิก จากนั้นให้ผู้เรียนกดเลือก  Submit Answers เพื่อส่งคะแนนเข้าสู่ระบบ หากผู้เรียนส่งผลคะแนนสำเร็จ จะปรากฏข้อความ Your answers have been submitted! จากนั้นผู้เรียนสามารถย้อนกลับไปหน้าจอเพื่อเลือกวิดีโอเหตุการณ์เกี่ยวกับการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำถัดไป

การศึกษาวีดิโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์ ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที ทั้งนี้ขึ้นกับการใช้เวลาในการตัดสินใจเลือกคำตอบของผู้เรียน และผู้เรียนจะได้รับทราบคะแนนจากการประมวลผลของโปรแกรมฯ ภายหลังการศึกษาวีดิโอการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำเสร็จสิ้น การทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกมีคะแนนของแบบทดสอบทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนนทักษะการตัดสินใจทางคลินิก เกณฑ์ผ่านร้อยละ 60 คิดเป็นคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ ต้องปรับปรุง คือ คะแนน < 12 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้ พอใช้ คือ 12 คะแนน ปานกลาง คือ 13 คะแนน ดี คือ 14 คะแนน ดีมาก คือ 15 คะแนน และดีเยี่ยม คือ ≥ 16 คะแนน

2. ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ สรุปตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 ผลการทดลองใช้เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

ผลคะแนนทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำพบว่า นักเรียนพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำอยู่ในระดับดีเยี่ยม คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา นักเรียนพยาบาลมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 17.50 และนักเรียนพยาบาลมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ไม่ผ่านเกณฑ์ต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 2 (Max = 20, Min = 11, M = 16.23, SD = 2.20)

2.2 ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ตามมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam 4 ด้าน คุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.38, SD = 0.82) และรายการประเมินรายข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากขึ้นไป ประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์โดยรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก (M = 4.44, SD = 0.03) ด้านความเป็นไปได้โดยรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก (M = 4.35, SD = 0.02) ด้านความเหมาะสมโดยรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก (M = 4.31, SD = 0.03) และด้านความถูกต้องโดยรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.40, SD = 0.03) แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบมีปฏิสัมพันธ์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกมีคุณภาพ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ทักษะปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ (intravenous injection) ประกอบด้วย การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำให้สารน้ำ (IV line) การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่คาไว้ (IV lock) และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด (IV infusion) สอดคล้องกับการศึกษาการกำหนดกิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (EPA) ของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา¹ ทั้งนี้ผู้วิจัยสร้างกรอบลำดับภาพ

และเนื้อหา (Story board) ของทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ การเตรียมยา และการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำให้สารน้ำ (IV line) การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่คาไว้ (IV lock) และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด (IV infusion) การตรวจสอบคุณภาพของกรอบลำดับภาพและเนื้อหา (Story board) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้านความครอบคลุมและความชัดเจนของกรอบลำดับภาพและเนื้อหา พิจารณาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของคำถามรายข้อ (The content validity index for items, I-CVIs) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ (The content validity index for scale, S-CVI) เท่ากับ 0.98 โดยใช้ค่าเฉลี่ยสัดส่วน (average proportion, S-CVI/Ave) ควรได้น้อยกว่า 0.90¹¹

การพัฒนาแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ 3 วิธีทาง ได้แก่ การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำให้สารน้ำ (IV line) การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำทางเข็มที่คาไว้ (IV lock) และการให้ยาเข้าหลอดเลือดดำโดยการหยด (IV infusion) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบปรนัยหลายตัวเลือก ข้อคำถามและตัวเลือกคำตอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 โดยพิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์¹¹

การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยผลิตสื่อวิดีโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Video) สอดแทรกข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวไว้ การตั้งคำถามกับผู้เรียนส่งเสริมความสามารถในการให้เหตุผลทางคลินิกและการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาล การตอบคำถามผู้เรียนจะถูกกระตุ้นให้ฝึกกระบวนการคิดและวิเคราะห์ด้วยคำถามเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ คำถามจึงเป็นโอกาสให้ผู้เรียนค้นหาเหตุผลจากความรู้เดิม ทำให้ผู้เรียนฝึกทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกและการตัดสินใจทางคลินิก¹² ประเด็นข้อคำถามเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นคำถามให้นักเรียนพยาบาลพิจารณาสถานการณ์การปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วย โดยนักเรียนพยาบาลต้องวิเคราะห์ข้อมูล หรือแปลผลในเรื่องราวทางคลินิกเพื่อตอบคำถาม เช่น

คำถามพิจารณาสถานการณ์และเลือกทางเลือกที่ต้องการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลปกติและผิดปกติ หรือเลือกจะให้การพยาบาลเรื่องใดเป็นอันดับแรก เป็นต้น⁴ การออกแบบคำถามตามขั้นตอนต่างๆ โดยตำแหน่งของคำถามจะแทรกก่อนหน้าวิดีโอแต่ละขั้นตอน แทรกระหว่างเนื้อหาใจความสำคัญและแทรกท้ายวิดีโอแต่ละขั้นตอน โดยรูปแบบคำถามแบบเลือกตอบแทรกขึ้นมาเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน

สำหรับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ พบว่า การวิเคราะห์คุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด การตรวจสอบความเที่ยงของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ พบว่า การวิเคราะห์คุณภาพข้อสอบรายข้อ มีข้อสอบที่เหมาะสมจำนวน 20 ข้อ มีค่าความยากง่ายของข้อสอบ (p) 0.43 - 0.87 และมีค่าอำนาจจำแนกข้อสอบ (r) 0.22 - 0.85 และผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบทดสอบพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ เท่ากับ 0.71 โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ทั้งนี้ควรมีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าแบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้งานวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ผู้เรียนเข้าศึกษาวิดีโอทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยกด Link เพื่อเข้าสู่โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการคลิกอ่านและทำแบบทดสอบ เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาล ทั้งนี้วิดีโอเป็นสื่อการสอนที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถบันทึกภาพและเสียงไว้ได้พร้อมกัน การออกแบบวิดีโอปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ผู้เรียนมีการโต้ตอบในการเรียนรู้แม้จะเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง การนำวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์เรื่องทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำที่มีคำถามสลับกับภาพวิดีโอขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาลนั้น สามารถกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนให้แสดงการโต้ตอบได้ โดยในขณะที่ภาพปรากฏขึ้นบนจอ ผู้เรียนจะได้ดูวิดีโอขั้นตอนการปฏิบัติแล้วภาพจะหยุดบนจอคอมพิวเตอร์จะปรากฏคำถามหรือแบบฝึกหัดที่ได้กำหนดไว้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อทดสอบความเข้าใจของผู้เรียน

ทำให้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์มีประสิทธิภาพมากกว่าการดูวิดีโอเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษา กล่าวว่า การใช้วิดีโอเป็นสื่อการสอนช่วยพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ของผู้เรียนทั้งด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) ผู้เรียนสามารถรับสารทำความเข้าใจ เกิดเป็นความจำ โดยองค์ประกอบเสียง สี ภาพเคลื่อนไหว ด้านจิตพิสัย (affective domain) วิดีโอสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความอยากเรียน ซึ่งส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) วิดีโอช่วยแสดงขั้นตอนและรายละเอียดต่าง ๆ ในการเคลื่อนไหวเป็นตัวอย่างให้ผู้เรียนทำตาม^{7,13,14}

2. ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผู้เข้าร่วมการทดลองใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นนักเรียนพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 40 คน นักเรียนพยาบาลส่วนใหญ่ มีคะแนนทักษะการตัดสินใจทางคลินิกการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65 มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำอยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยนักเรียนพยาบาลมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 20 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 11 คะแนน ($M = 16.23$, $SD = 2.20$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำของนักเรียนพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้งานได้จริง

ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ตามมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam 4 ด้าน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก และรายการประเมินรายข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากขึ้นไป แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบมีปฏิสัมพันธ์ โดยใช้แบบทดสอบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำมีคุณภาพ สอดคล้องกับพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน

วิธีทัศน์ปฏิสัมพันธ์เพื่อการเรียนรู้สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชันวิธีทัศน์ปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบการเรียนรู้ได้จริง⁴

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำสำหรับนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 ไปใช้ในการส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักเรียนพยาบาลรวมทั้งการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

2. นักเรียนพยาบาลสามารถใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเรื่องการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำของนักเรียนพยาบาล

2. การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องอื่นๆ เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การใส่สายยางให้อาหารและการให้อาหารทางสายยาง และการสวนปัสสาวะ เป็นต้น

References

1. Kanglee K, Lawthong N, Orathai P. Clinical Competency Assessment Model for Nursing Students Based on Miller's Pyramid Framework Using Entrustable Professional Activities. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 468-82. (in Thai)

2. Supina J. Construction of e-learning courseware on introduction to programming titled data type for Mathayom Suksa 4 Students, Hongsonsuxa School. Graduate School Chiang Mai University: Chiang Mai; 2015. (in Thai)
3. Müller-Staub M. Teaching nursing diagnoses: Fostering critical thinking. Paper presented at the NANDA-I Latin American Symposium, Brazil. Retrieved from <http://kb.nanda.org/article/AA00973/0/Teaching-Nursing-Diagnoses%3A-Fostering-CriticalThinking.htm>; 2011.
4. Suwannaparsop C, Sriprasertpapand K, & Onming R. The Development of VDO Interaction Web Application for Learning for Undergraduate Students, Srinakharinwirot University. Journal of Industrial Education. 2019; 13(2): 57-72. (in Thai)
5. Apinyalungkon K, Juntakun J, Kanyana B, Jaradrattanapaiboon Y, & Meenasantirak A. Transformative Learning: Guidelines for the Development of Clinical Reasoning for Nursing Students. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office. 2020; 6(1): 16-28. (in Thai)
6. Nonthamand N. Effects of an Insertion of 5W1H Questions in Lecture Video on Demand via Web 2.0 on Learning Achievement and Problem Solving Ability of Undergraduate Students. Graduate School Chulalongkorn University: Bangkok; 2011. (in Thai)
7. Nonthamand N. Interactive Videos with Open Learning in the 21st Century. Journal of Education Studies. 2018; 46(4): 211-27. (in Thai)

8. Berman MG, Kross E, Krpan KM, Askren MK, Burson A, Deldin PJ, Kaplan S, Sherdell L, Gotlib IH, & Jonides J. Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 140(3): 300-5.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nded.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. Kala S. Development of an electronic learning program for enhancing comprehensive midwifery competency among undergraduate nursing students [dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2009.
11. Polit DF, & Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice 10thed. Wolters Kluwer Health; 2017.
12. Sinthuchai S, Chiengta P, Bunsonti N. Clinical reasoning: concept and application for learning and teaching in nursing students. *Nursing Journal of the Ministry of Public*, 2018; 28(2): 27-40. (in Thai)
13. Sanitsakul A. Outcomes of blended learning in a nursing technique, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(1): 53-9. (in Thai)
14. Srijanpal W, Thatan S & Fukfon K. Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy of nursing students in caring for patients with septic shock. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(1): 283-93. (in Thai)

ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ถูกระรานทางไซเบอร์

Factors Predicting Depressive Symptoms of Cyberbullying Victims in Middle-School Students

อัญชลี จีรัตน์ นุชนาถ บรรพมพร* สารรัตน์ วุฒิอาภา

Anchalee Jeerat Nuchanart Bunthumporn* Sararud Vuthiarpa

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Phatumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า และปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 3) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง 4) แบบประเมินการเผชิญปัญหา 5) แบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้ 6) แบบประเมินรูปแบบการเลี้ยงดู 7) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 8) แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน 9) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ 10) แบบประเมินการติดสื่อสังคมออนไลน์ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 2-10 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค์ได้เท่ากับ 0.90, 0.83, 0.84, 0.95, 0.85, 0.83, 0.83, 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.61 คะแนน ($M = 20.61$, $SD = 9.89$) ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าโดยเรียงตามค่าทำนายสูงสุดไปต่ำสุด ดังนี้ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ ($\beta = -0.332$, $p < .001$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ($\beta = 0.290$, $p < .001$) รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์มากกว่า 1 รูปแบบ ($\beta = 0.243$, $p < .001$) เพศหญิง ($\beta = 0.174$, $p < .001$) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา ($\beta = 0.165$, $p < .05$) และการรับรู้ลักษณะของตนเองแบบชอบเก็บตัวและอารมณ์อ่อนไหว ($\beta = 0.127$, $p < .05$) โดยร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 34.7

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าได้ ผู้อำนวยการสถานศึกษาและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรจัดให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า, การถูกระรานทางไซเบอร์, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Corresponding Author: *e-mail: nuchanart @nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 26 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ก.พ. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ก.พ. 2566

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine depressive symptoms, factors influencing, and factors predicting depressive symptoms of cyberbullying victims in middle-school students. The sample consisted of 300 participants. The instruments used for collecting the data were 1) demographic characteristics questionnaires; 2) the Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D) 3) the self-esteem scale; 4) coping strategies scale; 5) learning style questionnaires; 6) parenting style questionnaires; 7) family relationships questionnaires; 8) friendship intimacy questionnaires; 9) social support questionnaires and 10) social media addiction questionnaires. The reliability test of questionnaires 2- 10 were 0.90, 0.83, 0.84, 0.95, 0.85, 0.83, 0.83, 0.93, and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient, Pearson's product correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

Study found that the mean score of depressive symptoms was 20.61. ($M = 20.61$, $SD = 9.89$). The result revealed the depressive symptoms were at a mild to moderate level. By examining the stepwise multiple regression for predicting depressive symptoms, the six factors that could predict depressive symptoms included emotion-focused coping ($\beta = -0.332$, $p < .001$), neglectful parenting style ($\beta = 0.290$, $p < .001$), more than 1 type of cyberbullying ($\beta = 0.243$, $p < .001$), female ($\beta = 0.174$, $p < .001$), problem-focused coping ($\beta = 0.165$, $p < .05$) and perceived characteristics (introverted personality and sentimental) ($\beta = 0.127$, $p < .05$). All six variables were able to predict depressive symptoms at 34.7%

The findings of this study showed that cyberbullying victims in middle-school students are a high risk group for depressive symptoms. Academic Administrator and Mental health professionals aimed at enhancing coping strategies to this population group.

Keywords: depressive symptoms, cyberbullying victims, middle-school students

บทนำ

จากสถิติของการใช้อินเทอร์เน็ตปี พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม¹ พบว่ากลุ่มอายุระหว่าง 6-14 ปี ใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 92.2 และกลุ่มอายุระหว่าง 15-24 ปี ใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 98.8 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการใช้อินเทอร์เน็ตออนไลน์ในกลุ่มวัยรุ่นที่เพิ่มมากขึ้น และยังคงมีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้าเหล่านี้นย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งในเชิงสร้างสรรค์และในเชิงไม่สร้างสรรค์² วัยรุ่นมีการใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลางระหว่างบุคคลเพื่อเป็นช่องทางการแสดงพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น เนื่องจากช่องทางนี้ไม่ต้องเผชิญหน้ากัน และสามารถเลือกที่จะไม่ระบุตัวตนที่แท้จริงได้ อีกทั้งการรังแกนี้สามารถกระทำได้ตลอดเวลา³ ซึ่งราชบัณฑิตยสภา เรียกการรังแกรูปแบบใหม่นี้ว่า “การกระหน่ำทางไซเบอร์ (Cyberbullying)”

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ถูกระหน่ำทางไซเบอร์

ประกอบด้วยหลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ โกรธ เสียใจ และอับอาย เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รวมถึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด อาการซึมเศร้า รวมถึงการนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย⁴ 2) ด้านพฤติกรรม ทำให้ขาดสมาธิในการเรียน ผลการเรียนตกต่ำ มีปัญหาการเรียนรวมถึงพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดต่างๆ⁵ 3) ด้านสังคม ได้แก่ ไม่อยากเข้าสังคม มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น⁶ และ 4) ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดท้อง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลียเรื้อรัง และทำร้ายตัวเอง⁷

จากผลกระทบดังกล่าว การถูกระหน่ำทางไซเบอร์จึงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่นำไปสู่การมีอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น⁸ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ถูกระหน่ำทางไซเบอร์มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ถูกระหน่ำทางไซเบอร์⁹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบ

ว่าผู้ถูกระรานทางไซเบอร์จะมีอาการซึมเศร้าในระยะยาวที่สูงกว่าผู้ถูกรังแกแบบทั่วไป¹⁰ รวมไปถึงได้มีการศึกษาในระยะยาวในกลุ่มผู้ถูกระรานทางไซเบอร์ พบว่า การถูกระรานทางไซเบอร์มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า¹¹ การค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์เป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะสามารถช่วยให้มีองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มนี้ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและอาจทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ การรับรู้ลักษณะของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหา รูปแบบการเรียนรู้ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว (ขนาดครอบครัว, เศรษฐฐานะ) โรงเรียน (ระบบการดูแลนักเรียน) การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านเทคโนโลยี ได้แก่ การติดต่อสังคมออนไลน์ ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์ ประเด็นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ระยะเวลาของการถูกระรานทางไซเบอร์ และผู้รับรู้ร่วมเหตุการณ์

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้เห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ¹² จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า ช่วงอายุระหว่าง 12-15 ปี ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมการถูกระรานทางไซเบอร์มากที่สุด และจะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุ 16 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันการศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนที่ถูกระรานทางไซเบอร์ยังมีน้อย โดยการถูกระรานทางไซเบอร์มีความแตกต่างจากการถูกรังแกแบบอื่น โดยการใช้เทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้องในการแสดงพฤติกรรมรังแกผู้อื่น ซึ่งผู้ถูกระรานทางไซเบอร์ไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ และสามารถถูกระรานได้ตลอดเวลาและมีผู้ร่วมรับรู้ในวงกว้างผ่านทางไซเบอร์ อันนำมาสู่ผลกระทบด้านจิตใจที่แตกต่างกับการรังแกแบบทั่วไป ทำให้นักเรียนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นการค้นหานักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า เพื่อให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในนักเรียนที่ถูกระรานทางไซเบอร์ได้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนาย

อาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์หรือทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนกลุ่มนี้ได้ และจะสามารถนำความรู้นี้ไปพัฒนาแนวทางป้องกันหรือลดอาการซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเทคโนโลยีกับอาการซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเทคโนโลยี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบชีวนิเวศวิทยาของการพัฒนามนุษย์ (Bioecological Model of Human Development) ของบรอนเฟนเบรนเนอร์และมอร์ริส¹³ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับอาการซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ การรับรู้ลักษณะของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหา และรูปแบบการเรียนรู้ 2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด ประกอบด้วย รูปแบบการเลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ขนาดครอบครัว, เศรษฐฐานะ ระบบการดูแลนักเรียน และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี ประกอบด้วย การติดต่อสังคมออนไลน์ ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์ ประเด็นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ระยะเวลาของการถูกระรานทางไซเบอร์ และจำนวนผู้รับรู้ร่วมเหตุการณ์ ซึ่งสามารถอธิบาย 4 ปัจจัยข้างต้นด้วยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบชีวนิเวศวิทยาของการพัฒนามนุษย์ หรือเรียกว่า PPCT Model ดังนี้ บุคคล (Person) คือ นักเรียนที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางของระบบใหญ่ทั้งหมด กระบวนการ (Process) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของนักเรียนกับบริบทแวดล้อมที่มีความใกล้ชิดกับบริบทแวดล้อม (Context)

ซึ่งบริบทแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมีหลายระดับ แต่ละระดับมีอิทธิพลต่อนักเรียนที่แตกต่างกัน และระบบเวลา (Time) ในที่นี้คือ การเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและการเข้าถึงง่าย การที่บุคคลจะมีการพัฒนาและการปรับตัวที่ดีนั้น จะต้องเกิดจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบริบทแวดล้อม ซึ่งบริบทแวดล้อมนั้นมีหลายระดับ ซึ่งแต่ละระดับมีอิทธิพลต่อการพัฒนาและการปรับตัวที่แตกต่างกัน ซึ่งหากกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อมเกิดปัญหาในระดับใดระดับหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อคนต้องมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่มากระทบนั้น ซึ่งหากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้ถูกกระตุ้นให้แสดงออกโดยเหตุการณ์หรือสถานการณ์ทำให้เกิดความคิดทางด้านลบ 3 ด้าน ได้แก่ ความคิดทางลบกับตนเอง การรับรู้ทางลบต่อสิ่งแวดล้อม และความคิดทางลบต่ออนาคต และนำไปสู่การมีอารมณ์ซึมเศร้าได้¹⁴

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนอายุระหว่าง 12-16 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 (ปทุมธานี สระบุรี) ที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ทั้งหมด 43 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนอายุระหว่าง 12-16 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 (ปทุมธานี สระบุรี) ที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ในปีการศึกษาที่ 2564 ภาคการศึกษาที่ 2 จำนวน 300 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เคยถูกระรานทางไซเบอร์ (คัดกรองโดยแบบสอบถามประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ตในระดับเคยบางครั้งขึ้นไป อย่างน้อย 1 ข้อ จะจัดอยู่ในกลุ่มที่ถูกระรานทางไซเบอร์) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของธอร์นไคด์ $n = 10k + 50$ โดยที่ n หมายถึงขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ k หมายถึงจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา ซึ่งตัวแปรที่นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 22 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 270 คนและเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาด

ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 300 คน ทำการคัดเลือกนักเรียน ซึ่งทางโรงเรียนได้คัดเลือกห้องเรียนให้ 21 ห้องเรียน โดยแบ่งเป็นระดับชั้นละ 7 ห้องเรียน หลังจากนั้นทำการคัดเลือกนักเรียนตามเกณฑ์ที่กำหนด จนได้จำนวนนักเรียนครบ 300 คน โดยแบ่งเป็นระดับชั้นละ 100 คน รวมทั้งหมด 3 ระดับชั้น จำนวน 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต¹⁵ มี 9 ข้อ และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 10 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ผลการเรียน การรับรู้ลักษณะของตนเอง ขนาดครอบครัว ผู้เลี้ยงดู เศรษฐฐานะ ระบบการดูแลนักเรียน ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ รูปแบบการถูกระรานทางไซเบอร์ ระยะเวลาที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ประเด็นที่ถูกกระรานทางไซเบอร์ และจำนวนผู้รับรู้ร่วมเหตุการณ์ 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า¹⁶ 20 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีอาการ ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และระดับรุนแรง 3) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง¹⁷ มี 10 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง 4) แบบประเมินการเผชิญปัญหา¹⁸ มี 40 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์และแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา หากคะแนนรวมในแบบใดมีคะแนนรวมสูง หมายถึงใช้การเผชิญปัญหาแบบนั้นเป็นส่วนใหญ่ 5) แบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้¹⁹ มี 32 ข้อ หากคะแนนรวมในรูปแบบการเรียนรู้ใดมีคะแนนรวมสูง หมายถึง ใช้รูปแบบการเรียนรู้นั้นบ่อยครั้ง 6) แบบประเมินรูปแบบการเลี้ยงดู²⁰ มี 32 ข้อ หากคะแนนรวมในรูปแบบใดสูง หมายถึง ได้รับการเลี้ยงดูตามรูปแบบการเลี้ยงดูนั้น 7) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว²¹ มี 16 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง 8) แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน²² มี 12 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง 9) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม²³ มี 15 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง และ 10) แบบประเมินการติดสื่อสังคมออนไลน์²⁴ มี 16 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์ คลั่งไคล้สื่อสังคมออนไลน์และติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยนำไป

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการระรานทางไซเบอร์ 1 ท่าน และนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน หลังจากนั้นมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 2-10 เท่ากับ 0.88, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 0.86, 1.00 ตามลำดับ และได้นำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลในชุดที่ 2-10 เท่ากับ 0.90, 0.83, 0.84, 0.95, 0.85, 0.83, 0.83, 0.93, 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ตามหนังสือรับรองรหัสโครงการ COA No. 130/2564 ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2564 และได้รับอนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของอาสาสมัครวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและไม่มีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยแคร์สสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

เพียร์สัน (Pearson's correlation) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.3 มีอายุเฉลี่ย 13.94 ปี ($M = 13.94$, $SD = 0.93$) ผลการเรียนเฉลี่ย 3.4 ($M = 3.4$, $SD = 0.62$) สถานภาพของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.3 ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 76.7 มีขนาดครอบครัวขยาย ร้อยละ 55 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 25,001-50,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 44 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ลักษณะของตนเอง เป็นคนชอบเข้าสังคมร้อยละ 52 ประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้เป็นประจำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เฟซบุ๊กมากที่สุด ร้อยละ 85.7 ระยะเวลาที่ถูกระรานทางไซเบอร์ของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกตอบในแต่ละช่วงเวลามีความใกล้เคียงกัน โดยพบระยะเวลามากกว่า 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 23.7 รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์ ส่วนใหญ่เป็นการถูกด่าหาขบคาย ร้อยละ 72 ประเด็นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ที่พบมากที่สุดได้แก่ เรื่องรูปร่างหน้าตา สีผิว ร้อยละ 48 จำนวนผู้รับรู้ร่วมเหตุการณ์ของการถูกระรานทางไซเบอร์ แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนแรก ได้แก่ จำนวนผู้กดไลค์ พบว่า ไม่มีผู้กดไลค์ ร้อยละ 55 และมีผู้กดไลค์ร้อยละ 45 (กดไลค์จำนวนน้อย ร้อยละ 31.7 และกดไลค์จำนวนมาก ร้อยละ 13.3) และส่วนที่สองได้แก่จำนวนผู้กดแชร์ พบว่า ไม่มีผู้กดแชร์ ร้อยละ 80.7 และมีผู้กดแชร์ ร้อยละ 19.4 (กดแชร์จำนวนน้อย ร้อยละ 17.7 และกดแชร์จำนวนมาก ร้อยละ 1.7 สำหรับระบบการดูแล พบว่าไม่มีระบบการดูแลนักเรียนที่ถูกระรานทางไซเบอร์สูงถึงร้อยละ 94.3 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากทีมวิชาชีพ ร้อยละ 99

โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ทั้งหมด 3 ระดับชั้น มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.61 คะแนน ($M = 20.61$, $SD = 9.89$) ซึ่งจัดอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับอาการซึมเศร้าในนักเรียนที่ถูกระรานทางไซเบอร์ (n = 300)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	อาการซึมเศร้า	
	r	P-value
1. ปัจจัยด้านบุคคล		
เพศ	.302 ^b	0.00
การรับรู้ลักษณะของตนเอง	.351 ^b	0.00
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-.597 ^a	0.00
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์	-0.335 ^a	0.00
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา	-0.117 ^a	0.043
รูปแบบการเรียนรู้แบบดูดซึม	-0.180 ^a	0.002
รูปแบบการเรียนรู้แบบปรับปรุง	-0.118 ^a	0.041
2. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด		
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด	0.383 ^a	0.00
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต	-0.288 ^a	0.00
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย	0.417 ^a	0.00
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.276 ^a	0.00
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม		
การสนับสนุนทางสังคม	-0.307 ^a	0.00
4. ปัจจัยด้านเทคโนโลยี		
รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์	0.257 ^b	0.00
ประเด็นที่ถูกระรานทางไซเบอร์	0.163 ^b	0.005
จำนวนผู้รับรู้ร่วมเหตุการณ์		
จำนวนผู้กดไลค์	0.371 ^b	0.00
จำนวนผู้กดแชร์	0.233 ^b	0.00
การติดต่อสังคมออนไลน์	0.149 ^a	0.01

หมายเหตุ ^a = สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน, ^b สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

จากตารางที่ 1 พบว่า 1) ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า เพศ ($r = .302, p < .001$) และการรับรู้ลักษณะของตนเอง ($r = .351, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = -.597, p < .001$) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ ($r = -0.335, p < .001$) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา ($r = -0.117, p < .05$) รูปแบบการเรียนรู้แบบดูดซึม ($r = -0.180, p < .05$) และรูปแบบการเรียนรู้แบบปรับปรุง ($r = -0.118, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า 2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด พบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด ($r = 0.383, p < .001$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ($r = 0.417, p < .001$) มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ส่วนรูปแบบการเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต ($r = -0.288, p < .001$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.276, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.307, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า และ 3) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี พบว่า การติดต่อสังคมออนไลน์ ($r = 0.149, p < .05$) รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์ ($r = 0.257, p < .001$) ประเด็นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ($r = 0.163, p < .05$) จำนวนผู้กดไลค์ ($r = 0.371, p < .001$) และจำนวนผู้กดแชร์ ($r = 0.233, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ดังแสดงผลในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยต่อการทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ (n = 195)

ปัจจัยทำนาย	b	SEb	Beta (β)	t	P-value
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์	-0.231	0.053	-0.332	-4.335	0.000
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย	0.381	0.080	0.290	4.743	0.000
รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์มากกว่า 1 รูปแบบ	3.677	0.920	0.243	3.998	0.000
เพศหญิง	2.962	1.017	0.174	2.913	0.004
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา	0.124	0.057	0.165	2.183	0.030
การรับรู้ลักษณะของตนเอง แบบชอบเก็บตัวและอารมณ์อ่อนไหว)	1.937	0.909	0.127	2.131	0.034
ค่าคงที่ (constant)	22.973	2.983		7.703	0.000

$R^2 = 0.347$, $F = 16.628$, $P\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยต่อการทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ โดยการคัดเลือกนักเรียนที่มีคะแนนอาการซึมเศร้า 16 คะแนนขึ้นไป (n = 195) พบว่า มี 6 ปัจจัยที่สามารถทำนายทำนายอาการซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดไปต่ำสุดได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ ($\beta = -0.332$, $p < .001$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ($\beta = 0.290$, $p < .001$) รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์มากกว่า 1 รูปแบบ ($\beta = 0.243$, $p < .001$) เพศหญิง ($\beta = 0.174$, $p < .001$) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา ($\beta = 0.165$, $p < .05$) และการรับรู้ลักษณะของตนเองแบบชอบเก็บตัวและอารมณ์อ่อนไหว ($\beta = 0.127$, $p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ได้ร้อยละ 34.7 ($R^2 = 0.347$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงผลในตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์เท่ากับ 20.61 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา²⁵ โดยได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมถูกระรานทางไซเบอร์ในของนักเรียนในภาคกลาง พบว่าอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ($\beta = .88$, $p < .001$ และ $\beta = .89$, $p < .05$) 9) เป็นปัจจัยทำนายของการถูกระรานทางไซเบอร์

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ 1) เพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษา²⁶ ที่ได้ศึกษาผลของการถูกระรานทางไซเบอร์ต่ออาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี พบว่าเพศหญิงมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2) การรับรู้ลักษณะของตนเองแบบชอบเก็บตัวและอารมณ์อ่อนไหว เชื่อว่าการชอบเก็บตัวเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าและทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ รวมไปถึงการมีอารมณ์อ่อนไหวไม่มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าได้ 3) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม โดยการเก็บกดไว้ภายใน เช่น ร้องไห้ วิตกกังวล สามารถทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้²⁷ และ 4) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม จะทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง²⁷ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ 5) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีโอกาสทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้²⁸ ทั้งนี้รูปแบบการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับด้านอารมณ์ หากได้รับการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้มีพัฒนาการทางด้านอารมณ์ที่ดี และสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ และปัจจัยด้านเทคโนโลยี ได้แก่ 6) รูปแบบของการถูกระรานทางไซเบอร์มากกว่า 1 รูปแบบ แสดงให้เห็นว่าการถูกระรานทางไซเบอร์มากกว่า 1 รูปแบบ มีโอกาสทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าการถูกระรานทางไซเบอร์เพียงรูปแบบเดียว ซึ่งจากการศึกษานี้ รูปแบบที่พบมากที่สุด ได้แก่ การนิทาและด่าทอ การถูกกีดกันออกจากกลุ่ม การใส่ความ

และการถูกแอบอ้างชื่อ ตามลำดับ โดยทั้ง 6 ปัจจัยทำนาย
ข้างต้นสามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 34.7
ซึ่งมีความสอดคล้องกับรูปแบบชีวิตนิเวศวิทยาของการพัฒนา
มนุษย์¹³ ที่ได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ที่เชื่อว่า
การที่บุคคลจะมีการพัฒนาและการปรับตัวที่ดีขึ้น จะต้องเกิด
จากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบริบทแวดล้อม ซึ่งบริบท
แวดล้อมแต่ละระดับมีอิทธิพลต่อการพัฒนาและการปรับตัวที่
แตกต่างกัน หากกระบวนการปฏิสัมพันธ์เกิดปัญหาในระดับใด
ระดับหนึ่ง จะส่งผลให้มีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่มากระทบ
หากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้มีการตำหนิและโทษตนเอง
เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
ในการวางแผนป้องกันและการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบ
ปัญหาการถูกรังแกทางไซเบอร์ที่มีอาการซึมเศร้า
2. การพัฒนาระบบการช่วยเหลือนักเรียนเมื่อ
ถูกรังแกทางไซเบอร์ในสถานศึกษา ตลอดจนการมีโครงการ
นำร่องสำหรับการช่วยเหลือนักเรียนที่ถูกรังแกทางไซเบอร์
เช่น การช่วยเหลือในกลุ่มนักเรียนหญิง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง
เช่น โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
ให้กับนักเรียน เพื่อป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในนักเรียน
ที่ถูกรังแกทางไซเบอร์

References

1. National statistical office. The 2021 household
survey on the use of information and
communication technology. Bangkok: NSO
Data Catalog; 2022 (in Thai)
2. Srivichai C. Self-Care of Addiction Social Media
adolescent. Journal of The Royal Thai Army
Nurses. 2018; 19(2): 31-6. (in Thai)
3. Slonje, Smith. The nature of cyberbullying, and
strategies for prevention. Computers in Human
Behavior. 2013; 29(1): 26-32.

4. Kowalski, Limber. Psychological, Physical, and
Academic Correlates of Cyberbullying and
Traditional Bullying. Journal of Adolescent
Health. 2013; 53(1): 13-20.
5. Underwood, M. K., Ehrenreich, S. E. The power
and the pain of adolescents' digital
communication: Cyber victimization and the
perils of lurking. American Psychologist. 2017;
72(2): 144-58
6. Charoenwanit S. Cyber Bullying: Impacts and
Preventions in Adolescents. Thai Science and
Technology Journal.2017; 25(4): 639-45.
7. Thutisud B. When being bullied. 1sted. Bangkok:
Good printing and packaging group; 2019
(in Thai)
8. Calvete, E., Orue, I., Gamez-Guadix, M. Cyberbullying
victimization and depression in adolescents:
the mediating role of body image and cognitive
schemas in a one-year prospective study.
European Journal of Criminal Policy and
Research. 2017; 22: 271-84.
9. Robin, M.K., Susan, P.L. Psychological, physical,
and academic correlates of cyberbullying
and traditional bullying. Adolescent. Health.
2013.
10. Machmutow, K., Perren ,S., Sticca, F., Alsaker, F.
Peer victimisation and depressive symptoms
Can specific coping strategies buffer the
negative impact of cyber victimisation?
Emotional and Behavioural Difficulties.
2012; 17(3): 403-20.
11. Liu, C., Liu, Z., Yuan, G. The longitudinal influence
of cyberbullying victimization on depression
and posttraumatic stress symptoms: The
mediation role of rumination Journal of Health
Psychology.2020; 34: 206-10.
12. Pliankerd P. Depressive disorder: Nurse's role in
nursing care. Journal of The Royal Thai Army
Nurses. 2014; 15(1): 18-21. (in Thai)

13. Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology, Theoretical models of human development. 6th ed. New York: Wiley; 2006.
14. Beck, A.T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects: University of Pennsylvania; 1967
15. Anuroj K, Pityaratstian N. Cyber-Aggression Perpetration and Victimization Scale Validity and Reliability of Cyber-Aggression Perpetration and Victimization Scale. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2019; 64(1), 45-60. (in Thai)
16. Trangkasombat, U., Larbboonsarp, V., Havanond, P. CES-D as a screen for depression in adolescents. Journal of Psychiatric Association of Thailand. 1997; 17(3): 412-29. (in Thai)
17. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Confirmatory factor analysis of Rosenberg self esteem scale : a study of Thai student sample. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2011; 56(1): 59-70. (in Thai)
18. Pratepteranun W. The effect of empower program on coping ability of suicidal attempters. Journal of the psychiatric nursing and mental health. 2015; 29(2): 103-15. (in Thai)
19. Petchboonmee P, The Forecasion of David Kolb's Experiential Learning Style Using the Classification Rules with Decision Tree Technique. Journal of Science and Technology. 2013; 21(6): 547-57 (in Thai)
20. Kititussaranee S. The Relationship between Parenting Styles and Depression of the Fourth Level Students. Rama Nurs J. 2009, 15(1): 36-47 (in Thai)
21. Jitaree B. The Factors Influencing Depression Amongst the Elderly at a Community in Nakhon Pathom Province. (thesis). Nakhon Pathom, Christian University; 2012. (in Thai)
22. Nateetan M. The Factors Influencing Depression in adolescents in Chiang Mai Province. (thesis). Chiang Mai, Chiang Mai University; 2003. (in Thai)
23. Wichisiri P. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at WatSarod Rat Burana District, Bangkok. Journal of Social Sciences and Humanities. 2012; 38(2): 139-51. (in Thai)
24. Pernsungrern P, Pornnoppadol C, Sidthiraksa N, Buntub D. Social media addiction: prevalence and association with depression among 7th-12th Grade Students in Bangkok. Graduate Research Conference 2014; 2014 Mar 28; Khon Kaen, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014.
25. Laisuwannachart P, Suteeprasert T, Bunsiriluck S. (2565). Factors predicting cyberbullying perpetration and victimization among students in central Thailand. Journal of Mental Health of Thailand. 2022; 30(2), 100-13. (in Thai)
26. Maurya, C., Muhammad, T., Dhillon, P., & Maurya, P. The effects of cyberbullying victimization on depression and suicidal ideation among adolescents and young adults: a three year cohort study from India. Bio Bed Central Psychiatry. 2022; 22(599), 2-14.
27. Sawasdisutha P. The coping styles among high school students in Bangkok and the relationship between coping mechanisms and depression. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2016; 61(1), 4152. (in Thai)
28. Romero-Acosta, K., Gómez-de-Regil, L., Lowe, G. A., Garth, L., Gibson. R.C. Parenting Styles, Anxiety and Depressive Symptoms in Child/Adolescent. International Journal of Psychological Research. 2021; 14(1), 12-32.

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมวิชาการผดุงครรภ์ ในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

The Effect of Midwifery Preparation Program for Nurse and Midwifery License Examination among Air Force Student Nurses

ละอองดาว วรรณฤทธิ์*

La-Ongdao Wannarit*

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพฯ ๑ ประเทศไทย 10220

Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services,

Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมรายวิชาการผดุงครรภ์ ในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 4 ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2565 จำนวน 56 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเตรียมความพร้อมรายวิชาการผดุงครรภ์ มีค่าความตรง (CVI) เท่ากับ 1.00 และแบบทดสอบความรู้วิชาการผดุงครรภ์ จำนวน 2 ชุด แบบคู่ขนาน มีค่าความตรงเท่ากับ 0.88 และ 0.90 วิเคราะห์ความเที่ยง (Kuder and Richardson; KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.72 และ 0.76 ตามลำดับ ทดสอบหาความเป็นคู่ขนานด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลวิจัยโดยใช้สถิติ Paired T-Test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.352, p < .001$) และสอบผ่านการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ร้อยละ 100

อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้สำหรับการเตรียมความพร้อมในรายวิชาการผดุงครรภ์ เพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมความพร้อมวิชาการผดุงครรภ์, การสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์, นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a midwifery preparation program for nurses and midwifery license examination among Air Force Student Nurses. The sample group was fifty-six Air Force Nurses who completed the degree in 2022, selected by purposive sampling. The research instruments comprised a midwifery preparation program, with a validity index (CVI) equal to 1.00, and two sets of midwifery knowledge tests, with a CVI equal to 0.88 and 0.90, respectively. Reliability was analyzed using Kuder and Richardson (KR-20) 0.72 and 0.76, respectively. The test-retest method was used to analyze the equivalence of parallel examinations, yielding the Pearson correlation coefficient of 0.91. The research data were analyzed using Paired T-test statistics.

The research results found that after participating in the program, the sample group had a higher mean score than before participating in the program, statistically significant ($t=15.352$, $p<.001$). 100% of samplings passed the nurses and midwifery licensure examination. The results of this study can be used as a guideline for nursing instructors to prepare for the midwifery course to take the examination and receive a license to be a registered nurse and midwifery.

Keywords: Midwifery Preparation Program, Nurse and Midwifery Licensure Examination, Air Force Student Nurses

บทนำ

การสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะรับรองว่าผู้สำเร็จหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพ ได้สำเร็จการศึกษาอย่างมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพจากสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรทางวิชาชีพ ซึ่งผู้ที่ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จะได้รับรองโดยสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรนิติบุคคล ที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และทำการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540 โดยสภาการพยาบาลกำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาล และมีความต้องการประกอบวิชาชีพพยาบาล จะต้องขอสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการและประชาชน และเป็นหลักประกันว่าบัณฑิตพยาบาลมีความรู้ คุณธรรมจริยธรรม และทักษะเพียงพอสำหรับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล¹

สภาการพยาบาลกำหนดเกณฑ์คะแนนผลการสอบผ่าน 8 รายวิชา ร้อยละ 60 ขึ้นไป ได้แก่ การพยาบาลมารดาและทารก การผดุงครรภ์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามลำดับ¹ อีกทั้งสภาการพยาบาลยังกำหนดให้แต่ละสถาบันมีจำนวนผู้สอบผ่านในปีแรกอย่างน้อยร้อยละ 70 ของจำนวนบัณฑิต เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการรับรองคุณภาพการจัดการศึกษา ดังนั้น การสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักเรียนพยาบาลและสถาบันผลิตพยาบาล²

จากข้อมูลผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา พบว่า วิชาการผดุงครรภ์มีจำนวนผู้สอบผ่านเป็นจำนวนน้อยที่สุดในบรรดา 8 วิชาดังที่กล่าวมา โดยปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สอบผ่านร้อยละ 93.33, 94.23, 81.48, 96.30, และ 98.15 ตามลำดับ ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการสอบของสถาบันพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ เนื่องจากการผดุงครรภ์เป็นรายวิชาในหมวดวิชาชีพเฉพาะที่มีเนื้อหาใหม่ ที่บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับสมรรถนะของผดุงครรภ์ ครอบคลุมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด การพยาบาลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอดทั้งในรายที่ปกติและผิดปกติ จากการวิเคราะห์เนื้อหาวิชาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจุบันรายวิชานี้ถูกบรรจุในหลักสูตรพยาบาลศาสตร

บัณฑิต พ.ศ. 2561 ของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศที่มีการจัดการเรียนการสอนควบคู่กับวิชามารดาทารก-และทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ และผู้เรียนต้องมีความรู้ความเข้าใจในการทำคลอดปกติ การฉีกขาด/การตัดและการซ่อมแซมฝีเย็บ การทำคลอดรก การพยาบาลทารกแรกเกิดทันที การประเมินสภาวะทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง รวมถึงการพยาบาลสตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระยะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ ครรภ์แฝด โรคร่วมกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ โรคเลือด เป็นต้น รวมถึงการพยาบาลสตรีที่มีเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ เช่น แท้ง ครรภ์ไข่ปลาอุก ท้องนอกมดลูก หรือ รกเกาะหรือลอกตัวผิดปกติ รวมถึงการพยาบาลสตรีที่มีโรคติดเชื้อร่วมกับการตั้งครรภ์ เช่น โรคตับอักเสบ หัดเยอรมัน ซิฟิลิส และโรคเอดส์ นอกจากนี้ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับปัจจัยการคลอดหรือคลอดยาก การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือทารกพลัดต่ำ หรือทารกพร่องออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดระยะที่ 3 และ 4 ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด รกติด รกค้าง มดลูกปลิ้น ภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ การพยาบาลผู้คลอดที่ทำสูติศาสตร์หัตถการ การพยาบาลมารดา-ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด และการกู้ชีพทารกเป็นต้น³

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าเนื้อหาวิชาการผดุงครรภ์ประกอบด้วย การตั้งครรภ์และการคลอดที่ปกติและผิดปกติ ซึ่งนักเรียนพยาบาลทหารอากาศจำเป็นต้องอาศัยความจำ ความเข้าใจเพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกคำตอบที่ถูกต้องในการทำข้อสอบวิชานี้ จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเตรียมความพร้อมเพื่อการสอบขึ้นทะเบียนฯ รายวิชาการผดุงครรภ์นั้น นักเรียนต้องมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะสอบผ่านวิชานี้ วางแผนทบทวนความรู้ด้วยตนเอง เข้าร่วมทบทวนเนื้อหาจากเพื่อนและอาจารย์ การทำข้อสอบเสมือนจริง การวิเคราะห์ข้อสอบอย่างเป็นเหตุผลและมีระบบ โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการสอบเน้นการทบทวนความรู้ ฝึกทำข้อสอบและการวิเคราะห์ข้อสอบ ส่งผลให้นักเรียนสอบผ่านเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ รายวิชาการผดุงครรภ์หลังทบทวนความรู้ร้อยละ 100 ในปีแรก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทบทวนความรู้สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนทบทวนความรู้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁴ นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ชัดว่า การตั้งเป้าหมาย การสร้างแรงจูงใจ การกำกับติดตามและให้กำลังใจ การอ่านสาระทบทวนด้วยตนเอง แบบกลุ่มย่อย และการเรียนรู้กลุ่มใหญ่กับอาจารย์ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนให้สอบผ่านการสอบความรู้⁵⁻⁷ โดยเน้นรูปแบบการเตรียมความพร้อมที่หลากหลาย ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิด การตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ตลอดจนได้การสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อน^{8,9} ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้นักเรียนพยาบาลเพิ่มความมั่นใจในการสอบขึ้นทะเบียนฯ และสามารถสอบผ่านเกณฑ์ได้ในปีแรก¹⁰

ในการเตรียมสอบที่ผ่านมาของวพอ.พอ. อาจารย์ได้จัดให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีเวลาอ่านสาระทบทวนด้วยตนเองและแบบกลุ่มย่อย และการทบทวนความรู้โดยอาจารย์ก่อนสอบขึ้นทะเบียนโดยอาจารย์ในภาควิชาทำข้อสอบครอบคลุมเนื้อหาตามแนวข้อสอบ (Test blueprint) ของสภาการพยาบาล อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์นักเรียนพยาบาลทหารอากาศจำนวน 12 คน ที่มีประสบการณ์การเตรียมสอบขึ้นทะเบียนฯ ส่วนใหญ่ลงความเห็นว่าเนื้อหาวิชามีความยากที่สุดในบรรดา 8 วิชา เช่น ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมของการตั้งครรภ์และการคลอด นักเรียนพยาบาลทหารอากาศที่สอบไม่ผ่านในรอบแรกนั้นขาดความจำและความเข้าใจ จึงตัดสินใจเลือกที่จะทบทวนวิชาการผดุงครรภ์เป็นวิชาสุดท้าย ทำให้อ่านหนังสือไม่ทัน แม้มีช่วงเวลาที่มีการทบทวนแบบกลุ่ม แต่ไม่สามารถใช้โอกาสนั้นสร้างความแม่นยำในเนื้อหาที่จะนำมาใช้คิดและวิเคราะห์โจทย์ปัญหาได้ ส่งผลให้ทำข้อสอบด้วยความคาดเดา และสอบไม่ผ่านในที่สุด^{3,11}

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนสอบในรายวิชาการผดุงครรภ์ โดยมีอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์เป็นผู้สนับสนุนหลัก ได้แก่ การเปิดโอกาสให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ กำหนดเป้าหมาย สร้างทัศนคติและแรงจูงใจ จัดสำหรับเนื้อหา และจัดทำตารางทบทวน ร่วมวิเคราะห์เนื้อหา ตลอดจนฝึกทำแบบฝึกหัด โดยอาจารย์เป็นผู้จัดสิ่งสนับสนุน เช่น สถานที่ อุปกรณ์ และตำราในการอ้างอิงให้คำปรึกษาและไขข้อข้องใจ ในสถานการณ์ของโจทย์ที่มีความซับซ้อน ฝึกการคิดและตัดสินใจเลือกคำตอบ เปิดโอกาสให้ซักถามและอภิปราย และมีการสอนพิเศษส่วนตัวสำหรับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำหรือได้คะแนนการสอบเสมือนจริงไม่ผ่านร้อยละ 60^{12,13}

เพื่อขับเคลื่อนให้ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศสอบผ่าน วิชาการผดุงครรภ์ได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางการเตรียม ความพร้อมในการสอบรวบยอดความรู้และสอบขึ้นทะเบียนรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาอื่นต่อไป

คำถามวิจัย โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อน สอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ในรายวิชาการผดุงครรภ์ มีผลต่อ คะแนนสอบวิชาการผดุงครรภ์ และผลการสอบของนักเรียน พยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีค่าเฉลี่ยคะแนนสอบวิชาการ ผดุงครรภ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศสามารถสอบผ่านการสอบเพื่อ ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ทุกคน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนสอบขึ้นทะเบียนรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมวิชาการผดุงครรภ์

1. การทบทวนความรู้
2. การทำแบบฝึกหัด
3. การร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และโจทย์ปัญหา
4. การสอนพิเศษแบบส่วนตัว

1. คะแนนจากแบบทดสอบวิชาการผดุงครรภ์
2. ร้อยละของผู้สอบผ่านวิชาการผดุงครรภ์

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรคือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 63 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือก โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ในรายวิชาการผดุงครรภ์ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้น ปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565

2. เพื่อศึกษาการสอบผ่านขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในรายวิชา การผดุงครรภ์ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 4 ปี การศึกษา 2565

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรม และจากการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม นักเรียน พยาบาลทหารอากาศที่มีประสบการณ์การสอบขึ้นทะเบียนรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อศึกษาความต้องการในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบผ่าน วิชาการผดุงครรภ์ในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ผลพบว่าการทบทวนความรู้และการฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ โจทย์ปัญหา การสนับสนุนของอาจารย์และเพื่อน ทำให้นักเรียน พยาบาลทหารอากาศอยู่ในบรรยากาศการเรียนรู้และทบทวน สารวิชาการผดุงครรภ์ตลอดเวลา เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สอบ ผ่านรายวิชานี้ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลการสัมภาษณ์มาพัฒนา กิจกรรมของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมได้แก่ การทบทวนความรู้ การทำแบบฝึกหัด การร่วม วิเคราะห์สถานการณ์และโจทย์ปัญหา และการสอนพิเศษแบบ ส่วนตัว ดังภาพที่ 1

รายวิชาการผดุงครรภ์ ซึ่งพบว่ามึนนักเรียนพยาบาลทหารอากาศที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดโครงการวิจัยจำนวน 56 คน เกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบจนจบโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เกรดเฉลี่ย และเกรดรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ และแบบทดสอบวิชาการผดุงครรภ์ ที่ใช้ในการวัดความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ที่สร้างขึ้นตามแนวทางการออกข้อสอบของสภาการพยาบาล ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการสอบ ลักษณะเป็นปรนัยชนิด 4 ตัวเลือก 75 ข้อ วัดระดับความรู้ตั้งแต่ รู้จำ เข้าใจและนำไปใช้ จำนวน 75 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 75 คะแนน ผู้วิจัยใช้ข้อสอบจำนวน 2 ชุด แบบคู่ขนาน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมวิชาการผดุงครรภ์ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์จากประสบการณ์ตรงของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ พยาบาลที่ผ่านการสอบประมวลความรู้ทางการพยาบาลและการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ รายวิชาการผดุงครรภ์ ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทบทวนความรู้ 2) การทำแบบฝึกหัด และ 3) การร่วมวิเคราะห์โจทย์ปัญหา ใน Line group “ผดุงครรภ์หรรษา” และ 4) การสอนพิเศษแบบส่วนตัว

กิจกรรมที่ 1 การทบทวนความรู้ ได้แก่ อาจารย์และนักเรียนร่วมทำสรุปสาระสำคัญของวิชาการผดุงครรภ์ 17 หัวข้อตาม Test blueprint ของสภาการพยาบาล จากนั้นให้นักเรียนนำเอกสารไปทบทวนด้วยตนเอง ทบทวนกับเพื่อนแบบกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่โดยมีอาจารย์เป็นผู้นำการทบทวน

กิจกรรมที่ 2 การทำแบบฝึกหัด ได้แก่ นักเรียนทำแบบฝึกหัดวิชาการผดุงครรภ์ โดยเป็นโจทย์ปัญหาที่ครอบคลุมสาระสำคัญทั้งหมด จำนวน 75 ข้อ ชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

กิจกรรมที่ 3 การร่วมวิเคราะห์โจทย์ปัญหา โดยหลังจากนักเรียนทำแบบฝึกหัดแล้ว มีการตรวจสอบคะแนนพร้อมกับเฉลยคำตอบ โดยการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เช่น การหาคำสำคัญในโจทย์และตัวเลือก การตีความว่าโจทย์ต้องการคำ

ตอบอะไร และในแต่ละตัวเลือกนั้นสรุปได้ว่าข้อไหนถูกเพราะอะไรและข้อไหนผิดเพราะอะไร ซึ่งในกิจกรรมนี้มีการสื่อสารทั้งในห้องเรียนและแบบกลุ่มไลน์ชื่อ “ผดุงครรภ์หรรษา” ซึ่งเป็นห้องแชทที่อาจารย์สามารถร่วมวิเคราะห์สถานการณ์โจทย์ปัญหากับนักเรียนได้พร้อมกันหลายคน อีกทั้งเป็นช่องทางให้กำลังใจนักเรียนที่กำลังทบทวนวิชาการผดุงครรภ์โดยเพื่อนและอาจารย์ได้ตลอดเวลา

กิจกรรมที่ 4 การสอนพิเศษแบบส่วนตัว (Private tutoring) หมายถึง การสอนเสริมที่เกิดขึ้นนอกเวลาของการทบทวนความรู้ โดยอาจารย์สาขาวิชามารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ สอนเฉพาะกลุ่มนักเรียนที่ทำแบบฝึกหัดวิชาการผดุงครรภ์ไม่ผ่านร้อยละ 60 และ/หรือกลุ่มที่แสดงความจำนงค์ต้องการเรียนพิเศษในบางหัวข้อที่ตนมีความสนใจแบบไม่ค่าใช้จ่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบคุณภาพข้อสอบโดยการวิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการผดุงครรภ์ มีประสบการณ์สอนมากกว่า 10 ปี ได้ค่า CVI ของแบบทดสอบเท่ากับ 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ¹⁴ จากนั้นวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder and Richardson (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.72 และ 0.76 ตามลำดับ ทดสอบหาความเป็นคู่ขนานของแบบทดสอบ (Equivalence of Parallel Examinations) โดยนำไปทดสอบในนักเรียนพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบทดสอบซ้ำ (The test-retest method) ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.91 ซึ่งเป็นค่าที่ยืนยันว่าแบบทดสอบทั้ง 2 ชุดมีความเป็นคู่ขนานกัน^{15,16}

2. ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการวิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการผดุงครรภ์ มีประสบการณ์สอนมากกว่า 10 ปี ตรวจสอบพิจารณาความตรงตามจุดประสงค์ ความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ได้ค่า CVI ของโปรแกรมเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการดำเนินการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมรายวิชาการผดุงครรภ์โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. วิเคราะห์ผลการสอบ “ผ่าน” “ไม่ผ่าน” ของการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผดุงครรภ์ ใช้สถิติบรรยายด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวปฏิบัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลย

เดช มิถุนายน 2566 รหัสโครงการวิจัย No.50/66 ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยอิสระ ซึ่งมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ทั้งนี้การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ รายงานผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เอกสารที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 50 คน (ร้อยละ 89.29) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 10.71) มีอายุ 22 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 60.7) อายุ 21 ปี คนจำนวน 21 คน (ร้อยละ 37.5) และ 24 ปี คน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.8) ตามลำดับ นอกจากนี้ส่วนใหญ่มิเกรตเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร 3.00-3.49 (ร้อยละ 68.1) และมีเกรดเฉลี่ยวิชาการผดุงครรภ์ 3.00-3.49 (ร้อยละ 69.6) รองลงมา คือ 3.50-4.00 (ร้อยละ 16.1) และ 2.50-2.99 (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสอบการผดุงครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง (n = 56)

ตัวแปร	Pretest $\bar{X}$ (SD)	Posttest $\bar{X}$ (SD)	Paired t-test	df	p-value
คะแนนสอบ	37.79 (5.93)	49.36(6.56)	15.352	55	.000*

*p < .001

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสอบการผดุงครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสอบการผดุงครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ เท่ากับ 49.36 (SD = 6.56) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสอบการผดุงครรภ์ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 37.79, SD = 5.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 15.352, p < .001)

ผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผดุงครรภ์ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถสอบผ่านการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์รายวิชาการผดุงครรภ์ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทบทวนความรู้ในรายวิชาการผดุงครรภ์สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนทบทวนความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอบผ่านการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผดุงครรภ์ในรอบแรกได้ทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 สามารถอธิบายได้ดังนี้

จากกิจกรรมที่ 1 มีการทบทวนวิชาเนื้อหาวิชาการผดุงครรภ์ ครอบคลุมสาระสำคัญตาม Test blueprint ของสภาการพยาบาล ระหว่างนี้มีการจัดตารางทบทวนด้วยตนเอง การทบทวนกับกลุ่มเพื่อน และการทบทวนกับอาจารย์ สามารถเพิ่มความรู้ จำ เข้าใจ การวิเคราะห์โจทย์ปัญหา และนำไปใช้สอบวิชาการผดุงครรภ์ได้¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุและการผดุงครรภ์ โดยการจัดให้มีการทบทวนเนื้อหาวิชาทั้งแบบการทบทวนด้วยตนเอง เพื่อนช่วยเพื่อน หรือทบทวนโดยอาจารย์ ส่งผลให้มีการสอบผ่านในวิชาดังกล่าวได้ตามเกณฑ์^{4,18,19}

กิจกรรมที่ 2 กลุ่มตัวอย่างทำแบบฝึกหัดวิชาการผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นโจทย์ปัญหาที่ครอบคลุมสาระสำคัญทั้งหมด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสฝึกฝนการทำข้อสอบการผดุงครรภ์ โดยหลังจากทำแบบฝึกหัดแล้ว กิจกรรมที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมวิเคราะห์โจทย์ปัญหา มีการตรวจสอบคะแนนพร้อมกับเฉลยคำตอบ มีการหาคำสำคัญในโจทย์และตัวเลือก การตีความว่าโจทย์ต้องการคำตอบอะไร และในแต่ละตัวเลือกนั้นสรุปได้ว่าข้อไหนถูกเพราะอะไรและข้อไหนผิดเพราะอะไร ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวอย่างการวิเคราะห์และการตัดสินใจเลือกคำตอบที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทบทวนความรู้ การทำข้อสอบเสมือนจริง และการวิเคราะห์ข้อสอบอย่างเป็นระบบและมีเหตุผลส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทบทวนความรู้วิชาการผดุงครรภ์สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนทบทวนความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁴

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะมีการสื่อสารแบบไลน์กลุ่มชื่อ “ผดุงครรภ์หรรษา” เป็นช่องทางการสื่อสารที่เสริมสร้างความรู้และทักษะการตัดสินใจนอกเหนือจากในห้องเรียน โดยการช่วยเหลือจากเพื่อนและอาจารย์ เช่น เพื่อนที่อ่านวิชาการผดุงครรภ์มีข้อสงสัยในบางประเด็นเนื้อหา ก็จะโพสต์ในไลน์กลุ่มเพื่อสอบถามเพื่อน/อาจารย์ จากนั้นมีการอธิบายเพิ่มเติมพร้อมกับอ้างอิงแหล่งที่มา ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคำถามคล้ายคลึงกัน

ได้รับคำตอบและคลายข้อสงสัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อนและอาจารย์ เป็นปัจจัยสำคัญของการสอบผ่านขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ¹⁰ รวมถึงบางครั้งมีการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์โจทย์ปัญหาที่พบเจอระหว่างการทบทวนด้วยตนเองแล้วนำมาถามในไลน์กลุ่ม ส่งผลให้ทำให้เพื่อนคนอื่นได้ฝึกคิดและวิเคราะห์หาคำตอบที่ถูกต้องอย่างมีเหตุผลไปพร้อมๆ กันอีกด้วย อีกทั้งไลน์กลุ่มนี้ที่มีสมาชิกที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือต้องการสอบผ่านวิชาการผดุงครรภ์ทุกคน ยังเป็นช่องทางที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่ดีและมีกำลังใจในการอ่านทบทวนความรู้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าทัศนคติต่อการสอบมีความสัมพันธ์กับการสอบขึ้นทะเบียนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.391, p < .01$)⁵

จากกิจกรรมที่ 4 การสอนพิเศษแบบส่วนตัว (Private tutoring) ซึ่งเป็นการสอนเสริม โดยอาจารย์สาขาวิชาการดา-ทารกและการผดุงครรภ์ เปิดโอกาสให้แก่มูลุ่ตัวอย่างที่ทำแบบฝึกหัดวิชาการผดุงครรภ์ไม่ผ่านร้อยละ 60 และกลุ่มที่แสดงความจำนงค์ต้องการเรียนพิเศษในบางหัวข้อที่ตนมีความสนใจแบบไม่ค่าใช้จ่าย ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ามัลลุ่ตัวอย่างที่ทำคะแนนแบบฝึกหัดไม่ผ่านร้อยละ 60 มีจำนวน 2 คน และมีกลุ่มที่คะแนนผ่านแต่ต้องการเพิ่มพูนความแม่นยำและความสามารถในการคิดและตัดสินใจให้มากยิ่งขึ้น จำนวน 5 คน นัดหมายและเข้าร่วมการสอนพิเศษแบบส่วนตัวแบบออนไลน์กับอาจารย์ ซึ่งพบว่ามัลลุ่ตัวอย่างมีคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาบางประเด็น ได้แก่ การพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 2,3,4 ของการคลอด การพยาบาลผู้คลอดที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับปัจจัยการคลอด และการพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์ ขณะสอนแบบส่วนตัวทำให้ผู้เรียนได้ถามในสิ่งที่ตนสงสัยกับอาจารย์โดยตรง ผู้สอนได้อธิบายซ้ำ และตั้งคำถามเพื่อทดสอบความเข้าใจระหว่างสอน จึงทำให้ผู้เรียน 7 คนที่เข้าร่วมนั้นสอบผ่านความรู้ในการสอบรอบแรกได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการที่อาจารย์ให้การสนับสนุน เสียสละ และทุ่มเท การสอนนอกเวลา และการเปิดโอกาสให้นักศึกษาสามารถมาขอคำปรึกษาต่างๆ ได้นั้น เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์^{5,17} อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศที่พบว่า การสอนแบบตัวต่อตัวเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการเรียนรู้ด้านการคิด

วิเคราะห์ให้นักศึกษาพยาบาลและสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎี
ไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น^{13,20}

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการศึกษา

1. สถานศึกษาพยาบาลควรมีการจัดโปรแกรม
การเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในทุกๆ วิชาและมีความต่อเนื่อง
2. อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไป
ประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียน
รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการผดุงครรภ์
และวิชาอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ
ในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ เพื่อให้เกิดเป็นความสะดวกแก่
ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้มากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ
ที่มีการสอนแบบตัวต่อตัว รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนหรือพี่ช่วย
น้องต่อไป

References

1. The announcement of the Thailand Nursing
Council regarding the schedule for knowledge
examination for registration and the annual
schedule for the examination 2022. Thailand
Nursing and Midwifery Council; 2021. (in Thai)
2. Guide for Accreditation of Nursing and Midwifery
Educational Institutions with Graduates of the
Bachelor of Nursing Program 2022. Thailand
Nursing and Midwifery Council; 2020. (in Thai)
3. Royal Thai Air Force Nursing College. Bachelor of
Nursing Science (Revised Curriculum, 2018).
Royal Thai Air Force Nursing College,
Directorate of Medical Services, Royal Thai Air
Force. 2018. (in Thai)

4. Kruekaew J, Kritcharoen S, Changplary C. The
Effect of the Tutorial Program on Midwifery
Subject Passing for Nursing Licensing Exam
Among Undergraduate Nursing Students,
Faculty of Nursing, Prince of Songkla
University. Songklanagarind Journal of
Nursing. 2019;39(2):1-12. (in Thai)
5. Kongyoo S. Predictors of the Result of the License
Examination of Graduated Nurses, Royal Thai
Army Nurse College. Journal of The Royal Thai
Army Nurses. 2017;18(2):228-37. (in Thai)
6. Rungnoi N, Hongthong K, Seesawang J. The
nursing students knowledge development
process for nursing licenser examination.
Journal of Boromarajonani College of Nursing,
Bangkok. 2016;32(2):56-7. (in Thai)
7. Meehan CD, Barker N. Remediation for NCLEX-RN
success in high-risk nursing students. Teaching
and Learning in Nursing. 2021;16(3):254-7.
8. Kaddoura MA, Van Dyke O, Yang Q. Correlation
Between Critical Thinking Skills and National
Council Licensure Examination for Registered
Nurses Success in Accelerated Bachelor
Nursing Students. Teaching and Learning in
Nursing. 2017;12(1):3-7.
9. Poltana P, Chatrung C, Phorang R, Maneewong J.
Systematic Review of Different Methods for
Preparing for the Thai Registered Nursing and
Midwifery Licensure Examination. Thai Journal
of Public Health and Health Sciences. 2020;
3(2):52-69. (in Thai)
10. Oatme S, Waropastrakul N, Sarnkhaowkhom C.
Factors affecting the results of national
nursing license examination among newly
graduated nurses in a private nursing college,
Thailand: A mixed methods research. Science,
Engineering and Health Studies. 2021:1-6.

11. Janpaphat Kruekaew, Sureeporn Kritcharoen, Kanjanee Phon-in, Warangkana Chatchawet, Preeya Kaewpimon. The model of learning and teaching on midwifery course for nursing students to prepare for register nurse licensing examination. Princess of Naradhiwas University Journal. 2018;10(1):13-26. (in Thai)
12. Zhan S, Bray M, Wang D, Lykins C, Kwo O. The effectiveness of private tutoring: Students' perceptions in comparison with mainstream schooling in Hong Kong. Asia Pacific Education Review. 2013;14.
13. Roldán-Merino J, Miguel-Ruiz D, Roca-Capara N, Rodrigo-Pedrosa O. Personal tutoring in nursing studies: A supportive relationship experience aimed at integrating, curricular theory and professional practice. Nurse Education in Practice. 2019;37:81-7.
14. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. 5thed. New York: Springer Publishing Company; 2017.
15. Bardhoshi G, Erford BT. Processes and Procedures for Estimating Score Reliability and Precision. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2017;50(4):256-63.
16. Wyse AE. How Days Between Tests Impacts Alternate Forms Reliability in Computerized Adaptive Tests. Educ Psychol Meas. 2021; 81(4):644-67.
17. Thasaneesuwan S, Narkthong N, Chuaytaen T, Mukpradab S, Puttakun N. Preparation for Nurse Licensure Examination in Adult Nursing Among Fourth-Year Nursing Students, Faculty of Nursing, a University in Southern Thailand. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(1):105-15. (in Thai)
18. Chantawatchai A, Vitoonmetha M. The Effective of Preparation Program for Nursing Professional Licensing Examination Readiness on Adult and Elderly Nursing Subject Comprehensive Test and Nursing Students' Satisfaction on the Preparation Program. Journal of Rangsit University: Teaching & Learning. 2017;11(2):92-106. (in Thai)
19. Kulaphanich M, Choolert P, Polgaya O, Kaeomaungfang R. The Effects of an Online Program for Professional Nursing and Midwifery Licensing Examination on Midwifery Knowledge Scores Journal of Health and Nursing Education. 2021;27(2):8-21. (in Thai)
20. Navarra A-M, Stimpfel AW, Rodriguez K, Lim F, Nelson N, Slater LZ. Beliefs and perceptions of mentorship among nursing faculty and traditional and accelerated undergraduate nursing students. Nurse Education Today. 2018;61:20-4.

อำนาจในการทำนายประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีการจัดการกับอาการ ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถาบันโรคทรวงอก The Predictive Power of Symptom Experience and Symptoms Management Strategies on Quality of Life among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Central Chest Institute of Thailand

บัวชมพู เอกมาตร* รังสิยา ไผ่เจริญ ปวีร์กนต์ เพชรพิพัฒน์

Buachompoo Ekkamart* Rangsiya Phaicharoen Paveekun Phetphiphat

กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย 11000

Department of inpatient nursing, Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า และกลวิธีการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 121 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มี 6 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป 2) อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ 3) อาการวิตกกังวล และซึมเศร้า 4) กลวิธีการจัดการกับอาการ และ 5) คุณภาพชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96, .80, .73 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ อาการหายใจลำบาก นอนไม่หลับ และวิตกกังวล โดยสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 36.4 อาการหายใจลำบากเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สูงสุด ($\beta = -.280, p < .01$) รองลงมาคือ อาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ ($\beta = -.265, p < .01$; $\beta = -.224, p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมินอาการหายใจลำบาก นอนไม่หลับ วิตกกังวล และพัฒนาแนวทางการจัดการกับอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ประสบการณ์การมีอาการ, กลวิธีการจัดการกับอาการ, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study aims to examine the predictive power of the experience of dyspnea, fatigue, insomnia, anxiety, depression, and symptoms management strategies on quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Central Chest Institute of Thailand. The sample of 121 COPD patients was simple random sampling selected. Data collection was performed by using a questionnaire composed of 6 parts: 1) demographic data; 2) Dyspnea, Fatigue, and Insomnia; 3) Hospital Anxiety and Depression;

Corresponding author: *E-mail: ekkamart25@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 พ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ม.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ม.ค. 2565

4) Symptom Management, and 5) the Quality of life. The Cronbach's Alpha Coefficients were .96, .80, .73 and .92 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise regression analysis. The results were as follows. Predictive variables on quality of life among COPD patients at level 36.4% included dyspnea, anxiety and insomnia of symptom were perceived by $\beta = -.280$, $\beta = -.265$, and $\beta = -.224$ at $p < .01$. Therefore, nurses should regularly assess the symptoms of dyspnea, insomnia, anxiety, and develop guidelines for symptoms management to promote quality of life among patients with COPD.

Keyword: symptom experience, symptoms management strategies, quality of life among, chronic obstructive pulmonary disease patients

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable disease [NCDs]) ที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจที่ไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมหรือตอบสนองเพียงเล็กน้อย มีผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรี (Spirometry) เป็นลักษณะแบบอุดกั้นเรื้อรัง (Persistent airflow limitation) โดยการอุดกั้นนี้มีการลุกลามเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ร่วมกับการมีปฏิกิริยาการอักเสบเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นของหลอดลม และเนื้อปอดตอบสนองต่ออนุภาคของสารหรือก๊าซต่าง ๆ ที่เป็นพิษ¹ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกเพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 3 ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 210 ล้านคน อัตราเสียชีวิตปีละประมาณ 3 ล้านคน² สำหรับสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรไทย และมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นทั้งด้านจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น อัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล อัตราการตาย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถาบันโรคทรวงอกเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแผนกผู้ป่วยนอกโรคปอดและคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าในปี พ.ศ. 2560-2562 สถาบันโรคทรวงอกมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 315, 473 และ 454 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เท่ากับ 241, 371 และ 355 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นทุกปี

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเมื่อความรุนแรงของโรค เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยง่ายขึ้น หรือเหนื่อยง่ายแม้เพียงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตลดลงตามมา^{3,4}

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อบทบาทหน้าที่ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อม⁵ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งมีผลมาจากอาการและการแสดงของโรค และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁶ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี โดยผู้ป่วยได้รับผลกระทบของโรคด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์มากที่สุด ร้อยละ 76.76 และด้านหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 73.01⁷ รวมทั้งได้รับผลกระทบด้านข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพและอารมณ์ ร้อยละ 22.31 และ 23.26⁸ คุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผลมาจากอาการด้านร่างกายและด้านจิตใจเป็นสำคัญ อาการเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึกและสติปัญญา⁹ อาการที่พบบ่อยและเกิดขึ้นร่วมกันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า^{10,11,12,13} การจัดการและการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นวิธีการสำคัญ

ในการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁴ สถาบันโรคทรวงอกมีแนวโน้มที่อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบจากการและการแสดงของโรครวมทั้งมีการจัดการกับอาการของโรคที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสมอันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น และเพื่อส่งเสริมการจัดการกับอาการที่ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า และกลวิธีการจัดการกับอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามของการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า กลวิธีการจัดการกับอาการ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่

สมมติฐานของการวิจัย

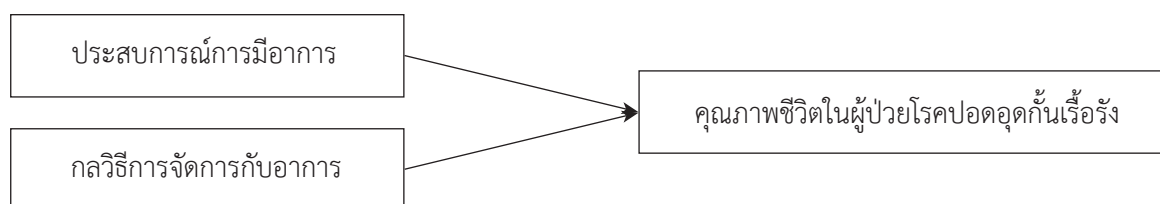
ประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า กลวิธีการจัดการกับอาการ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model)⁹ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อองค์ประกอบหลัก ในแนวคิดของดอตต์ และคณะ ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และคุณภาพชีวิตลดลงตามมา จากภาวะความเจ็บป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามหากกลวิธีการจัดการกับอาการเพื่อคงสถานะการทำหน้าที่ของร่างกายตามปกติ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ⁹ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิต และความสามารถในการร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประสบการณ์ศึกษาครอบคลุมอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งถ้าบุคคลรับรู้การมีอาการเหล่านี้มาก เชื่อว่าจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลลดลง ทั้งนี้หากบุคคลมีความสามารถในการจัดการกับอาการได้ดี น่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า กลวิธีการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิต และอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิต



ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจสไปโรเมทรี มีค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมปอด และมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 2) มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป 3) เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือนอนพักรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 4) ไม่มีปัญหาความคิดความจำ สติสัมปชัญญะ และ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย ใช้การสุ่มแบบไม่ใส่คืนด้วยวิธีการจับฉลาก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก เท่ากับ .15¹⁴ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับแอลฟา α เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 121 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 18 ข้อ

2. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The Memorial Symptom Assessment Scale; MSAS) ของ พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ และคณะ¹⁵ ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน MSAS ของ Portenoy et al. (1994) เพื่อประเมินอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยประเมินอาการแต่ละอาการใน 3 มิติ คือ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน โดยแต่ละมิติให้มันเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 0-10 คะแนน และมีค่าคะแนนรวมของแต่ละอาการอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน หากผู้ป่วยมีคะแนนน้อยหรือใกล้ 0 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นน้อย และหากผู้ป่วยมีคะแนนมากหรือใกล้คะแนน 30 หมายถึงผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นมาก

มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

3. แบบประเมินอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS) ฉบับภาษาไทย¹⁶ เพื่อประเมินอารมณ์ความรู้สึก ในขณะเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อ และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 กำหนดช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน เกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 8-10 คะแนน หมายถึง มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า/ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช 11-21 คะแนน หมายถึง มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า/มีความผิดปกติทางจิตเวชมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

4. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Symptom Management Strategies Questionnaire; SMSQ) ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ (2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการในแต่ละด้าน จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-4 กำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.39 หมายถึง มีกลวิธีการจัดการกับอาการระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.40-2.69 หมายถึง มีกลวิธีการจัดการกับอาการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.70-4.00 หมายถึง มีกลวิธีการจัดการกับอาการระดับดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ พัฒนาและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹⁷ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนคุณภาพชีวิตมี คะแนนตั้งแต่ 26-130 กำหนดช่วงคะแนน 26-60 หมายถึง มีคุณภาพชีวิต

ไม่ดี คะแนน 61-95 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 96-130 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันโรคทรวงอก เลขที่
176/2563 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2563 ผู้วิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย
และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยในกลุ่ม
ตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม
ในการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัย
โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการ พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจง
รายละเอียดโครงการวิจัย เตรียมความพร้อมและวางแผน
การเก็บข้อมูล

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล
จากเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และเก็บ
ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่
เวลา 07.00-12.00 น. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่าน
แบบสอบถามได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาหรืออ่านหนังสือ
ไม่ออก ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบและบันทึก
ข้อมูลในแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ
การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
คิดเป็นร้อยละ 94.2 และมีอายุเฉลี่ย 73.66 ปี ($SD = 7.81$)
กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีผู้ดูแล
อยู่ที่บ้าน ร้อยละ 91.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.5 มีประวัติเคย
สูบบุหรี่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 43 สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวน/วัน
ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 95.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.8
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา
และมีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.5
มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับ
ปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.4 มีคะแนนผลกระทบ
ของโรค (CAT) น้อยกว่า 10 และร้อยละ 58.7 มีคะแนน
อาการเหนื่อยหอบ (mMRC) เท่ากับ 0-1 ได้รับการรักษาด้วย
การใส่ยาสูดพ่นควบคุมอาการชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA) และ
ร้อยละ 88.1 ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

2. กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การรับรู้อาการ
หายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับอยู่ในระดับเล็กน้อย
($\bar{X} = 9.14$ $SD = 6.79$; $\bar{X} = 9.97$, $SD = 6.34$ และ $\bar{X} = 9.01$,
 $SD = 7.91$ ตามลำดับ) และมีประสบการณ์การรับรู้การวิตกกังวล
และซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 2.23$
และ $\bar{X} = 2.58$, $SD = 1.98$ ตามลำดับ) ไม่มีอาการวิตกกังวล
หรือซึมเศร้า/ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช มีกลวิธีการจัดการ
กับอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล
และซึมเศร้าโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.77$,
 $SD = 0.43$) โดยมีกลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากอยู่
ในระดับที่ดี กลวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับ
ปานกลาง กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล
และซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ มีคุณภาพชีวิตรายด้านแต่ละด้าน
อยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 88.10$, $SD = 8.35$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ
หายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า
กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. คุณภาพชีวิต	1.00						
2. หายใจลำบาก	-.489**	1.00					
3. เหนื่อยล้า	-.419**	.865**	1.00				
4. นอนไม่หลับ	-.493**	.577**	.454**	1.00			
5. วิตกกังวล	-.437**	.329**	.301**	.416**	1.00		
6. ซึมเศร้า	-.416**	.417**	.369**	.434**	.695**	1.00	
7. กลวิธีการจัดการกับอาการ	-.208*	.101	.116	.405**	.325**	.271**	1.00

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

จากตารางที่ 1 พบว่าตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ $-.493$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ รองลงมา คือ อาการหายใจลำบาก วิตกกังวล เหนื่อยล้า ซึมเศร้า และกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ $-.489$ ($p < .01$), $-.437$ ($p < .01$), $-.419$ ($p < .01$), $-.416$ ($p < .01$) และ $-.208$ ($p < .05$) ตามลำดับ

4. ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล และหายใจลำบาก ในการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.B	Beta	t	p-value
นอนไม่หลับ	-.236	.103	-.224	-2.295	.024
วิตกกังวล	-.998	.314	-.265	-3.176	.002
หายใจลำบาก	-.343	.115	-.280	-2.989	.003

$R = .604$ $R^2 = .364$ Adjust $R^2 = .347$ $df = 1, 110$, $F = 8.933$, $p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ประกอบด้วย อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล และหายใจลำบาก โดยค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวแปร มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบเท่ากับ $-.236$, $-.998$ และ $-.343$ ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ $-.224$, $-.265$ และ $-.280$ ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับอยู่ในระดับเล็กน้อย มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีระยะเวลาการเกิดโรคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้การ

หายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ^{7,8,10,14} กลุ่มตัวอย่างมีกลวิธีจัดการกับอาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในรายด้านพบว่ามีกลวิธีจัดการกับอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับที่ดี ด้วยวิธีการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเมื่ออาการหายใจลำบากไม่ทุเลาลงหลังจากพ่นยาขยายหลอดลม รองลงมาคือวิธีการพ่นยาขยายหลอดลมทันที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการใช้ยาและรับมาโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 98.2 และ 92.2 ตามลำดับ)¹⁸ และกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาทั้งการพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้านและนอนพักรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 91 และ 61 ตามลำดับ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอาการต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง^{8,19}

ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ อาการหายใจลำบาก นอนไม่หลับ และวิตกกังวล โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 36.4 อาการหายใจลำบากเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สูงสุด เนื่องจากอาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานและกลัมนื้อในการช่วยหายใจมาก ส่งผลให้เหนื่อยง่ายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงตามมา²⁰ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย อาจเนื่องจากมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ประเมินอาการเหนื่อยหอบ (คะแนน mMRC เท่ากับ 0-1) และอาการจากผลกระทบของโรคน้อย (คะแนน CAT น้อยกว่า 10) ซึ่งเป็นช่วงแรกของการดำเนินของโรค ผู้ป่วยจะลดการทำกิจกรรมทางกายลงเพื่อหลีกเลี่ยงอาการต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น²¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 39.4 คะแนน mMRC เท่ากับ 1) ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ลดลง และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 49.2²²

อาการนอนไม่หลับสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถูกรบกวนจากอาการไอ การคั่งของเสมหะที่ทำให้เกิดอาการไอและหายใจลำบาก จนรบกวนการนอนหลับ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง²³ อีกทั้งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากมีผลต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพแย่ง ความผาสุกในชีวิตลดลง และระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่มากขึ้นส่งผลให้อาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นตามมา²⁴ และพบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง และมีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต²⁵ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการวิตกกังวล แต่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค และร้อยละ 44.6 มีอาการจากผลกระทบของโรคมก (คะแนน CAT มากกว่าหรือเท่ากับ 10) การมีโรคร่วมส่งผลให้มีอาการรบกวนหลายอาการ ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น จึงอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่สามารถดูแลตนเองได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาการนอนไม่หลับ และวิตกกังวลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 75.0¹⁵ ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้คือ อาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า และกลวิธีจัดการกับอาการ อาจเนื่องจากตัวแปรดังกล่าวไม่มีผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า และกลวิธีจัดการกับอาการกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = -.419, -.416, -.208$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่าอาการหายใจลำบาก นอนไม่หลับ และวิตกกังวล มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรมีการประเมินอาการ และวางแผนให้การพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการจัดการกับอาการ โดยเฉพาะอาการนอนไม่หลับ และวิตก

กังวล เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก นอนไม่หลับ และวิตกกังวล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้านี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจสไปโรเมทรี ที่เข้ารับการรักษาและมาติดตามการรักษา ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่อื่นได้ จึงควรทำการศึกษาวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ต่างพื้นที่ หรือมีบริบทที่แตกต่างกัน

References

1. Ruth H, Michael H, editors. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. A pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. 2019.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Western Pacific Region. Commun Dis Intell. 2018.
3. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. CPG-COPD. Bangkok: Beyond Enterprise Publisher; 2017. (in Thai)
4. Worawichianwong S, Siripitayakunkit A, Kanogsunthornrat N. Effect of Promoting Self Care Ability Program on Knowledge and Self-Care Behavior of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with Recurrent Acute Exacerbation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1):226-34. (in Thai)
5. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychological Medicine. 1998; 28(3):551-8.
6. Mahler DA, Fierro-Carrion G, Mejia-Alfaro R, Ward J, Baird JC. Responsiveness of continuous ratings of dyspnea during exercise in patients with COPD. Medicinal Science in Sports and Exercise 2006;37(4):529-35.
7. Sukhonthachit P, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Chuchottaworn C. Insomnia experience, insomnia management strategies and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Nursing Science. 2017;32(2):100-11. (in Thai)
8. Kochamat A, Hornboonherm P, Wongpiriyayothar A, Sittipakorn S. Relationships between fatigue and quality of life in the elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The 13th Mahasarakham University Research Conference. 2017:525-34. (in Thai)
9. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal Advance Nursing. 2001;33(5):668-76.
10. Bunmee P, Kunsongkeit W, Masingboon K. Factors Related to symptom clusters in persons with chronic obstructive pulmonary disease. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.2016;24(3): 59-69. (in Thai)
11. Wongderm A, Duangpaeng S. Factors Influencing Functional Performance among Patients with Chronic Obstruction Pulmonary Disease. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2014;9(3):120-8. (in Thai)
12. Miravittles M, Ribera A. Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. Respiratory Research. 2017;18(67):1-11.

13. van der Molen T, Miravittles M, Kocks JW. COPD management: role of symptom assessment in routine clinical practice. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary disease*. 2013; 8:461-71.
14. Intarasorn S. Predicting factors of functional performance in chronic obstructive pulmonary disease patients. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)
15. Witheethamsak P, Duangpaeng S, Masingboon K. Relationship between symptom cluster and functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Nursing Council* 2010; 25(4): 96-108. (in Thai)
16. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*.1996;41(1):18-30. (in Thai)
17. Mahutnirunkul S, Tuntipiwattanasakul W, phumphaisanchai W.-BREF-THAI measuring quality of life. *Suanprung Hospital Chiang Mai*. 1997:8. (in Thai)
18. Rodkantuk E, Hirunchunha S, Petsirasan R. Acute Exacerbation Symptoms Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Triggering Factors, and Management Strategies. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2017; 37(2):1-31. (in Thai)
19. Jantiya M, Chamnansua P, Kunapan P. The Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Saraburi Hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2011;17(3): 328-42. (in Thai)
20. O'Donnell DE, Laveneziana P. Dyspnea and activity limitation in COPD: mechanical factors. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.2007;4(3):225-36.
21. Troosters T, Probst VS, Crul T, Pitta F, Gayan-Ramirez G, Decramer M, Gosselink R. Resistance training prevents deterioration in quadriceps muscle function during acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.2010;181(10):1072-7.
22. 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. (in Thai)
23. Roth T. Hypnotic use for insomnia management in chronic obstructive pulmonary disease. *Sleep medicine*. 2009;10(1):19-25.
24. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamoulis D, Ilias I, Bratis D, Vassila-Demi K. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Annals of General Psychiatry*. 2008;7(1):1-4.
25. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *European Respiratory Journal*. 2008;31(3): 667-77.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

Factors Related to Stress of Caregiver in Dementia Patients

ปวีณา ทักสินาเจนกิจ* จิราพร เกศพิชญวัฒนา

Paweena Taksinachanekij Jiraporn Kespichayawattana

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ณ คลินิกเฉพาะทางด้านสมองเสื่อม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาระในการดูแล แบบประเมินการนอนหลับ แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และแบบประเมินความสอดคล้องในการมองโลก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1, 0.96, 1, 0.99 และ 0.98 ตามลำดับและค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.97, 0.95, 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย คือจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนมาก ไม่มีภาวะเครียด เป็นร้อยละ 51.7 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ($r = -0.598$, $r = -0.246$, $r = 0.326$) ตามลำดับ ควรมีการส่งเสริมด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และ ความสอดคล้องในการมองโลก นำมาวางแผนการการพยาบาลแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะเครียดในผู้ดูแล

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้มีภาวะสมองเสื่อมความเครียดในผู้ดูแล

Abstract

This study aimed to examine the caregiver's stress responsible for dementia patients and to study the correlation between genders, elderly mutuality, caring hours, sleep quality, sense of coherence, humor, and stress levels in caregivers. The sample group which was selected with the multi-stage sampling method included 120 primary caregivers who took care of dementia patients at two tertiary hospitals with dementia specialization. The research tools were the Personal Information Questionnaire; Burden of Caregivers in Caring Patients with Dementia Measurement; Sleep Quality Index; Multidimensional Humor Measurement; Supportive Mutuality Between Elderly and Relatives Caregivers Questionnaire; and Sense of Coherence Assessment. The data collection tools were tested by 5 experts, yielding the content validity of 1, 0.96, 1, 0.99, and 0.98, respectively whereas their reliability was 0.89, 0.97, 0.95, 0.91, and 0.83, respectively. Finally, data were analyzed

Corresponding Author: *E-mail: Paweena.tak18@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ 12 ก.ย. 2565 วันตอบรับ 25 ก.ย. 2565

by using descriptive statistics: numbers, percentage, mean, standard deviation, median, maximum and minimum values; and Spearman's rank correlation.

The results showed that 51.7 percent of the caregivers had no stress level. Moreover, the factors which were sense of coherence and humor were shown to be correlated with the caregiver's stress and were statistically significant at $p < 0.001$ ($r = -0.598$, $r = -0.246$, $r = 0.326$), respectively. The factors between supportive mutuality in patients with dementia and a sense of coherence showed negatively correlated with the stress of the caregivers. Humor was significantly positively associated with the caregiver's stress. The result of this study suggested that support should be provided in terms of mutuality and sense of coherence for nursing planning in caregivers.

Keyword : caregiver, dementia patient , stress of caregiver

บทนำ

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตาม มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563¹ ระบุว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 651,950 คนเป็นเพศหญิง 460,655 คน เพศชาย 191,295 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท² ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความทรงจำ³ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ นำไปสู่การบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁴ เป็นภาวะที่อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแล⁵ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากภาวะของโรค⁶ ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลอย่างหนัก ได้รับผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงาน^{7,8} การเผชิญปัญหาจากการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเกิดภาวะเครียดขึ้น⁹ มีการศึกษาพบว่าระดับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดในระดับสูงแตกต่าง จากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁰ นอกจากนั้นมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ความเครียดจากการดูแลโดยตรงมีผลกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ^{11, 12} ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้คุณภาพการดูแลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹³ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งภาระในการดูแล ย่อมส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตของญาติผู้ดูแล เห็นได้

ว่าการเข้าใจถึงความสำคัญของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เพราะหากผู้ดูแลเกิดปัญหาจากการที่ต้องดูแลเป็นเวลานาน ก็สามารถส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วย

ความเครียดของผู้ดูแล หมายถึง ความยากลำบากในการตัดสินใจ หรือการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ¹⁴ มีการศึกษาถึงความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ¹⁴ พบว่ามีปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ คู่สมรส การบกพร่องทางความทรงจำ จำนวนเวลาในการดูแล, ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกัน และ การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลและแนวคิด ชื่อว่า Pearlin's caregiving stress paradigm¹⁵ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดบางปัจจัยที่คล้ายกับ Archbold ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และที่ไม่เหมือนคือ ระดับการศึกษา รายได้ และที่อยู่อาศัย นอกจากนั้นมีการศึกษาระบุว่าปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงระยะเวลาในการดูแล จะมีความสัมพันธ์กับ ระดับความเครียด และความเหนื่อยล้า โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ การศึกษา และฐานะทางการเงินน้อย จะมีระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิต ที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่า ยังพบว่าความเครียดในผู้ดูแล เป็นผลโดยตรงมาจากจากสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับการดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม¹⁶ ทั้งนี้การศึกษาในประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแลพบว่า เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป¹⁷ อย่างไรก็ตามยังพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมพบได้ไม่มากนัก ที่ผ่านมาจะเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ได้แก่ ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด

ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁸ ในขณะเดียวกันต่างประเทศ การศึกษาเรื่องของปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการศึกษาในหลายรูปแบบ และเพื่อเป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของต่างประเทศ ที่มีความแตกต่างของบริบทในสังคม ที่ผู้ดูแลในต่างประเทศมักจะเป็นคู่ชีวิตมากกว่าที่จะเป็นบุตรหลาน ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลาน คำนิยม และวัฒนธรรมการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุมาก ถือเป็นเรื่องสำคัญในสังคมไทย มีการให้คุณค่าในการเคารพ ยกย่องผู้อาวุโสและบุพการี ซึ่งถึงว่าเป็นหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณ¹⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐาน

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ชั่วโมงในการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดในผู้ดูแลมีหลากหลาย การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแล ที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดนั้นมีความแตกต่างกันออกไป ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีการศึกษาในประเทศไทยน้อย การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความน่าสนใจ อันได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน อีกทั้งได้เลือกแนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของ Archbold 1980 ซึ่งกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย 1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Antecedent factors) 2. การดูแลครอบครัว (Family care) 3. การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care) 4. ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving) และทำการเลือกปัจจัยที่มีความน่าสนใจ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทในการศึกษานี้ มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมและครอบคลุม จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสัมพันธ์ของ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมารับการรักษา ณ คลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณ thordlike (1978) สูตรคือ $n = 10k + 50$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. แบบประเมิน

2.1 แบบประเมิน วัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม²⁰ มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ได้แก่ ประจำได้ 4 คะแนน บ่อยครั้งได้ 3 คะแนน บางครั้งได้ 2 คะแนน นานๆครั้งได้ 1 คะแนน ไม่เคยเลยได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน²⁰ 61-88 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับมาก 41-60 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับปานกลาง 21-40 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับน้อย < 21 หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นความเครียด

2.2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ²¹ มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีการแปลผลนั้นนำข้อคำถามมาแต่ละองค์ประกอบข้อคำถามจะมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน

2.3 แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขึ้น²² ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นวิธีการช่วยให้เกิดอารมณ์ขึ้น จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามนี้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 44 คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เป็นทางเลือก 3 ระดับ ใช้บ่อยๆ ครั้งได้ 2 คะแนน ใช้นานๆครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่เคยใช้ ได้ 0 คะแนน

2.4 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล²³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 0-4 คะแนน ดังนี้ ไม่เลย ได้ 0 คะแนน เล็กน้อย ได้ 1 คะแนน บางครั้งได้ 2 คะแนน มาก ได้ 3 คะแนน มากที่สุด ได้ 4 คะแนน

2.5 แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก²⁴ เป็นแบบวัดมีจำนวน 20 ข้อ 5 ระดับ คะแนน 1-5 คะแนน รายละเอียดดังนี้ จริ่งน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน จริ่งน้อย ได้ 2 คะแนน จริ่งปานกลางได้ 3 คะแนน จริ่งมาก ได้ 4 คะแนน จริ่งมากที่สุดได้ 5 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด ต่ำสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขึ้น กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยทั้ง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามาริบัติ หนังสือรับรองเลขที่ COA. MURA2021/47 เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2564 และสถาบันประสาทวิทยา ได้รับหนังสือรับรองเลขที่ 018/2564 เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ พร้อมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมไม่มีผลต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือได้แก่ แบบวัดภาระในการดูแล แบบประเมินการนอนหลับ แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขึ้น แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และแบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 1,0.96,1,0.99 และ 0.98 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.97, 0.95, 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.3 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 34.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3

ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 48.3 สถานะผู้ดูแลเป็น
ลูกสาว ร้อยละ 60 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีภาวะสมองเสื่อม
พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง

70-79 ปี ร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.7 และระดับ
การศึกษา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 43.3

2. ผลจากแบบประเมินความเครียดของความผู้ดูแล
ผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งระดับความเครียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n = 120)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเครียด (< 21คะแนน)	62	51.7
เครียดระดับน้อย (21-40 คะแนน)	28	23.3
เครียดระดับปานกลาง (41-60คะแนน)	26	21.7
เครียดระดับมาก (61-88 คะแนน)	4	3.3
รวม	120	100

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแล มีระดับ
ความเครียดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.3 และระดับไม่มี
ความเครียด คิดเป็นร้อยละ 51.7

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์
ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ
ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขึ้น กับความเครียด
ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ
ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขึ้น กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
เพศ	-.141	0.155
ชั่วโมงในการดูแลต่อวัน	.138	0.390
คะแนนอารมณ์ขึ้นของผู้ดูแล	.326**	<0.001*
คะแนนคุณภาพการนอนหลับ	.025	0.970
ความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ดูแล	-.246**	0.007
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	-.598**	<0.001*

* Significant at p<0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล
คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์
ขึ้น กับความเครียด ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัย
ด้านความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์
กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

p = 0.007 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล มีความสัมพันธ์
กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
p<0.001 และปัจจัยด้านอารมณ์ขึ้นของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์
กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ p<0.001

การอภิปรายผลการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาวะสังคมในปัจจุบันที่ไม่ว่าเพศชายหรือหญิงมีบทบาทในสังคมไม่แตกต่างกัน ได้รับการยอมรับในสังคมไม่แตกต่างกันจึงอาจทำให้มีการรับรู้และประสบการณ์ที่ไม่แตกต่างกัน²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน²⁶ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่มีจำนวนผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.3 และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่ผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือช่วงอายุ 30-39 ปี จึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี²⁷

2. ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดในการดูแลน้อย และเนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสหรือบุตร ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว จึงส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความเอื้ออาทร เกิดความรู้สึกแน่นแฟ้น และเกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สามารถให้คำปรึกษาและเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ในการแก้ปัญหาต่างๆ จากการดูแลได้²⁸ จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างตัวผู้ดูแล และผู้มีภาวะสมองเสื่อมเองจัดอยู่ในระดับดี ทำให้การดูแลไม่รู้สึกถึงการเป็นภาระจนต้องให้เกิดความยากลำบาก จึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีความเครียดเมื่อความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพของความสัมพันธ์ที่เกิดระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ประกอบไปด้วยความรัก ความผูกพัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์การดูแล โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นบุตรและอาศัยอยู่บ้านเดียวกันมานาน แม้ว่าจะเป็นหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นการให้การดูแลด้วย

ความเต็มใจ อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเครียดจากการให้การดูแล สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ที่ให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโสและบุพการี ซึ่งการดูแลถือว่าเป็นหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณ¹⁹

ชั่วโมงในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย ชั่วโมงในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม และไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ขัดกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลา 9-16 ชั่วโมงต่อวัน²⁹ ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ทำให้มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง ไม่มีเวลาส่วนตัว เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยของการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เช่นเดียวกับ การศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลในเกาหลีใต้³⁰ พบว่าปัจจัยด้าน ชั่วโมงในการดูแลมีผลกับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระบุว่าผู้ดูแลมีจำนวนชั่วโมงในการให้การดูแลกับผู้ดูแลมาก คะแนนความเครียดก็สูงขึ้นด้วยเช่นกัน จากผลการศึกษานี้ที่ระบุว่าชั่วโมงในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล จากผลการศึกษาแตกต่างจากงานวิจัยที่ได้พบทวนวรรณกรรมมาเนื่องจากบริบทในสังคมที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีผู้ช่วยในการดูแลตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ทำให้เกิดการแบ่งเบา และช่วยเหลือในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เพราะยังมีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระได้ ตามบริบทของสังคมไทยที่ให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่สมาชิกในครอบครัว²³

คุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย คุณภาพการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 และขัดแย้งกับการศึกษาของ ความรู้สึกเป็นเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม³¹ พบว่า คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับการศึกษาเรื่อง ภาระในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม³² ในประเทศจีนพบว่า คุณภาพการนอนหลับ(PSQI) ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ ที่ระบุว่า การที่ผู้ดูแลจะมีความเครียด เกิดจากปัจจัยหลายๆ อย่างในแต่ละบุคคล และปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล จะมีผลให้เกิดความเครียดได้มากกว่าปัจจัยจากตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง ทั้งนี้จากผล

การศึกษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งหมายถึงยังต้องมียุทธศาสตร์ที่รับมือกับปัญหาในการประกอบอาชีพ และเป็นเสาหลักในการหารายได้ ทำให้มีภาวะเครียดจากชีวิตการทำงานและภาระหน้าที่อยู่แล้ว และรวมถึงมีผู้ดูแลที่เป็นวัยผู้สูงอายุ ทำให้มีอาการนอนไม่หลับจากความเครียดตามวัยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

ความสอดคล้องในการมองโลก ผลการศึกษาปัจจัยความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.246$, $p = 0.007$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสอดคล้องในการมองโลก เท่ากับ 73.27 หมายถึง ระดับความสอดคล้องในการมองโลกมาก ในผู้ดูแล สอดคล้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความสอดคล้องในการมองโลก ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศสวีเดน³³ พบว่าความสอดคล้องในการมองโลกมีระดับต่ำมากเท่าไร ผู้ดูแลจะมีภาวะเครียดมากขึ้น มีบทบาทสำคัญช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจสามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ จัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้มองเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีคุณค่า สำหรับการเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไข

อารมณ์ขัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยอารมณ์ขันมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.326$, $p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับทำการศึกษาใน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว³⁴ เรื่องการรับมือกับความเครียดในฐานะสมาชิกในครอบครัว ระบุว่า อารมณ์ขันเป็นเทคนิค ที่ใช้ในการเผชิญปัญหามากที่สุดทำให้สามารถรับมือกับความเครียดในการดูแลได้เป็นอย่างดี อารมณ์ขันเป็นกลไกการเผชิญความเครียดของบุคคลชนิดหนึ่งซึ่งจัดเป็นกลไกทางจิต ที่บรรลุลักษณะซึ่งเป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ตลก ขบขัน ก่อให้เกิดความพอใจทั้งตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความผ่อนคลาย และสามารถทนต่อสภาพต่างๆ ได้ดีขึ้น³⁵ เห็นได้ว่าอารมณ์ขันในผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการให้การดูแล เพราะนอกจากจะส่งผลดีกับตัวผู้ดูแลเองแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการให้การดูแลด้วย ซึ่งการนำเอาอารมณ์ขันมาใช้ในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีวิธีการทำให้ตนเกิดอารมณ์ขัน และเป็นบุคคลที่มีอารมณ์

ขันเสียก่อน จึงจะสามารถนำเอาอารมณ์ขันไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการให้การดูแลได้³⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังสามารถนำข้อมูลนี้ไปประเมินผู้ดูแล ในการเริ่มให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าใจถึงแนวโน้มของปัญหาในการดูแล นำมาซึ่งการป้องกันการเกิดปัญหาความเครียดของผู้ดูแลได้อีกด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยควรนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน นำไปศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ดูแล

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2020. Nakhonprathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021. (In Thai)
2. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2018; 14(3): 1-86.
3. Prachuablarb C, Wirojratana V, Jitramontree N. The Relationships Between Mutuality Predictability and Caregiver Role Strain in older persons with parkinson's disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15: 235-45. (In Thai)

4. White CL. Advancing Care for Family Caregivers of persons with dementia through caregiver and community partnerships. Research Involvement and Engagement. 2018.
5. Chansirikarnjana S. Dementia geriatric medicine Textbook for Doctors. 1st edition. Bangkok; 2005. (In Thai)
6. Koskie B, Akers W. The state of caregiving for alzheimer's and related Dementia. Healthlines. 2018.
7. Sutthilak C. Hidden Patients Family Caregivers of Elderly People with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019, 20(1): 40-46. (In Thai)
8. Wongsaree C. dementia in the elderly Nursing and caring for caregivers. HCU journal. 2018; 22: 43-4. (In Thai)
9. Dickens H, Jolley, D. Better recognition of dementia: A guide for general practice. Practice Nursing. 2009; 20(6): s1-15.
10. Bertrand R, Fredman L. Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. Journal of Aging and Health. 2006; 18(4): 534-51.
11. Sutthilak C. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 191-200. (In Thai)
12. Ross C. Caring for someone with dementia, The Economic Social and Health Impacts of Caring and Evidence based support for careers. A Report prepared for Alzheimer's Australia: Princeton University Press. 2015.
13. Kim M, Hong S, Lee C, Kim S, Kang I, Lee. Caregiver burden among caregivers of Korean with dementia. Gerontology. 2009; 55(1): 106-13.
14. Archbold P, Stewart B, Greenlick M. Harvath Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Research in Nursing and Health. 1990; 13: 375-85.
15. Leonard I, Pearlin. The stress process, Journal of Health and Social Behavior. 1981; 22: 337-56.
16. Scharlach A, Li, Dalvi T. Family Conflict as a Mediator of Caregiver Strain. Family Relations. 2006; 55(5): 625-35.
17. Gray R, Thapsuwan. Factors Affecting on Stress of Caregivers to Older Persons. Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities. 2014; 20(1): 203-28. (In Thai)
18. Thatapanpong S. Effects of the group support program on stress burden and quality of life in caregivers of patients with dementia. TJN. 2019; 67(4): 21-4. (In Thai)
19. Pinyopornpanish M, et al. Perceived stress and depressive symptoms not neuropsychiatric symptoms predict caregiver burden in Alzheimer's disease: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2021; 21(1): 180.
20. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. Journal of Nursing and Education. 2011; 4: 62-75. (In Thai)
21. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. J Med Assoc Thai. 1994; 42: 122-31. (In Thai)
22. Sawangjang W. Sense of humor among Professional nurses Providing care for Psychiatric Patients. thesis of Master of Nursing Science. Chiang mai: Chiang mai university; 1999. (In Thai)
23. Wirojatana V. Development of the Thai Family Care Inventory Doctoral dissertation. Portland: Oregon Health & Science University. 2002.

24. Sudhasani S. Development of a sense of coherence test for adolescents. *Journal of Educational Research and Measurement*. 2004; 2: 56-72. (In Thai)
25. Chaimay B. the quality of life and daily activity ability among elderly people and to investigate factors associated to the quality of life among elderly people in Laem Tanot District Phatthalung Province. *Journal of Public Health*. 2012; 42: 55-5. (In Thai)
26. Prombut P. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. *Rama Nurs J*. 2014; 20: 82-96. (In Thai)
27. Rakitti W. Documents for teaching family health subjects in public health chapter 1-7 Nonthaburi: Numkang printing; 2009. (In Thai)
28. Lapvongwatana P. Documents for teaching family health subjects in public health chapter 1-7. Nonthaburi: Numkang printing; 2009. (In Thai)
29. Koonnarong O. Caregiving Preparedness, Family Relationships and Role Strain among Caregivers of Muslim Stroke Patients. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2012;4: 14-27. (In Thai)
30. DeokJu K. Successful Behavioral Treatment for Reported Sleep Problems in Elderly Caregivers of Dementia Patients: A Controlled Study. *Occupational therapy International* 2017;9.
31. Miguel A. Simón. (2019). Caregiver Burden and Sleep Quality in Dependent People's Family Caregivers, *Journal of clinical medicine*.8:1072
32. Shuai L. Caregiver burden sleep quality depression and anxiety in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal lobar degeneration dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* 2018; 30(8), 1131-8.
33. Signe A. The relationship between caregiver burden caregivers and their sense of coherence in caring for elders with dementia perceived health. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;17:790-9.
34. Jordan M. Alpert & Frances E Womble. (2015). Coping as a Caregiver for an Elderly Family Member. *Health Communication*, 30(7):714-21.
35. Disayavanish C, Disayavanish P. Stress, anxiety and health. *Chaingmai: Sangsilp printing*; 2002. (In Thai)
36. Rungreangkulkij S. humor with mental health. *Journal of Faculty of Nursing, KKU*. 1990; 13:1-5.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

Effectiveness of a Capability-development Program for Caregivers of Children with Asthma at Sunpasitthiprasong Hospital,Ubon Ratchathani

พัชรี พรหมสูงวงศ์¹ พัทยา แก้วสาร^{*1} นุสรุ ประเสริฐศรี²

Patcharee Promsuwong¹ Pattaya Kaewsarn^{*1} Nusara Prasertsri²

¹สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

¹Faculty of Nursing Science, Sukhothai Thammathirat Open University,Nonthaburi,Thailand11120

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

²Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong Ubon Ratchathani ,Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านการปฏิบัติ และ 3) ด้านการจัดการ เด็กโรคหืดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืด ประกอบด้วยบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็กต่อเนื่อง 1 ปีขึ้นไปเข้ารักษาคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็กตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 92 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 46 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 23 คน คือ 1) กลุ่มเปรียบเทียบ 2) กลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้มี 2 ชุด คือ 1) โปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และ 2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 0.94 และค่าความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (The Coefficient of Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (T-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลเด็กโรคหืดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ และด้านการจัดการ คิดเป็นร้อยละ 3.73, 4.09, 4.38 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติและด้านการจัดการ คิดเป็นร้อยละ 3.94, 4.18, 4.28 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และ 2) ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้านได้แก่ ด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ และด้านการจัดการ คิดเป็นร้อยละ 4.48, 4.57, 4.44 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

คำสำคัญ: ความสามารถ, ผู้ดูแล, เด็กโรคหืด

Abstract

This was quasi-experimental research to compare the abilities of caregivers of children with asthma between the experimental group and the control group in terms of 1) knowledge; 2) practice; and 3) management of children with asthma, before and after taking a capability development program at Sunpasitthiprasong Hospital.

Corresponding Author: *Email : Pattayakaew22@gmail.com

*วิทยานิพนธ์ ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 19 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ก.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ก.ย. 2565

The sample consisted of 92 caregivers of children with asthma (parents or caregivers who had been caring for the child for at least one year or more) who had come in to receive care at the Pediatric Pulmonary Disease Clinic of Sunpasitthiprasong Hospital 2 or more times, out of which 46 were selected by purposive sampling, and they were divided into 2 groups: the comparative group (23) who took the program, and the experimental group (23). The research instruments included 1) a capability development program about management of children with asthma for caregivers and 2) an evaluation form to assess the caregiver's abilities. The content validity was assessed by 5 experts and the instruments received CVI scores of 1 and 0.94 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results showed that 1) The caregivers before participating in the program, the comparative group had the average percentage scores of knowledge 3.62, practice 4.31 and management 3.93 and the experimental group had the average percentage scores of knowledge 3.94, practice 4.18 and management 4.28. The two groups were not significant different. 2) Before and after participating in the program, the experimental group had the average percentage scores of knowledge 4.48, practice 4.57 and management 4.44, differed to a statistically significant degree at p-value < .05.

Keywords: Ability, Care-giver, Asthmatic children

บทนำ

โรคหืด (asthma) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โรคหืดเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้เยื่อผนังหลอดลมทำปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมโดยมีความไวต่อสารต่าง ๆ¹ กว่าปกติ โรคหืดในเด็กเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข จากข้อมูลของ WHO คาดว่าในปี 2559² มีผู้เป็นโรคหืดมากกว่า 339 ล้านคนทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิต 417,918 ราย ในกลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี มีอาการโรคหืดจากการสำรวจประชากรกลุ่มเด็ก 1,200,000 คนจาก 97 ประเทศทั่วโลกพบเด็กโรคหืดร้อยละ 2.40 ถึง 37.60³ ในประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2562 พบเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 3.84 แสนคนและเสียชีวิตจากโรคหืดคิดเป็นร้อยละ 5⁴ สถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีเด็กโรคหืดมาใช้บริการในคลินิกระบบทางเดินหายใจเด็ก จำนวน 1,316, 917, 1,347 คน ในปี พ.ศ.2560, 2561, 2562 ตามลำดับและมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้านอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30, 22, 15 ในปีพ.ศ. 2560, 2561, 2562 ตามลำดับ แม้แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลลดลงแต่มีผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้

โรคหืดมีสาเหตุจาก 1) พันธุกรรม 2) การที่เด็กมีความไวต่อการตอบสนองสารบางชนิดที่เป็นสารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น เกสรดอกไม้ แมลง ขนสัตว์ อาหาร 3) ปัจจัยจากภายใน เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การผันแปรของอารมณ์¹ อาการของโรคหืดจะเกิดอาการเมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้ จะแสดงอาการของหืดเป็นช่วง ๆ จะมีอาการเป็นปกติถ้าไม่มีอาการของหืด อาการเริ่มต้นมักเป็นแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ เช่น อากาศเย็น ควันต่าง ๆ หรือสารกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้ต่าง ๆ อาการจะดำเนินอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่วินาที อาการโรคหืดมักจะแสดงอาการตอนกลางคืน ระดับความรุนแรงของโรค มี 4 ระดับ คือ ระดับเป็น ๆ หาย ๆ, ระดับรุนแรงน้อย, ระดับรุนแรงปานกลางและระดับรุนแรงมาก⁵ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจลำบากหอบมากขึ้นได้ยินเสียงวี๊ด (Wheez) ทั้งหายใจเข้าและหายใจออก อาการรุนแรงอาจฟังเสียงวี๊ด (Wheez) ไม่ได้ เสียงหายใจค่อย ๆ เบาลงเนื่องจากหลอดลมตีบมาก อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ระบบหายใจล้มเหลว⁶ ทำให้ถึงแก่กรรมได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขและการรักษาที่ถูกต้อจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการได้หากรับยาพ่นอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง ในกลุ่มที่มีอาการระดับรุนแรงน้อยเป็นกลุ่มที่ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้แต่ในทางกลับกันหาก

ไม่ได้รับการดูแลที่ดีจะควบคุมอาการของโรคไม่ได้ ทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและผู้ดูแล ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การประเมินอาการได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ ทำให้สามารถจัดการอาการของโรคได้⁷ นอกจากนี้เด็กโรคหืดที่ผู้ดูแลมีรายได้น้อยมีความเสี่ยงสูงต้องเผชิญกับความเครียดทางสังคมและความต้องการการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้อง ทำให้การจัดการโรคหืดที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพ⁸

แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืด เป็นแนวทางส่งเสริมการดูแลเด็กโรคหืดให้ดียิ่งขึ้น โดยประสานความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลเด็กเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการโรคหืดของเด็ก แนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹ ไม่ต้องมาห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง^{10,11} ความสำคัญในการดูแลเด็กโรคหืดคือการป้องกันอาการกำเริบและการควบคุมอาการให้ดีขึ้น “ผู้ดูแลเด็กโรคหืด” จึงมีบทบาทสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในอาการของโรคเพื่อให้การดูแลถูกต้องเมื่อมีอาการกำเริบที่บ้าน พยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะของตนเองในฐานะผู้ดูแลเด็กโรคหืดและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลเด็กโรคหืดร่วมกับผู้ดูแลหลัก เพื่อแบ่งเบาภาระด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลทำให้สามารถดูแลเด็กโรคหืดดีขึ้น

ปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบเด็กโรคหืดมาโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 15 แม้จะมีระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย การนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย การฝึกทักษะการใช้ยาพ่น การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหืดเพื่อให้ผู้ดูแลประเมินการควบคุมโรคหืดเมื่อกลับบ้าน การใช้คู่มือดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบันแม้จะมีคำแนะนำในหลาย ๆ เรื่องแต่ยังพบว่ายังมีผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายไม่สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ ทำให้ยังพบปัญหาการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ¹² จากสถิติเด็กโรคหืดที่กล่าวมาจะเห็นว่าเด็กป่วยโรคหืดจำนวนมาก จึงถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และพัฒนาการตามวัยของผู้ป่วย ที่ผู้ดูแลต้องมีความรู้ โดยเรียนรู้วิธีการจัดการอาการของโรคและสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้แย่ลง การพัฒนาเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล

ในฐานะเป็นผู้ให้ความรู้และการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน¹³ จึงเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่ทำให้เกิดการศึกษางานวิจัยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมเพิ่มความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วย¹⁴

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

2. วัตถุประสงค์ย่อยเพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ด้านการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน 1) ด้านความรู้ 2) ด้านปฏิบัติ 3) ด้านการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

2.1 ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

2.2 เปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

สมมติฐานการวิจัย

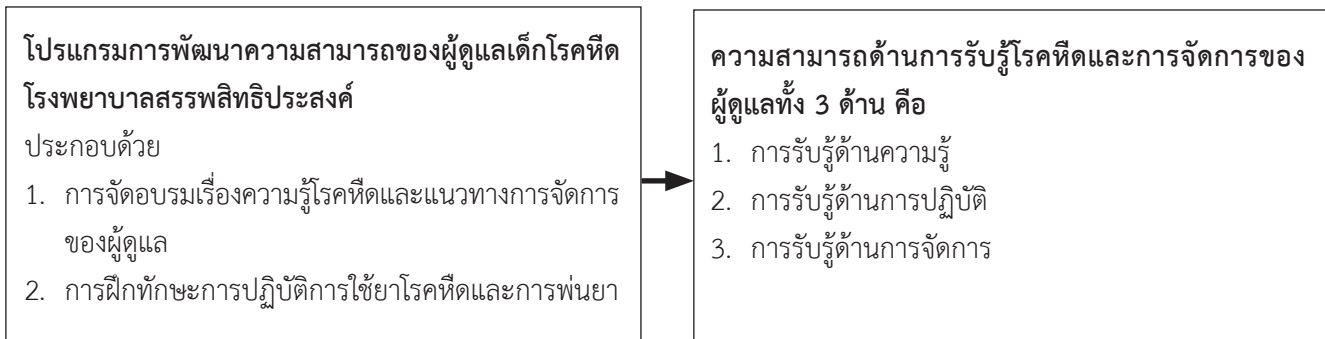
ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืดของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้านได้แก่ 1) การรับรู้ด้านความรู้ 2) การรับรู้ด้านการปฏิบัติ 3) การรับรู้ด้านการจัดการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ 2 แนวคิดดังนี้ คือ 1) อัลเบิร์ต แบนดูรา¹⁵ และ 2) แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก พ.ศ. 2555¹⁶ และคู่มือ Global Initiative for Asthma 2018 (GINA)¹⁷ โดยใช้แนวคิดของอัลเบิร์ต แบนดูรา¹⁵ ในเรื่องการเพิ่มความสามารถของตนเองในกลุ่มผู้ดูแลซึ่งเป็นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลผ่านสื่อการสอน การรับฟัง การให้กำลังใจ ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในสถานการณ์ต่าง ๆ พัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ โดยการจัดการภายใต้การวินิจฉัยการรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานการรักษาโรคหืดของแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก พ.ศ. 2555 และคู่มือ Global Initiative for Asthma 2018.

(GINA) ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในนานาชาติและประเทศไทย เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลจึงนำมาสู่กรอบแนวคิดงานวิจัยดังแผนภาพ

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1.1 ตารางแสดงกรอบแนวคิดในการทำวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย ที่ได้ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาที่คลินิกระบบทางเดินหายใจเด็ก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง 1 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างวันที่ 17 กันยายน 2562 ถึง 25 สิงหาคม 2563

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืดแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมจีพาวเวอร์ (G*Power) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5, ค่าอำนาจในการทดสอบ ($1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.5, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α err prob) เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่มีอายุ 1-5 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่มีระดับความรุนแรงของโรกระดับน้อย ที่ได้ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาที่คลินิกระบบทางเดินหายใจเด็กตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 2) ผู้ดูแลสามารถอ่านหนังสือออกและเขียนได้ และ 3) มีความยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่มีอายุมากกว่า 5 ปี ที่มีระดับความรุนแรงของโรกระดับปานกลางขึ้นไป 2) ผู้ดูแลอ่านหนังสือไม่ออกและเขียนภาษาไทยไม่ได้ 3) ไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 4) ไม่ได้เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกระบบทางเดินหายใจเด็ก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ CA code 051/2562 รหัสโครงการ 038/62 S ลงวันที่ 9 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ประกอบด้วย การจัดอบรมการให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืด, การฝึกทักษะด้านการปฏิบัติ, การจัดการและ 2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 0.94 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 เก็บรวบรวมข้อมูลคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก โดยนำโปรแกรมมาจัดสอนให้ความรู้ทั้ง 3 ด้าน และตอบแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล แล้วนำผลประเมินมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (T-test)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดทั้ง 2 กลุ่มนี้ กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 82.61) มีอายุเฉลี่ย 39.22 ปี (ร้อยละ 30.44) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 78.26) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 34.79) รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30.41) ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน (ร้อยละ 26.09) รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 21.74) มีรายได้ 1,000-5,000 บาท (ร้อยละ 34.78) รองลงมาได้ 25,000-30,000 บาท (ร้อยละ 26.09) และกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 56.52) มีอายุเฉลี่ย 38.09 ปี (ร้อยละ 34.78) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 78.26) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 30.43) รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.09) ประกอบอาชีพรับราชการ พนักงานบริษัทและรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 21.74) รองลงมาประกอบอาชีพทำนา ทำสวน (ร้อยละ 17.39) มีรายได้ 25,001-30,000 บาท (ร้อยละ 21.47) รองลงมาได้ตั้งแต่ 1,000-15,000 บาท (ร้อยละ 17.39)

ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 30.43) รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.09) ประกอบอาชีพรับราชการ พนักงานบริษัทและรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 21.74) รองลงมาประกอบอาชีพทำนา ทำสวน (ร้อยละ 17.39) มีรายได้ 25,001-30,000 บาท (ร้อยละ 21.47) รองลงมาได้ตั้งแต่ 1,000-15,000 บาท (ร้อยละ 17.39)

ตอนที่ 2 ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผลการวิเคราะห์การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองจากแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ความสามารถของผู้ดูแลด้านการรับรู้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านการปฏิบัติ และ 3) ด้านการจัดการ โดยใช้สถิติทดสอบที (T-Test) ทั้งแบบสัมพันธ์กันและไม่สัมพันธ์กัน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

กลุ่ม	ก่อนเข้าโปรแกรม		t	P-value
	M	S.D		
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.03	0.26	-1.570	.124
กลุ่มทดลอง	4.14	0.21		

จากตารางที่ 1 ผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้โรคหืดและการจัดการของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี (M = 4.03, SD = 0.26) และกลุ่มทดลองมีการรับรู้โรคหืดและการจัดการของผู้ดูแลอยู่ในระดับดีเช่นกัน (M = 4.14, SD = 0.21) อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = 0.12)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมของผลลัพธ์การรับรู้ทั้ง 3 ด้าน ก่อน หลังเข้าโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ในกลุ่มทดลอง

การรับรู้รายด้าน/รายข้อ	ก่อนเข้าโปรแกรม (n = 23)		หลังเข้าโปรแกรม (n = 23)		t	P-value
	M	S.D	M	S.D		
1. ด้านความรู้	3.94	0.33	4.48	0.38	-7.54	.000
2. ด้านการปฏิบัติ	4.18	0.24	4.57	0.24	-9.966	.000
3. ด้านการจัดการ	4.28	0.41	4.44	0.23	-2.954	.007
คะแนนรวม	4.14	0.21	4.54	0.23	-9.18	.000

จากตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืดรวมทั้ง 3 ด้านของกลุ่มทดลองพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหืดก่อนการเข้าโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืดอยู่ในระดับดี ($M = 4.14$, $SD = 0.21$) โดยทั้ง 3 ด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.94 ถึง 4.28 หลังการเข้าโปรแกรมฯ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.54$, $SD = 0.23$) ทั้ง 3 ด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.44 ถึง 4.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อการพัฒนาและเพิ่มความรู้ ความสามารถของตนเองสำหรับผู้ดูแลให้มากขึ้นในการดูแลเด็กโรคหืด พบว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอยู่ระดับดี หลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่ศึกษาสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลได้ดีกว่าแนวปฏิบัติเดิมที่ใช้อยู่ นำมาสู่การอภิปรายผลทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านการปฏิบัติ 3) ด้านการจัดการ ดังนี้

1. การรับรู้ด้านความรู้ ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคหืดพบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคหืดมีคะแนนอยู่ในระดับดีแต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมาวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการแสดงที่บ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของโรค การสังเกตอาการที่ผิดปกติ การตอบสนองสารก่อภูมิแพ้ เมื่อได้รับการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ดูแล ย่อมส่งเสริมให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น การบรรยาย การชมเชย การให้ศึกษารายกลุ่มและรายบุคคลโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ต้องมีการอธิบายซ้ำพร้อมการแสดงท่าทางประกอบ เช่น การแสดงการหายใจเสียงดังวี๊ด (Wheez) การแสดงการออกแรงช่วยหายใจ การสังเกตอาการหอบ ปีกจมูกบาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลที่ชัดเจนมากขึ้น การใช้สื่อตัวแบบสัญลักษณ์ ทำให้บุคคลได้ความรู้เพิ่มที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาชนิดสูดพ่น¹⁸ ซึ่งยาพ่นช่วยให้อาการของโรคสงบลงแต่ถ้าการใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธีก็ทำให้อาการของโรคกำเริบได้¹⁹ นอกจากนี้การอธิบายซ้ำหลายครั้งเมื่อผู้ดูแลยังไม่เข้าใจ การประเมินความรู้ซ้ำหลังจากได้รับความรู้แล้วเพื่อประเมินศักยภาพของผู้ดูแลที่ได้รับเพิ่มนำมาใช้ดูแลบุตร

ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคหืด สิ่งกระตุ้นอาการหอบ การรักษา และพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคหืดจะช่วยให้เด็กหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอาการหอบรวมถึงดูแลเด็กเรื่องการใช้อุปกรณ์รักษาโรคหืด การใช้โทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาและการให้คู่มือ ส่วนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด มีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคหืดต่อเนื่องนาน 3 ปี สามารถช่วยลดจำนวนครั้งของการมาเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินได้²⁰ การศึกษาของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงร่วมกับมีรายได้ประจำจากการทำงาน ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตร และมีกำลังซื้อในการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาดูแลบุตร การพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัด

2. การรับรู้ด้านการปฏิบัติ ผู้ดูแลพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด ก่อนเข้าโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มอยู่ในระดับดีมาก เมื่อมาวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการมาตรวจตามนัดแพทย์อย่างสม่ำเสมอ มียาพ่นขยายหลอดลมเมื่อมีอาการกำเริบรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ควรสวมใส่เสื้อผ้าหนา ๆ ทำร่างกายให้อบอุ่น ผู้ดูแลสามารถพฤติกรรมการดูแลได้อย่างดีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล การกล่าวชื่นชมเมื่อประสบความสำเร็จ การให้ฝึกปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลเด็กโรคหืด เช่น การฝึกปฏิบัติการใช้ยาพ่น ในผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุต้องให้ฝึกพ่นยาหลายครั้งและให้ฝึกปฏิบัติจริงกับหุ่นจำลองเพื่อให้เห็นภาพการพ่นยาพร้อมอุปกรณ์ที่ถูกต้องร่วมกันการกดยาให้มีละอองฝอยออกมา²¹ การรับประทานยาไม่ครบ เทคนิคการใช้ยาพ่นไม่ดีหรือการวินิจฉัยโรคหืดอย่างไม่ถูกต้อง ยากที่จะรักษาโรคหืด²² ทำให้มีประวัติจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลและประวัติการมีอาการกำเริบของเด็กก่อนการไปพบแพทย์ตามนัด 1- 2 ครั้ง การเก็บยาพ่นหลังเลิกใช้งาน ยังพบว่าผู้ดูแลบางท่านนำยาพ่นไปเก็บในตู้เย็นได้อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจอย่างละเอียด ไม่ใช่คำที่เข้าใจยาก การสังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การขจัดกลิ่นรบกวนให้เกิดอาการหอบผู้ดูแลยังปฏิบัติได้อยู่ระดับปานกลาง การสนับสนุนผู้ดูแลให้จัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับโรคหืดและตอบสนองอย่างเหมาะสมในกรณีฉุกเฉินเมื่อโรคหืดกำเริบ²³ การกล่าวชมผู้ดูแลที่สามารถทำได้สำเร็จ เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ²⁴

3. การรับรู้ด้านการจัดการ ผู้ดูแลจัดการการดูแล

เด็กโรคหืดได้ดี เนื่องจากมีประสบการณ์ในการดูแลต่อเนื่องนาน 3 ปีขึ้นไป ซึ่งสัมพันธ์กับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลจัดการการดูแลเด็กโรคหืดมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มอยู่ในระดับดีเมื่อมาวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า ผู้ดูแลสามารถจัดการอาการเมื่อเด็กมีอาการหอบกำเริบได้ ด้วยการพ่นยาขยายหลอดลมและประเมินอาการซ้ำหลังพ่นยา ตามแนวคิดการเพิ่มความสามารถของตนเองในกลุ่มผู้ดูแล (Self efficacy) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา การสร้างความสามารถของผู้ดูแลด้านการพ่นยา ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยการให้ความรู้ด้านการพ่นยาสำหรับเด็กและผู้ดูแล การใช้สื่อตัวแบบสาธิตการพ่นยา การใช้คำพูดชักจูงการให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงความสามารถของตนเองที่มีออกมา และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์โรคหืดกับผู้ดูแลท่านอื่นและการเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดสำหรับผู้ดูแล ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลบุตรมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีความเสี่ยงสูงในบริบทของความยากจน การให้ความรู้โรคหืดอย่างต่อเนื่อง การตอบสนองต่อการจัดการโรคหืดในบ้านและการให้ข้อมูลความร่วมมือของครอบครัวส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ให้บริการทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น²⁵ การเจ็บป่วยด้วยโรคหืดของบุตรส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดเกิดการเรียนรู้ในการดูแลและการจัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินจัดการได้อย่างถูกต้องตามลำดับขั้นตอนโดยไม่ส่งผลกระทบต่อเด็ก เพื่อให้เด็กมีความปลอดภัยให้มากที่สุด ผู้ดูแลยังมีความมั่นใจในตัวเอง กล้าตัดสินใจในการดูแลเมื่อเจอกับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างมีสติ โทรศัพท์รับคำปรึกษา คำแนะนำ และสามารถช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินได้ ขอความช่วยเหลือฉุกเฉินจาก 1669 ได้อย่างรวดเร็ว ประเมินอาการและรายงานอาการเจ็บป่วยของเด็กกับแพทย์ได้ เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืดลงสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดทั้งหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังเข้า

โปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืดเพื่อติดตามผลในระยะยาวนำไปสู่การศึกษาช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้าสู่กระบวนการทบทวนความสามารถ

References

1. Siribunphiphatana P, editor. Pediatric Nursing. Vol. 2. 6th. Nonthaburi: Academic Welfare Program Royal Institute, Ministry of Public Health; 2012. (in Thai)
2. World Health Organization. Global Health Estimates. Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: WHO;2018.
3. Chansakulporn S, editor. Epidemiology and the relationship between respiratory allergies: Respiratory allergy in children. Phra Nakhon Si Ayutthaya: Thian Watthana Printing; 2015 (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Cause of illness, death. 2019
5. Kanitsub A, Wangveerawong M. Guidelines for diagnosis and treatment of asthma in Thailand, V.5 for adults and children. Bangkok: Unionultraviolet Printing; 2012 (in Thai)
6. Boonsawad W, Jearakul N, editor. Textbook of respiratory diseases. 2nd. Bangkok: Prints; 2018. (in Thai)
7. Niu, C, Xu Y, Schuler C.L, Gu L, Arora K, Huang Y, ..et al. Evaluation of Risk Scores to Predict Pediatric Severe Asthma Exacerbations. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice 2021;99(12):4393-401.
8. Abul M.H, Phipatanakul W. Severe asthma in children: evaluation and management. Allergology International 2019; 68(2):150-57.
9. Wathanachaporn P. Asthma Severity, Family Management Behavior and Asthma Symptom Control in Children Among Family Caregivers. Nursing Journal 2016; 43(2):1-12. (in Thai)

10. Promma J. The Effect of Home Visits for Children with Asthma in Thabo District Nongkhai Province. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health* 2015; 24(3):41-50. (in Thai)
11. Thaicharoen O. Effective of Clinical Practice Guidelines for Asthmatic Attack Patients in the Accident and Emergency Department Wihan Daeng Hospital, Saraburi Province, *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2022; 23(1): 353-60. (in Thai)
12. Thippom W. Development of clinical nursing practice guidelines for pediatric asthmatics Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2021;24(1):1-10. (in Thai)
13. Danlee C. Effects of an Interactive Giving Information Program on Perceived Self-efficacy, Caring Behaviors of Caregivers and Disease Control in Children with Asthma Aged 3-5 Years. *Journal of The Ministry of Public Health* 2022;32.2:145-58. (in Thai)
14. Sirited P, Thammasseeha N. Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(2):58-65. (in Thai)
15. Bandura A. (1977). *Self-efficacy: The Exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company
16. Mathsap A, Wangweerawong M. editor. *Guidelines for diagnosis and treatment of asthma in Thailand For adults and children*, 2012. 1st. Bangkok: Union Ultravio Ret; 2012
17. Global Initiative for Asthma. *GINA A Pocket Guide for Health Professionals Update 2018*. Rebecca Decker, BS, MSJ.
18. Sahitia S., Jafry S.I.A., Naqvi S.M.Z.H., Anjum N., & Anwar A. Assessment of pressurised metered dose inhaler technique of nursing staff in different government hospitals of Karachi. *Annals Abbasi Shaheed Hospital & Karachi Medical & Dental College* 2018; 23(2):105-10.
19. Sakkhinadee Y. Effectiveness of a Program of Inhaler Application with Knowledge Related to Health Behavior on Perceived Self-Efficacy and Health Behavior in Patients with Asthma. *Ministry of Public Health* 2018;28(2):67-79. (in Thai)
20. Coffman J.M., Cabana M.D., Halpin H.A., Yelin E.H. Effects of asthma education on children's use of acute care services: a meta-analysis. *Pediatrics* 2008;121(3): 575-86.
21. Polhan B. 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)
22. Abul M.H., Phipatanakul W. Severe asthma in children: evaluation and management. *Allergology International* 2019;68(2):150-7.
23. Fawcett R., Porritt K., Stern C., Carson-Chahhoud K. Experiences of parents and carers in managing asthma in children: a qualitative systematic review. *JBIC Evidence Synthesis* 2019;17(5):793-984.
24. Judang V. Caring Behavior of the Guardians of Pediatric Patients with Asthma Aged 0-5 years in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi. *Region 4-5 Medical Journal* 2020; 39(3): 488-99.
25. Bellin M. H., Land C., Newsome, A., Kub, J., Mudd S.S., Bollinger M.E., Butz A.M. Caregiver perception of asthma management of children in the context of poverty. *Journal of Asthma* 2017;54(2):162-72.

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย เพื่อการบ่งชี้ผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน: กรณีศึกษาในพนักงาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี

Effectiveness of Smartphone-based Application with Wireless Earbuds as
Result Indication of Audiometric Testing: Case Study Among Workers in a Hospital,
Chonburi Province

สุรพัศ ศิวาวุธ¹ ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์² ศรีรัตน์ ล้อมพวง^{*2}

Suraphat Siwawut¹ Teerayut Sa-ngiamsak² Srirat Lormphongs^{*2}

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20110

¹Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi, Thailand 20110

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20131

²Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินและประเมินความน่าเชื่อถือระหว่างการใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายและเครื่อง Audiometer กลุ่มตัวอย่าง 41 คน ถูกคัดเลือกเข้ามาทำแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้วและทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินที่ความถี่ 500-8,000 Hz วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Intraclass correlation coefficient (ICC)

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยการใช้แอปพลิเคชันและเครื่อง Audiometer มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทุกความถี่ และระดับการได้ยินที่ได้จากการใช้แอปพลิเคชัน มีค่าต่ำกว่าระดับการได้ยินที่ได้จากการใช้เครื่อง Audiometer ในทุกความถี่ เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือของแอปพลิเคชัน พบว่าความถี่ 500-2,000 Hz มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) อยู่ในระดับสูง (ICC 0.61-0.87) ส่วนความถี่ 3,000-8,000 Hz มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมาก (ICC 0.90-0.95)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายมีความน่าเชื่อถือและให้ข้อมูลที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับเครื่อง Audiometer ในทุกความถี่ จึงอาจนำมาใช้เป็นทางเลือกในการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินเบื้องต้นในพื้นที่ที่ห่างไกล ขาดแคลนเครื่องมือมาตรฐานได้

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน, สมาร์ทโฟน, หูฟังประเภทไร้สาย, การทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the hearing threshold of participants using a smartphone-based hearing test application with wireless earbuds with conventional audiogram and to determine the accuracy of a smartphone-based hearing test application with wireless earbuds with conventional audiometer. A total of 41 subjects were recruited and completed a questionnaire which had passed verify checked. Pure tone audiogram thresholds were measured from 500 Hz to 8000 Hz, while smartphone measurement was obtained with “Hearing Test” application. All data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and intraclass correlation coefficient (ICC). The statistical significance is determined at $p < .01$.

The result showed that there was significant difference between the average hearing threshold obtained on smartphone-based application and conventional audiometer for all frequencies. The results from smartphone-based application were significantly lower than the one determined by conventional audiometer for all frequencies. The results also revealed high positive correlation for the frequencies 500-2,000 Hz (ICC 0.61-0.87) and very high positive correlation for the frequencies 3,000-8,000 Hz (ICC 0.90-0.95).

In conclusion, the method of hearing test carried out on smartphone-based application with wireless earbuds demonstrates high compatibility with conventional audiometer, which may serve as an accurate and accessible approach to hearing evaluations, especially in settings where conventional audiometer is unavailable.

Keywords: Application, Smartphone, Wireless earbuds, Audiometric test

บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันมีโรงงานอุตสาหกรรมหนักเกิดขึ้นมากมาย มีการนำเครื่องจักรมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการผลิต ซึ่งเครื่องจักรเหล่านี้ล้วนเป็นแหล่งกำเนิดของเสียงดัง การทำงานสัมผัสเสียงดังเป็นระยะเวลานานสามารถก่อให้เกิดผลกระทบในด้านสุขภาพที่สำคัญคือการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินถาวรได้ โดยปัจจุบันจำนวนผู้ที่สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังมีมากกว่า 1,300 ล้านคนทั่วโลก¹ ส่วนข้อมูลจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมมียอดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคประสาทหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดังในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 เฉลี่ย 39,486 คนต่อปี² ดังนั้นเพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานสัมผัสเสียงดัง กระทรวงแรงงานจึงได้ออกกฎหมายบังคับให้มีการเฝ้าระวังการได้ยินโดยให้ดำเนินการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน (Audiometric testing) ในผู้ที่ทำงานสัมผัสเสียงดังเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานแปดชั่วโมงตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป³ อย่างไรก็ตาม

การศึกษาในปัจจุบันพบว่าผู้ที่ทำงานสัมผัสเสียงดังมากกว่า 80 เดซิเบลเอขึ้นไปและมีการสัมผัสสารเคมีที่มีผลต่อเซลล์ประสาทของหูร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดโรคประสาทหูเสื่อมได้เช่นกัน⁴ บางองค์กรในต่างประเทศจึงมีคำแนะนำให้มีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเหล่านี้ด้วย^{5,6,7,8}

การทดสอบสมรรถภาพการได้ยินตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม⁸ เป็นวัดระดับการได้ยิน (Hearing threshold) ทางอากาศด้วยเสียงบริสุทธิ์ (Pure tone air conduction) ที่ความถี่ต่างๆ โดยการใช้เครื่อง Audiometer ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของการจัดการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน ได้แก่ ห้องทดสอบที่มีระดับเสียงรบกวน ไม่เกินมาตรฐานหน่วยงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงานของกระทรวงแรงงาน ประเทศสหรัฐอเมริกา (OSHA) เครื่อง Audiometer ที่เป็นไปตามมาตรฐาน ANSI/ASA S3.6 และผู้ทำการทดสอบต้องเป็นนักโสตสัมผัสวิทยาหรือเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่ได้รับการรับรองโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามเครื่อง Audiometer

ยังมีราคาค่อนข้างสูงและมีอยู่ในสถานประกอบการหรือโรงพยาบาลเพียงบางแห่งเท่านั้น¹⁰ ประกอบกับพนักงานยังมีอุปสรรคในเรื่องต่าง ๆ เช่น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทางหรือการรอคิว และความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคจากโรงพยาบาล เป็นต้น ดังนั้นการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินด้วยเครื่อง Audiometer ที่โรงพยาบาลนั้นจึงอาจทำให้เกิดความยุ่งยากขึ้นได้

ปัจจุบันเทคโนโลยีสมาร์ทโฟนได้พัฒนาขึ้นอย่างมาก ราคาไม่แพง สามารถเข้าถึงได้โดยเฉพาะคนวัยทำงาน นอกจากประโยชน์ในด้านการสื่อสารแล้ว สมาร์ทโฟนยังมีแอปพลิเคชันที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในงานอาชีวอนามัยได้ หนึ่งในนั้นคือแอปพลิเคชันที่มีฟังก์ชันการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินที่คล้ายคลึงกับเครื่อง Audiometer ทั้งในเรื่องการสอบเทียบ (Calibration) และจำนวนความถี่ของเสียงที่ใช้ในการทดสอบ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันเหล่านี้ ให้ผลการทดสอบที่ใกล้เคียงกับเครื่อง Audiometer ในช่วงเสียงที่มีความถี่สูง^{11,12,13} อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในหลายประเด็น ได้แก่ 1) ไม่มีการควบคุมเรื่องเสียงรบกวนรอบข้างในระหว่างการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชัน ในขณะที่ใช้เครื่อง Audiometer มีการควบคุมเรื่องเสียงรอบข้าง^{14,15,16,17} 2) การทดสอบแอปพลิเคชันดำเนินการโดยผู้เข้ารับการทดสอบเอง (Self-test) ในขณะที่การทดสอบด้วยเครื่อง Audiometer ดำเนินการโดยผู้ทดสอบซึ่งเป็นผู้อื่น ดังนั้นอาจมีความคลาดเคลื่อนในเรื่องวิธีการและขั้นตอนการทดสอบ และอาจมีอคติขณะทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินเมื่อมีการใช้แอปพลิเคชันได้^{14,17} 3) ไม่มีการกล่าวถึงฟังก์ชันการสอบเทียบ (Calibration) ของแอปพลิเคชัน¹⁷

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย

ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- โรคประจำตัว
- อาชีพและตำแหน่ง
- ระยะเวลาในการพักหู
- ประวัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน
- การสูบบุหรี่

ตัวแปรตาม

ผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ด้วยเหตุผลข้างต้นนี้ ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงปัญหาในเรื่องของโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานสัมผัสเสียงดัง โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานที่มีการสัมผัสเสียงดังไม่เกินเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดและมีการสัมผัสสารเคมีที่มีผลต่อเซลล์ประสาทของหูร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย เพื่อการบ่งชี้ผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินเปรียบเทียบกับเครื่อง Audiometer โดยมีการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน ได้แก่ การควบคุมเสียงรบกวนรอบข้าง ขั้นตอนและวิธีการทดสอบรวมถึงการสอบเทียบ (Calibration)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทดสอบและเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายกับเครื่อง Audiometer ในพนักงานที่มาเข้ารับการบริการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี รวมถึงเพื่อการประเมินความน่าเชื่อถือของการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย โดยเทียบกับเครื่อง Audiometer

สมมติฐานของการวิจัย

ผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายได้ผลใกล้เคียงกับผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้เครื่อง Audiometer

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม (Quasi-experimental study: one group) ทำการศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ.2566

ประชากรคือ พนักงานทุกคนที่มาเข้ารับบริการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินก่อนเข้าทำงาน (Preplacement examination) โรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี ในช่วงเวลาเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน¹⁹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 หู หรือ 41 คน โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) กล่าวคือนำจำนวนเฉลี่ยของประชากรใน 4 สัปดาห์ (80 คน) หารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ (41 คน) เท่ากับ 2 คน ทำการสุ่มระหว่างคนที่ 1 กับคนที่ 2 ด้วยวิธีการจับฉลากเมื่อได้ลำดับใด คนนั้นจะเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคนต่อไปคือลำดับที่สุ่มได้บวก 2 ไปเรื่อย ๆ จนครบ 41 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1. มีสัญชาติไทย และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. เข้ารับการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินก่อนเข้าทำงาน (Preplacement examination) 3. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือไม่เต็มใจการเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความแบบปลายปิดและปลายเปิด รวม 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว อาชีพและตำแหน่ง ระยะเวลาในการพักหูประวัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินและการสูบบุหรี่ โดยแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้นำมาหาค่าตรงกันความสอดคล้อง Index of Item Objective Congruence (IOC) ระหว่างข้อความ ซึ่งพบว่า ทุกข้อในแบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1 แสดงว่าข้อความหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน ประกอบด้วย

2.1 เครื่อง Audiometer รุ่น Madsen Xeta ซึ่งผ่านมาตรฐาน ANSI S3.6 และผ่านการสอบเทียบ

(Calibration) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2.2 แอปพลิเคชัน Hearing Test version 2.1 ในสมาร์ตโฟน Samsung Galaxy S20 Ultra ซึ่งผ่านการสอบเทียบ (Calibration) เป็นที่เรียบร้อยแล้วโดยผู้ที่มีอายุ 18-35 ปี ที่ทราบอยู่แล้วว่ามีระดับการได้ยินปกติ

2.3 หูฟังประเภทไร้สาย ยี่ห้อ FIIL รุ่น CC Pro ที่มีฟังก์ชันตัดเสียงรบกวนจากภายนอก (Active Noise Cancelling; ANC)

2.4 ห้องทดสอบสมรรถภาพการได้ยินขนาดกว้าง 1.5 เมตร ยาว 2 เมตร สูง 2 เมตร ซึ่งมีการควบคุมเสียงรบกวนรอบข้างให้เป็นไปตามกระทรวงอุตสาหกรรม และ Occupational Safety and Health Administration เรียบร้อยแล้ว

2.5 แบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเข้าใจถึงจุดประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน จากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าไปภายในห้องทดสอบการได้ยิน ให้ผู้เข้ารับการทดสอบนั่งหันข้างให้และไม่สามารถมองเห็นการเคลื่อนไหวของผู้วิจัยได้

2. ทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินของหูทั้งสองข้างโดยใช้เครื่อง Audiometer ก่อน

3. ปลดปล่อยสัญญาณเสียงบริสุทธิ์ที่มีความถี่ 500-8,000 Hz และทำการหาระดับเสียงต่ำสุดที่ได้ยิน (Hearing threshold level) ในแต่ละความถี่และบันทึกผลลงในแบบบันทึก

4. หลังจากทำการทดสอบโดยใช้เครื่อง Audiometer เสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้เปลี่ยนมาทำการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย โดยให้ผู้เข้ารับการทดสอบนั่งตำแหน่งเดิม ใส่หูฟังประเภทไร้สายให้เรียบร้อยแล้ว

5. ทำการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย วิธีการและขั้นตอนของการทดสอบให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการทดสอบโดยใช้เครื่อง Audiometer พร้อมบันทึกผลในแบบบันทึก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ยื่นการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้งหมด 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2566 รหัสโครงการ 045/65 และมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 รหัสโครงการ G-HS107/2565 และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือการถอนตัวในระหว่างงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลวิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และผลการทดสอบสมรรถภาพ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายกับเครื่อง Audiometer โดยจำแนกในแต่ละความถี่ของหูข้างขวา

ความถี่ (Hz)	ค่าเฉลี่ยระดับการได้ยิน ของหูข้างขวา (dB) (n = 41)		ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับ การได้ยิน (dB) (95%CI)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
	แอปพลิเคชัน	Audiometer			
500	13.66	16.46	2.80 (1.15-4.46)	5.25	<.001
1,000	13.90	18.05	4.15 (3.09-5.20)	3.34	<.001
2,000	14.39	18.17	3.78 (2.42-5.14)	4.30	<.001
3,000	18.41	22.56	4.15 (2.57-5.72)	4.99	<.001
4,000	20.85	25.49	4.64 (3.04-6.23)	5.05	<.001
6,000	18.29	23.05	4.76 (3.18-6.33)	4.99	<.001
8,000	13.41	17.32	3.91 (2.34-5.46)	4.94	<.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินในความถี่ต่างๆของหูข้างขวา: พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้เครื่อง Audiometer ในทุกความถี่และ

การได้ยินของการใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายและการใช้เครื่อง Audiometer

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าระดับการได้ยินในแต่ละความถี่และ Intraclass correlation เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินในแต่ละความถี่ที่ได้จากการใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย โดยเทียบกับเครื่อง Audiometer

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล: พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.17 อายุเฉลี่ย 31.10 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.61 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.39 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการพักหูก่อนทำการทดสอบอย่างน้อย 14 ชั่วโมง ร้อยละ 100.00 มีประวัติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินในอดีต เช่น การเจ็บป่วยจากโรคหูน้ำหนวก การประกอบอาชีพที่มีเสียงดัง เป็นต้น ร้อยละ 9.76 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 48.78

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายกับการใช้เครื่อง Audiometer โดยจำแนกในแต่ละความถี่ของหูข้างขวา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [$p < .001$ และ $p < .001$] ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายกับเครื่อง Audiometer โดยจำแนกในแต่ละความถี่ของหูข้างซ้าย

ความถี่ (Hz)	ค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินของหูข้างซ้าย (dB) (n = 41)		ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยิน (dB) (95%CI)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
	แอปพลิเคชัน	Audiometer			
500	14.51	17.80	3.29 (2.09-4.50)	3.81	<.001
1,000	14.27	18.29	4.02 (2.74-5.31)	4.07	<.001
2,000	14.76	18.66	3.90 (2.76-5.05)	3.63	<.001
3,000	19.02	22.80	3.78 (2.38-5.72)	4.44	<.001
4,000	21.71	24.88	3.17 (3.04-6.23)	4.97	<.001
6,000	18.41	24.63	6.22 (3.18-6.33)	5.79	<.001
8,000	12.68	17.07	4.39 (2.34-5.46)	4.90	<.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินในความถี่ต่างๆของหูข้างซ้าย: พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้เครื่อง Audiometer ในทุกความถี่และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายกับการใช้เครื่อง Audiometer โดยจำแนกในแต่ละความถี่ของหูข้างซ้าย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [$p < .001$ และ $p < .001$] ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงความน่าเชื่อถือของการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย โดยเทียบกับเครื่อง Audiometer ของหูข้างขวา หูข้างซ้าย และหูทั้งสองข้าง

ความถี่ (Hz)	Intraclass Correlation* (95%CI)		
	หูข้างขวา (n = 82)	หูข้างซ้าย (n = 82)	หูทั้งสองข้าง (n = 164)
500	0.61 (0.37-0.77)	0.80 (0.67-0.89)	0.71 (0.59-0.80)
1,000	0.85 (0.74-0.92)	0.76 (0.59-0.86)	0.81 (0.71-0.87)
2,000	0.81 (0.67-0.89)	0.87 (0.77-0.93)	0.84 (0.77-0.89)
3,000	0.90 (0.82-0.94)	0.93 (0.88-0.96)	0.91 (0.87-0.95)
4,000	0.95 (0.92-0.97)	0.95 (0.90-0.97)	0.95 (0.92-0.97)
6,000	0.95 (0.90-0.97)	0.94 (0.88-0.97)	0.94 (0.91-0.96)
8,000	0.95 (0.91-0.97)	0.94 (0.90-0.970)	0.95 (0.92-0.97)

การประเมินความน่าเชื่อถือของการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย โดยเทียบกับเครื่อง Audiometer: พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) ของระดับการได้ยินของหูข้างขวาอยู่ในระดับสูงที่ความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 Hz มีค่า 0.61, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ ส่วนความถี่ 3,000, 4,000, 6,000 และ 8,000 Hz มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมาก มีค่า 0.90, 0.95, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ

ส่วนหูข้างซ้าย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) ของระดับการได้ยินของหูทั้งสองข้างอยู่ในระดับสูงที่ความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 Hz มีค่า 0.80, 0.76 และ 0.87 ตามลำดับ ส่วนความถี่ 3,000, 4,000, 6,000 และ 8,000 Hz มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมากเช่นเดียวกัน โดยมีค่า 0.93, 0.95, 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าผลการเปรียบเทียบของผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายกับการใช้เครื่อง Audiometer มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) ในทุกความถี่ ซึ่งสอดคล้องกับบางงานวิจัยซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย มีค่าต่ำกว่าระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้เครื่อง Audiometer ในทุกๆ ความถี่ของทั้งหูข้างขวาและหูข้างซ้าย โดยผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินอยู่ในช่วง 2.81-6.22 เดซิเบล ซึ่งเป็นค่าที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยในอดีต^{11,20}

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้วิจัยได้ทำการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินแล้ว แต่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับบางงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้หูฟังประเภทไร้สายในการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้เครื่อง Audiometer เทียบกับหูฟังประเภทมีสาย²¹ โดยผลการศึกษาพบว่าระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้หูฟังประเภทไร้สายมีค่ามากกว่าหูฟังประเภทมีสาย ซึ่งหูฟังประเภทไร้สายที่ใช้ในการศึกษานี้ไม่มีฟังก์ชันการตัดเสียงรบกวนจากภายนอก (ANC) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะฟังก์ชันที่แตกต่างกันของหูฟังที่ใช้ในการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันและเครื่อง Audiometer

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบโดยใช้หูฟังประเภทไร้สายที่มีฟังก์ชันการตัดเสียงรบกวนจากภายนอก (ANC) ส่วนหูฟังที่ใช้ในการทดสอบกับเครื่อง Audiometer ไม่มีฟังก์ชันการตัดเสียงรบกวนจากภายนอก (ANC) ดังนั้นขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย อาจมีเสียงรบกวนรอบข้างที่น้อยกว่าขณะที่ทำการทดสอบโดย

การใช้เครื่อง Audiometer ส่งผลให้ระดับการได้ยินที่ได้จากการทดสอบโดยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าการใช้เครื่อง Audiometer ซึ่งทำให้เห็นว่าการวิจัยนี้ เมื่อใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายที่มีการตัดเสียงรบกวนจากภายนอกมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าการใช้เครื่อง Audiometer

สำหรับการประเมินความน่าเชื่อถือของแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายโดยเทียบกับการใช้เครื่อง Audiometer พบว่าในช่วงความถี่ 3,000-8,000 Hz มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) ที่สูงกว่าช่วงความถี่ 500-2,000 Hz อาจเป็นไปได้ว่าเสียงรบกวนภายนอกห้องทดสอบสมรรถภาพการได้ยินเป็นเสียงที่มีความถี่ในช่วง 500-2,000 Hz ซึ่งสามารถปะปนได้บ้างในบางช่วงของการทดสอบ ประกอบกับฟังก์ชันที่แตกต่างกันของหูฟัง ทำให้ความน่าเชื่อถือของการทดสอบในช่วงความถี่เหล่านี้ลดลงบ้าง แต่อย่างไรก็ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) ของทุกๆ ความถี่ยังคงอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก แสดงให้เห็นว่าการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายมีความน่าเชื่อถือและให้ข้อมูลที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในทุกๆ ความถี่ของหูทั้งสองข้าง

ดังนั้นการใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สาย นับว่ามีประโยชน์ในการนำมาใช้คัดกรองปัญหาหูเสื่อมจากการทำงานสัมผัสเสียงดัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการที่มีการสัมผัสเสียงดังไม่เกินเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดและมีการสัมผัสสารเคมีที่มีผลต่อเซลล์ประสาทของหูรวมด้วย รวมไปถึงในปัจจุบันแอปพลิเคชันและหูประเภทไร้สาย ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ต้นทุนไม่สูงมากนัก จึงอาจนำมาใช้เป็นทางเลือกในการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินเบื้องต้น ในพื้นที่ที่ห่างไกล ขาดแคลนเครื่องมือมาตรฐานและขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือมาตรฐาน ส่งผลให้อาจมีการตรวจพบความผิดปกติของการได้ยินได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาและรักษาได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. การทดสอบสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายมีความน่าเชื่อถือและให้ข้อมูลที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน
2. ในระดับองค์กร ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำ

แอปพลิเคชันและหูฟังประเภทไร้สายไปใช้คัดกรองปัญหาหูเสื่อมจากการทำงานสัมผัสเสียงดัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการที่มีการสัมผัสเสียงดังไม่เกินเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดและมีการสัมผัสสารเคมีที่มีผลต่อเซลล์ประสาทของหูร่วมด้วย

3. การใช้แอปพลิเคชันร่วมกับหูฟังประเภทไร้สายเป็นทางเลือกที่ดีและเหมาะสมในการทดสอบสมรรถภาพการได้ยินเบื้องต้น ในพื้นที่ที่ห่างไกล ขาดแคลนเครื่องมือมาตรฐาน และขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในเรื่องฟังก์ชันของหูฟังประเภทไร้สายที่มีผลต่อการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน เช่น ฟังก์ชันตัดเสียงรบกวนจากภายนอก (ANC) เป็นต้น

References

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V, Abraham J. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*. 2012; 380(9859): 2163-96.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Occupational and Environment Diseases Report. n.p.: 2018.
3. Department of Labour Protection and Welfare, Ministry of Labour. Announcement of the Department of Labour Protection and Welfare on Criteria and method for the preparation of hearing conservation program in the workplace, 2018. *Government Gazette* Volume 135, Part 134d, dated 12th June 2018.
4. Mirza R, Kirchner DB, Dobie RA, Crawford J, ACOEM Task Force on Occupational Hearing Loss. Occupational noise-induced hearing loss. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2018; 60(9): e498-501.
5. American Conference of Governmental Industrial Hygienists. The Documentation of The Threshold Limit Values for Chemical Substances and Physical Agents Biological Exposure Indices; 2022.
6. Health and Safety Executive. Controlling Noise at Work: The Control of Noise at Work Regulations 2005; Guidance on Regulations. HSE Books; 2005.
7. Occupational Safety and Health Administration. Preventing hearing loss caused by chemical (ototoxicity) and noise exposure. n.p.: 2018.
8. Pannee Suwannasit, Thitima wonthong, Wanpen Songkham. Prevalence Rate and Factors Associated with Noise-induced Hearing Loss among Workers in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2): 208-17.
9. Ministry of Industry. Guidelines in Physical Examination for Chemical and Physical Occupational Health Risk Factors in Workplace, 2012. *Government Gazette* Volume 129, Part 105d, dated 4th July 2012.
10. Van Tonder J, Swanepoel DW, Mahomed-Asmail F, Myburgh H, Eikelboom RH. Automated smartphone threshold audiometry: validity and time efficiency. *Journal of the American Academy of Audiology*. 2017; 28(3): 200-8.
11. Kanyalack Kotchawong. The reliability of hearing test application in smartphone to evaluate for hearing screening in Ranong hospital. *Region 11 Medical Journal*. 2018; 32(2): 945-54.
12. Aremu SK. Evaluation of the hearing test pro application as a screening tool for hearing loss assessment. *Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association*. 2018; 59(5):55-8.

13. Peer S, Fagan JJ. Hearing loss in the developing world: evaluating the iPhone mobile device as a screening tool. *South African Medical Journal*. 2015; 105(1):35-9.
14. Abu-Ghanem S, Handzel O, Ness L, Ben-Artzi-Blima M, Fait-Ghelbendorf K, Himmelfarb M. Smartphone-based audiometric test for screening hearing loss in the elderly. *European archives of oto-rhino-laryngology*. 2016; 273(3):333-9.
15. Chu YC, Cheng YF, Lai YH, Tsao Y, Tu TY, Young ST, Chen TS, Chung YF, Lai F, Liao WH. A mobile phone-based approach for hearing screening of school-age children: cross-sectional validation study. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*. 2019; 7(4): e12033.
16. Durgut O, Ekim B, Dikici O, Solmaz F, Ağırçöl B, Özbakan A. Evaluation of hearing thresholds by using a mobile application in children with otitis media with effusion. *Audiology and Neurotology*. 2020; 25(3): 120-4.
17. Livshitz L, Ghanayim R, Kraus C, Farah R, Even-Tov E, Avraham Y, Sharabi-Nov A, Gilbey P. Application-based hearing screening in the elderly population. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. 2017; 126(1): 36-41.
18. Chen CH, Lin HY, Wang MC, Chu YC, Chang CY, Huang CY, Cheng YF. Diagnostic accuracy of smartphone-based audiometry for hearing loss detection: meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*. 2021; 9(9): e28378.
19. Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 7th ed. Boston: Cengage learning; 2010.
20. Masalski M, Grysiński T, Kręcicki T. Hearing tests based on biologically calibrated mobile devices: comparison with pure-tone audiometry. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*. 2018;6(1):e10.
21. Guo Z, Yu G, Zhou H, Wang X, Lu Y, Meng Q. Utilizing true wireless stereo earbuds in automated pure-tone audiometry. *Trends in Hearing*. 2021.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

The Relationship between Perceptions and Preventive Behaviors of Coronavirus Disease 2019 among Service Recipients from Primary care Units, Lang Suan, Chumphon Province

ปทุมรัตน์ เอกพจน์*¹ สุรเดช สำราญจิตต์² มิ่งขวัญ ศิริโชติ²

Patumrat Akekapoj*¹ Suradej Samranjit² Mingkwan Sirichote²

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน ชุมพร ประเทศไทย 86110

¹Langsuan District Public Health Office Chumphon Thailand 86110

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240

²Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University Bangkok 10240

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 382 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามgoogle Google Forms ออนไลน์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .354^*$)

ดังนั้น จึงควรผลการศึกษามาเป็นแนวทางการให้ความรู้และสุขศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน รวมถึงกำหนดนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This research aimed to study the relationship between perceptions and preventive behaviors of Coronavirus disease 2019 among service recipients from primary care units, Lang Suan, Chumphon. It is a descriptive study. The samples consisted of 382 service recipients from primary care units, Lang Suan,

Chumphon Province. The instrument was an online questionnaire in Google Forms. The data was analyzed by frequency, percentage, mean, SD, and Pearson's product moment correlation coefficient for testing the relationship.

The results revealed that the relationship between perceptions and preventive behaviors of Coronavirus disease 2019 was positive and at a low level, with the significance level of 0.01 ($r = 0.354^{**}$).

Thus, the results should be applied as a guideline to transfer knowledge and health education for general people, and to create the body of knowledge, health literacy, self-care behavior, and how to take care of their families as well as communities. Also, it is to set clear and concrete disease preventive policies.

Keywords: Health Belief Model, Preventive Behaviors of Coronavirus Disease 2019, Primary Care Unit

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก ก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่กันได้ โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้พบครั้งแรกจากการการระบาดของในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019 (ข้อมูล ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2564) พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 268,070,756 ราย เสียชีวิตสะสม 5,294,470 ราย และสถานการณ์ในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2564) พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 2,152,384 ราย เสียชีวิตสะสม 21,033 ราย เพราะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้นซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์¹

องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์และประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) โดยแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการระบาดเป็นวงกว้างสำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน การดำเนินการในภาครัฐโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี และตามคำแนะนำของผู้บริหารและนักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จากการแพร่ระบาดของโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งได้มีข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 1) โดยให้มีผลบังคับในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป²

การสร้างองค์ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่ระบาด ในปัจจุบันได้แพร่ขยายเป็นวงกว้างในทุกสาขาอาชีพและทุกกลุ่มวัย มีผู้ติดเชื้อในครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงานเป็นจำนวนมาก ประชาชนมีความเสี่ยง ทั้งเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ได้มีงานวิจัยศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดนราธิวาสพบว่าประชาชนจังหวัดนราธิวาสส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ($r=.211$, $P < .01$ และ $r=.101$, $P < .01$ ตามลำดับ)³ งานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยประกอบไปด้วยลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 950 คน เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาล ร้อยละ 57.9 มีความประสงค์ที่จะเลือกรับวัคซีน ร้อยละ 42.0 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก

โรค COVID-19 ระดับดี ร้อยละ 91.5 (95%CI: 88.9-92.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรค COVID-19 คือ เพศหญิง (OR = 3.68; 95%CI: 2.11-6.43; $p < .001$) และความรู้สุขภาพระดับสูง OR = 6.88; 95%CI: 3.82-12.39; $p < .001$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัดการศึกษาเพื่อเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรค COVID-19 โรคติดต่ออื่นๆ⁴ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยการศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาโดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁵

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรคและความเจ็บป่วย เนื่องจากเชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์สามารถทำความเข้าใจและสามารถควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ปัจจัยร่วม ซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพตามแนวคิดนี้จึงมุ่งเน้นที่การจัดกระทำกับกระบวนการทางความคิดในระดับบุคคลเป็นสำคัญ⁶

จากที่กล่าวมานี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนที่อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรค⁷ เหตุผลเนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน มีผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 18 แห่งในพื้นที่ เพื่อนำผลจากการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนา ส่งเสริมการรับรู้และเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนให้มีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

สมมติฐาน

การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. การรับรู้ความรุนแรง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. การรับประทานอาหาร
2. การออกกำลังกาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร: ผู้ที่มารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 58,564 คน

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ที่มารับบริการของหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร กำหนดขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน
(Krejcie & Morgan) ⁸ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น
ร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 382 คน จำแนก
ตามหน่วยให้บริการปฐมภูมิ จำนวน 18 หน่วยบริการ
โดยใช้วิธีการกำหนดสัดส่วนแบบเท่ากัน (Stratified random
sampling with probability proportional to size)

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด
ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยการทบทวนเอกสารตำรา ทฤษฎี
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย
เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และการปฏิบัติตนของประชาชน
อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 2 ด้าน

1. การปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร จำนวน
10 ข้อ
2. การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ

หาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือมีผลการตรวจสอบ
จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
เนื้อหาที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์เพื่อตรวจสอบ
ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาดังนี้ 1) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพ มีค่าเท่ากับ .960 2) ด้านพฤติกรรมการป้องกันติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเท่ากับ .867

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิง
พรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าความถี่
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
แบบเพียร์สัน (Pearson's. Correlation) โดยกำหนดระดับ
ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ
(Level of Significant) .05

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยทำหนังสือ
ขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหัวหน้าศูนย์บริการ
สาธารณสุขเทศบาลเมืองหลังสวน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์
ของการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
จากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้ทางโรงพยาบาล
ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการ
สาธารณสุขเทศบาลเมืองหลังสวน เก็บรวบรวมข้อมูลส่ง
ตามวันเวลาที่แจ้งในหนังสือขอความอนุเคราะห์ โดยตอบ
แบบสอบถามออนไลน์ทางระบบ Google forms ที่ทางผู้วิจัย
ได้ส่ง Link ให้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพร
เขตอุดมศักดิ์ เลขที่ 004/2565 อนุมัติวันที่ 4 กุมภาพันธ์
พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยรวมและเป็นรายด้าน (n = 382 คน)

การรับรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
1. การรับรู้ความรุนแรง	3.41	.46	มากที่สุด
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.47	.46	มากที่สุด
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน	3.51	.55	มากที่สุด
รวม	3.46	.42	มากที่สุด

จากตาราง 1 พบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.46$, SD = .42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ($\bar{X} = 3.51$, SD = .55) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{X} = 3.47$, SD = .46) และการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X} = 3.41$, SD = .46) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยรวม (n = 382 คน)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
การรับประทานอาหาร	3.33	.43	ดีมาก
การออกกำลังกาย	3.12	.56	ดี
รวม	3.23	.45	ดี

จากตาราง 2 พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยรวมพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.23$, SD = .45) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 3.33$, SD = .43) และด้านที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมการ ออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.12$, SD = .56) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร (n = 382 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.354**	.000	ต่ำ

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .354)

ตารางที่ 4 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร (n = 382 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรง	.293**	.000	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.271**	.000	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน	.257**	.000	ต่ำ

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการรับรู้ความรุนแรง (r = .293) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (r = .271) และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน (r = .257)

ตาราง 5 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร (n = 382 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรง	.289**	.000	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.287**	.000	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน	.266**	.000	ต่ำ

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการรับรู้ความรุนแรง (r = .289) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (r = .287) และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน (r = .266)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าโดยภาพรวมมีการรับรู้ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 286 คน

คิดเป็น ร้อยละ 67.93 เพศชาย จำนวน 135 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.07 อายุเฉลี่ย 51.37 อาชีพทำสวน/เกษตรกรรม จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 66.27 แม่บ้านจำนวน 50 คน ซึ่งต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสาธารณสุขเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวประกอบอาชีพมีผลต่อการดำรงชีวิตด้านเศรษฐกิจได้ และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย โดยแบบสอบถามประกอบด้วย แบบวัดความรู้แบบวัดทัศนคติแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.60 และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < .001$)⁹

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .354$) อาจเป็น เพราะว่าการศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 66.27 แม่บ้าน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 11.88 และมีการรับรู้ ประโยชน์ในการป้องกันค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นลำดับสุดท้าย รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติเพราะการประกอบอาชีพ ของตนเอง บริบทของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ศึกษาในครั้งนี้คือ อายุเฉลี่ย 51.37 ปี สูงสุด 82 ปีอาจมีความเชื่อเดิมและ วัฒนธรรมที่ปฏิบัติสืบกันมาเป็นองค์ประกอบในการปฏิบัติ โดยด้านที่มีการปฏิบัติสูงสุดในระดับดีมาก คือ ทานรับประทาน อาหารตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) คือ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ตามนโยบายการรณรงค์จากกระทรวงสาธารณสุขที่แจ้ง แก่ประชาชนที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายพฤติกรรม เมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรง ของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัย กระตุ้น ซึ่งเป็นการชักนำสู่การปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ ด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าประชาชน จังหวัดนครราชสีมาการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับ ปานกลาง นอกจากนี้การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ

ต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = .101, P < .0$)³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิและสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ควรกำหนดนโยบายในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม รวมถึงวางแผน ส่งเสริมและควบคุมป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ ต่อไป

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการจากหน่วย บริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร มีการรับรู้เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมากที่สุด และมีพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี สามารถนำ ผลการศึกษามาเป็นแนวทางการให้ความรู้และสุศึกษาแก่ ประชาชนทั่วไป รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเรื่อง แรงจูงใจด้านสุขภาพที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

References

1. Department of Disease Control. Guideline for the prevention of Coronavirus disease 2019 or COVID-19 for the general public and risk groups. (Nonthaburi): Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
2. Department of Disease Control. COVID-19 (EOC-DDC Thailand). (Nonthaburi): Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)

3. Kaewsuksi R, Kongkun P, Tongkup B, Samaae L, Bunnarakorn S. Relationships Between Knowledge, Perception, and the “New Normal Behaviors” for Preventing Coronavirus Disease (COVID-19) Infection among People in Narathiwat Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021; 8(3): 67-79. (in Thai)
4. Summart U, Rungsuksud P, Sukontawat W. Factors Associated with Self-Protective Behavior of COVID-19 in Undergraduate Students in the Northeastern Region. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3): 70-9. (in Thai)
5. Trairatnopas V, Aree P, Phimchaisai P. The Benefits and Barriers, and Health Behaviors toward Preventing the Spread of Coronavirus in Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 105-112. (in Thai)
6. Phetphum C. Health behavior: Concept Theory and Application. 3rd ed. Phitsanulok: NaresuanUniversity; 2017. (in Thai)
7. Janz, N.K., & Bechker, M.H. The health belief model: A decade later. Health education quarterly. 1984; (11): 1-47; Doi: 10.1177/109019818401100101.
8. Krejcie, R.V. and Morgan D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Psychological measurement. 1970; 3(1): 607-10.
9. Wongthi S. Factors Affecting Prevention Behavior for Coronavirus 2019 Among Health Volunteers, Sukhothai Province. [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)

ผลของการใช้มือจำลองโอบตัวทารกต่อการตอบสนองความปวด จากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนด Effects of Simulated Hands on Pain Responses to Heel Stick in Premature Infants

ธัชพร ธชีพันธุ์ ทิพวัลย์ ดารามาศ* อัจฉริยา ปทุมวัน

Thanatchaporn Thacheephan Tipawan Daramas* Autchareeya Patoomwan

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,
Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็น quasi-experimental research แบบข้ามสลับในกลุ่มเดียว (cross-over design) เพื่อศึกษาผลของการใช้มือจำลองโอบตัวทารกต่อการตอบสนองความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนด โดยศึกษาการตอบสนองต่อความปวดทางด้านพฤติกรรมและสรีรวิทยาในทารกเกิดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ทารกได้รับทั้งเหตุการณ์ทดลองและควบคุม เหตุการณ์ทดลองทารกได้รับมือจำลองโอบตัว บันทึกภาพวิดีโอที่บันทึกการทดลอง ประเมินพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดโดยใช้แบบประเมิน The Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA ผลการวิจัยพบว่าทารกที่ได้รับมือจำลองโอบตัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าเวลาที่ 1, 3, 5, 7 และ 10 เท่ากับ 2.50, 1.23, 0.43, 0.17, 0.10 และ 0 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจหลังเจาะเลือดเวลาที่ 1, 3, 5, 7 และ 10 เท่ากับ 150.83, 145.07, 141.70, 137.97, 135.87 และ 134.37 ซึ่งน้อยกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าเวลาที่ 1, 3 และ 7 มากกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นจึงควรนำมือจำลองโอบตัวทารกไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: การใช้มือจำลองโอบตัวทารก การตอบสนองต่อความปวด การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ทารกเกิดก่อนกำหนด

Abstract

This quasi-experimental research with a cross-over design investigated the effects of simulated hands on responses to pain, heart rates and oxygen saturation in premature infants. The study examines behavioral and physiological responses to pain of 30 premature infants admitted in the Neonatal Intensive Care Unit. The subjects were recruited based on specified inclusion criteria and randomly assigned in order of treatment to both experimental and controlled conditions. In the experimental condition, each infant received simulated hands embracing. The videos were recorded throughout the process. The Neonatal Infants Pain Scale (NIPS) was used to assess the pain score. The repeated measures ANOVA was used to analyze. The results showed

Corresponding author *Email: tipawan.dar@mahidol.ac.th

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 14 พ.ค. 66 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ส.ค. 66 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ส.ค. 66

that the infants who received the simulated hands had the mean pain scores during and after the heel stick of the 1st, 3rd, 5th, 7th, and 10th minutes at 2.50, 1.23, 0.43, 0.17, 0.10, and 0 respectively. Moreover, the mean heart rates after the heel stick were 150.83, 145.07, 141.70, 137.97, 135.87, and 134.37 at the 1st, 3rd, 5th, 7th, and 10th minutes which were less than the infants who received routine nursing care. The mean blood oxygen saturation during and after the heel stick at the 1st, 3rd, and 7th minute was greater than those who receive routine nursing care. Therefore, the simulated hand should be used in nursing practice to alleviate pain from heel stick in preterm infants.

Keywords: Simulated Hands, Pain Responses, Heel Stick, Premature Infants

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนด คือ ทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทุกๆ ปีจะมีทารกเกิดก่อนกำหนดเฉลี่ย 15 ล้านคน และพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ¹ ทารกเหล่านี้ส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความปวด ได้แก่ การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า การดูดเสมหะ การแทงเส้นเลือดดำ² โดยเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า พบเฉลี่ย 16 ครั้ง/คน นอกจากนี้พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับเหตุการณ์เจาะเลือดบริเวณส้นเท้ารวมถึงเหตุการณ์อื่นๆ ที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาความปวดมีจำนวนมากถึง 46%³ การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าทำให้ทารกรู้สึกปวดและตอบสนองต่อความปวดโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น สีหน้าเหวอ คิ้วขมวด ร้องไห้⁴ และทำให้เกิดการปล่อยฮอร์โมนแห่งความเครียดเพิ่มขึ้น^{5,6} นอกจากนี้ความปวดยังส่งผลกระทบต่อระบบประสาทสำหรับความรู้สึกและการพัฒนาการของสมองทำให้ทารกมีพัฒนาการล่าช้า บกพร่องทางสติปัญญา⁷ พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การดูดจุกนมปลอม การให้นมแม่ การให้สารละลายซูโครสหรือกลูโคส และการใช้มือโอบตัวทารก เป็นต้น^{8,9}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้มือโอบตัวทารกสามารถช่วยบรรเทาความปวดได้โดยต้องใช้มือโอบตัวเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติสำหรับพยาบาล¹⁰ การใช้มือโอบตัวทารกทำได้ตั้งแต่ทารกอายุครรภ์ 23 สัปดาห์¹¹ ทารกที่ได้รับมือโอบตัวขณะทำเหตุการณ์เจาะเลือดบริเวณส้นเท้าจะมีค่าอัตราการเต้นของหัวใจและ

ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ผิดปกติต่ำกว่า ระยะเวลาร้องไห้และการเปลี่ยนแปลงของภาวะหลับตื่นน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับมือโอบตัว อีกทั้งยังพบว่าทารกมีคะแนนความปวดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับมือโอบตัว^{12,13,14} นอกจากนี้การใช้มือโอบตัวทารกจำเป็นต้องใช้พยาบาลอย่างน้อย 2 คน โดยคนหนึ่งเป็นผู้ใช้มือโอบตัวทารก และอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทำเหตุการณ์ให้แก่ทารก จึงทำให้การบรรเทาความปวดโดยวิธีนี้เป็นไปได้ยาก^{10,15} จึงมีการใช้มือจำลองทดแทนมือของพยาบาลในการโอบตัวทารกและมีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้มือจำลองกับมือพยาบาลโอบตัวทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับ การแทงเส้นเลือดดำ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจของทารกที่ได้รับการโอบตัวโดยใช้มือจำลองกับมือพยาบาลไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ประเมินการตอบสนองด้านพฤติกรรมความปวด¹⁶ ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการใช้มือจำลองโอบตัวทารกต่อการตอบสนองความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงประดิษฐ์มือจำลองขึ้นเพื่อใช้แทนมือของพยาบาลในการโอบตัวทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวด อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวกับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารก มีคะแนนความปวดขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณ

สั้นเท้า โดยประเมินในนาทิตี่ 1, 3, 5, 7 และ 10 น้อยกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารก มีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณสั้นเท้า โดยประเมินในนาทิตี่ 1, 3, 5, 7 และ 10 น้อยกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารก มีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณสั้นเท้า โดยประเมินในนาทิตี่ 1, 3, 5, 7 และ 10 มากกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีประจวบคลุมความปวด¹⁷ และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน¹⁸ ซึ่งทฤษฎีประจวบคลุมความปวด กล่าวว่าที่บริเวณดอร์ซอลอธอร์นของไขสันหลังมีเซลล์ประสาทชื่อว่า ซับแซนเทีย เจลาทีโนซา (SG-cell) ทำหน้าที่ในการควบคุมสัญญาณความปวดผ่านเข้าสู่ทีเซลล์ (T cell) และส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังสมอง จากนั้นสมองส่วนคอร์เทกซ์ จะทำหน้าที่ในการแปลผลทำให้เกิดความรู้สึกปวด โดยประจวบคลุมความปวดจะได้รับอิทธิพลจากการทำงานของเส้นประสาทขนาดใหญ่ ได้แก่ เอ-แอลฟา และ เอ-เบต้า เส้นประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ เอ เดลต้า และเส้นใยประสาทซีที่อยู่บริเวณผิวหนัง การเจาะเลือดบริเวณสั้นเท้าในทารกเกิดก่อนกำหนดจะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณผิวหนังได้รับบาดเจ็บและหลังสารอักเสบออกมา เช่น แบคทีเรีย เซโรโตนิน สารเหล่านี้จะไปกระตุ้นการทำงานของเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จึงทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของ SG-cell ในไขสันหลัง ดังนั้นสัญญาณประสาทจึงถูกส่งจากทีเซลล์ไปยังสมองส่วนทาลามัส ทำให้เกิดความรู้สึกปวด และเกิดการตอบสนองต่อความปวดทางสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และค่าความอึดตัวของออกซิเจนลดลง⁴ และมีการตอบสนองต่อความปวดทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ มีสีหน้าเหวอ คิ้วขมวด ร้องไห้ เป็นต้น¹⁹ การใช้มือจำลองโอบตัวทารกเป็นการกระตุ้นการทำงานของเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่บริเวณผิวหนัง ตัวรับนี้จะส่งสัญญาณไปกระตุ้นการทำงานของ SG-cell ทำให้เกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทจากทีเซลล์ไปยังสมอง เป็นการปิดประจวบคลุมความปวด ทำให้ทารกไม่รู้สึกปวด และจากทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน¹⁸ กล่าวว่า

การกระตุ้นการทำงานของเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้สมองส่วนกลางและไขสันหลังปล่อยสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินออกมา ได้แก่ เอนโดรฟิน เอนเคฟาลิน โดยออกฤทธิ์ที่ดอร์ซอลอธอร์นของไขสันหลังทำให้บรรเทาความรู้สึกปวด¹⁸ ดังนั้นการใช้มือจำลองโอบตัวทารกจึงช่วยบรรเทาความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณสั้นเท้าได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาข้ามสลับในกลุ่มเดียว ทารกแต่ละรายได้รับทั้งเหตุการณ์ควบคุมและเหตุการณ์ทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version (3.1.9.4) กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ อำนาจทดสอบ $(1 - \beta)$ เท่ากับ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพล ได้จากการศึกษาของ ชันดาร์ม และคณะ¹⁴ โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้จากสูตรของ Glass (1976) ได้ขนาดตัวอย่าง 25 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 20%²⁰ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการทดลองครั้งนี้ คือ 30 ราย กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ และอายุหลังเกิดน้อยกว่า 4 วัน 2) มีความจำเป็นต้องได้รับการเจาะเลือดบริเวณสั้นเท้าตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 2 ครั้ง 3) ไม่มีความผิดปกติทางโครโมโซมหรือความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม 4) ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่มีผลต่อการตอบสนองความปวดด้านพฤติกรรม ได้แก่ มีภาวะชัก มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป เป็นต้น 5) ไม่มีความพิการหรือบกพร่องในการเคลื่อนไหว 6) ไม่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 7) ไม่ได้รับยาแก้ปวดและยาระงับประสาทก่อนการเจาะเลือดบริเวณสั้นเท้า 48 ชั่วโมง 8) บิดามารดายินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับข้อมูลการวิจัยและเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือทารกมีสัญญาณชีพไม่คงที่ขณะทำการศึกษา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที และค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90% จะหยุดทำการทดลองและให้การช่วยเหลือทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย แบบแผนการใช้มือจำลองโอบตัวทารก ผู้วิจัยสร้างมี

จำลองขึ้นโดยใช้ผ้าเวลลัวร์ เป็นผ้าที่มีพื้นผิวเรียบนุ่ม ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ผ่านมาตรฐานจาก Global organic textile standard ด้านในของมือจำลองซับในด้วยผ้าฝ้ายอีก 1 ชั้น เติมด้วยใยสังเคราะห์ และเม็ดลูกบอลขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5.95 มิลลิเมตร น้ำหนักของมือจำลองขึ้นละ 500 กรัม ผู้วิจัยใช้แบบแผนการใช่มือโอบตัวทารกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบโดยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช่มือจำลอง 2 ชั้น โอบตัวและแขนขาของทารกโดยจัดให้

ทารกอยู่ในท่านอนตะแคง แขนขาของเข้าใกล้บริเวณกึ่งกลางลำตัว มือจำลองชั้นที่ 1 โอบบริเวณศีรษะและหลัง ส่วนมือจำลองชั้นที่ 2 โอบบริเวณแขนและขาทั้ง 2 ข้างอย่างนุ่มนวล ทำการโอบตัวทารกก่อนการเจาะเลือด 3 นาที และทำต่อเนื่องระหว่างการเจาะเลือดไปจนถึงหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า นาฬิกาที่ 10 แบบแผนการเจาะเลือดบริเวณสันเท้าเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของห่อผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาริบัติ และปากกาเจาะเลือดพร้อมหัวเข็มเจาะเลือด ปรับระดับความลึกของเข็มที่ระดับ 2



แผนภาพ 1 วิธีการใช่มือจำลองโอบตัวทารก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบบบันทึกการแสดงออกทางด้านสรีรวิทยา เครื่อง pulse oximeter กล้องวิดีโอ นาฬิกาจับเวลา และแบบประเมินการตอบสนองต่อความปวด ผู้วิจัยใช้ The Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)²¹ และถูกแปลเป็นฉบับภาษาไทย²² ประเมินการตอบสนองต่อความปวดของทารก 6 ด้าน ประกอบด้วย การแสดงออกของใบหน้า การร้องไห้แบบแผนการหายใจ การเคลื่อนไหวของแขน การเคลื่อนไหวของขา และระดับการหลับตื่น แบบประเมินเป็นแบบ checklists ระดับคะแนนแต่ละข้อย่อย คือ 0-1 ยกเว้นข้อย่อยด้านการร้องไห้ระดับคะแนนเป็น 0-2 ถ้าปรากฏการแสดงออกให้คะแนน 1 หรือ 2 คะแนน ถ้าไม่ปรากฏการแสดงออกให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวม 0-7 คะแนน การแปลผลคะแนน ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 แสดงว่าทารกมีความปวด ถ้าคะแนนรวมยิ่งมากก็ยิ่งมีความปวดมาก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ลงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2564 เลขที่ 2021/762 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยขออนุญาตจากบิดามารดาของทารกโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิโดยบิดาหรือมารดาลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อบิดามารดาสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการพยาบาลที่จะได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการวิจัย

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ทำหน้าที่เจาะเลือด ส่วนผู้วิจัยทำหน้าที่ในการจัดท่าและนำมือจำลองโอบตัวทารก ดำเนินการจับเวลา และบันทึกภาพวิดีโอตลอดการวิจัย

ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566
Vol. 24 No.3 September - December 2023

คะแนนความปวด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารกขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า โดยประเมินในนาทิตี่ 1, 3, 5, 7 และ 10 น้อยกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และทารกที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารก โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

อัตราการเต้นของหัวใจ	การพยาบาลตามปกติ (n=30)		มือจำลองโอบตัวทารก (n=30)		F	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ขณะเจาะเลือดบริเวณสันเท้า	157.77	15.35	150.83	13.62	3.42	.069
หลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า นาทิตี่ 1	155.77	17.32	145.07	13.23	7.23	.009
นาทิตี่ 3	151.67	16.68	141.70	13.28	6.55	.013
นาทิตี่ 5	146.53	13.85	137.97	15.01	5.28	.025
นาทิตี่ 7	148.57	14.30	135.87	14.86	11.38	.001
นาทิตี่ 10	146.43	12.09	134.37	14.79	11.07	.001

อัตราการเต้นของหัวใจ พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวกับทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจขณะเจาะเลือดบริเวณสันเท้าไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจหลังเจาะเลือดโดยประเมินในนาทิตี่ 1, 3, 5, 7 และ 10 ในทารกที่ได้รับมือจำลองโอบตัวน้อยกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดระหว่างทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และทารกที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารก โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด	การพยาบาลตามปกติ(n=30)		มือจำลองโอบตัวทารก(n=30)		F	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ขณะเจาะเลือดบริเวณสันเท้า	96.43	3.00	98.23	1.41	8.84	.004
หลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า นาทิตี่ 1	96.83	2.57	98.27	1.44	7.09	.010
นาทิตี่ 3	96.53	3.08	98.17	1.58	6.68	.012
นาทิตี่ 5	97.20	2.33	98.23	1.94	3.49	.067
นาทิตี่ 7	97.00	2.95	98.33	1.65	4.68	.035
นาทิตี่ 10	97.73	2.07	98.60	1.40	3.61	.062

ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารกมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดขณะและหลังเจาะเลือดโดยประเมินในนาทิตี่ 1, 3 และ 7 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า โดยประเมินในนาทิตี่ 5 และนาทิตี่ 10 ของทารก

ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและทารกที่ได้รับมือจำลองโอบตัวทารกไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28 – 36 สัปดาห์ ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีความสามารถในการตอบสนองต่อความปวดทางด้านพฤติกรรม

สรวิทยา และชีวเคมีได้เมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์²³ ผลการศึกษาพบว่าทารกที่ได้รับมือจำลองโอบตัวมีคะแนนความปวดขณะเจาะเลือดน้อยกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและความปวดหายไปหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้าหน้าที่ 10 สามารถอธิบายได้ว่าการใช้มือจำลองโอบตัวทารกมีผลกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่อยู่บริเวณผิวหนังให้ส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นการทำงานของ SG-cell ทำให้เกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดจากที่เซลล์ไปยังสมอง ทำให้ทารกไม่รู้สึกปวด¹⁸ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้สมองส่วนกลางและไขสันหลังปล่อยสารที่มีฤทธิ์ระงับปวดออกมาไปออกฤทธิ์ที่ดอร์ซัลฮอร์นของไขสันหลัง โดยจับกับสาร P ที่บริเวณ presynaptic ทำให้สัญญาณประสาทที่นำความรู้สึกปวดไม่ถูกส่งไปยังสมอง ทารกจึงไม่รู้สึกปวด¹⁹ การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าทารกที่ได้รับมือโอบตัวมีคะแนนความปวดหลังเจาะเลือดนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 2 น้อยกว่าทารกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹¹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าทารกที่ได้รับมือโอบตัวมีคะแนนความปวดขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า โดยประเมินในนาที่ที่ 1, 3, 7, และ 10 น้อยกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ²⁴ ซึ่งการศึกษานี้ในครั้งนี้พบว่าการใช้มือจำลองโอบตัวทารกสามารถลดความปวดในขณะเจาะเลือดและหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้าได้นานถึง 10 นาที อาจเป็นผลจากการเพิ่มระยะเวลาในการโอบตัวทารกก่อนเจาะเลือดเป็น 3 นาที ซึ่งนานกว่าการศึกษาที่ผ่านมา²⁴ จึงทำให้ลดความปวดได้นานขึ้น ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า โดยประเมินในนาที่ที่ 1, 3, 5, 7 และ 10 น้อยกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สำหรับค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือจำลองโอบตัวมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดขณะและหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า โดยประเมินในนาที่ที่ 1, 3 และ 7 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าการใช้มือจำลองโอบตัวทารกช่วยทำให้ทารกรู้สึกสบายและผ่อนคลาย ส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น²⁵ การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับมือโอบตัวมีอัตราการเต้นของหัวใจหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้านาที่ที่ 2 น้อยกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹⁴

อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าทารกที่ได้รับมือโอบตัวมีค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹³ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดของทารกที่ได้รับมือโอบตัวและทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนให้แก่ทารกที่มีค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 90% เพื่อให้อยู่ในเกณฑ์การรักษาของแพทย์¹¹ สำหรับข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดได้ทั้งหมด เช่น เสียงจากมอนิเตอร์และแสงจากหลอดไฟก่อนการเจาะเลือดบริเวณสันเท้า อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ออกแบบการทดลองให้หลีกเลี่ยงการรบกวนทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนการทำหัตถการอย่างน้อย 30 นาที ทั้งเหตุการณ์ควบคุมและเหตุการณ์ทดลอง อีกทั้งผู้วิจัยได้ควบคุมอายุหลังเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดให้ไม่เกิน 4 วัน เพื่อลดตัวแปรแทรกซ้อนเกี่ยวกับจำนวนหัตถการความปวดที่ทารกเคยได้รับ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรนำมือจำลองไปใช้โอบตัวทารกทดแทนมือของพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณสันเท้าโดยใช้มือจำลองโอบตัวทารกก่อนทำการเจาะเลือดบริเวณสันเท้าเป็นเวลา 3 นาที โอบตัวทารกระหว่างเจาะเลือดบริเวณสันเท้าจนถึงหลังเจาะเลือดบริเวณสันเท้า นาที่ที่ 10

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยการใช้มือจำลองโอบตัวทารกพร้อมกับบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้วิธีอื่นๆ เช่น การดูดจุกนมปลอม การห่อตัว การใช้สารละลายซูโครสหรือกลูโคส เพื่อช่วยบรรเทาความปวดได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาการใช้มือจำลองโอบตัวทารกในหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวดอื่นๆ เช่น การแทงหลอดเลือดดำ การดูดเสมหะ เป็นต้น เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้มือจำลองโอบตัวทารก

References

1. Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S, et al. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*. 2013;381(9862):223-34.
2. Williams MD, Lascelles BDX. Early neonatal pain-a review of clinical and experimental implications on painful conditions later in life. *Frontiers in Pediatrics*. 2020; 8:30-47.
3. Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, Carbajal R, Filion F. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *The Clinical Journal of Pain*. 2011;27(3):225-32.
4. Owens ME, Todt EH. Pain in infancy: neonatal reaction to a heel lance. *Pain*. 1984;20(1):77-86.
5. Bellieni CV. Pain assessment in human fetus and infants. *American Association of Pharmaceutical Scientists*. 2012;14(3):456-61.
6. Peterson BS, Anderson AW, Ehrenkranz R, Staib LH, Tageldin M, Colson E, et al. Regional brain volumes and their later neurodevelopmental correlates in term and preterm infants. *Pediatrics*. 2003;111(5):939-48.
7. Burnett AC, Cheong JLY, Doyle LW. Biological and social influences on the neurodevelopmental outcomes of preterm Infants. *Clin Perinatol*. 2018;45(3):485-500.
8. Mangat AK, Oei JL, Chen K, Quah-Smith I, Schmolzer GM. A review of non-pharmacological treatments for pain management in newborn infants. *Children-Basel*. 2018;5(10):1-12.
9. Tassaneeyarat S, Deoisres W, Chaimongkol N. Factors affecting nurses' pain management practice in neonatal intensive care units. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2):330-8. (in Thai).
10. Clarke SP, Cheung RB. The nurse shortage: Where we stand and where we're headed. *Nursing Management*. 2008;39(3):22-7.
11. Hartley KA, Miller CS, Gephart SM. Facilitated tucking to reduce pain in neonates: evidence for best practice. *Advances in Neonatal Care*. 2015;15(3):201-8.
12. Corff KE, Seideman R, Venkataraman PS, Lutes L, Yates B. Facilitated tucking: a nonpharmacologic comfort measure for pain in preterm neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1995;24(2): 143-7.
13. Liaw J-J, Yang L, Katherine Wang K-W, Chen C-M, Chang Y-C, Yin T. Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled crossover trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49(3):300-9.
14. Sundaram B, Shrivastava S, Pandian JS, Singh VP. Facilitated tucking on pain in pre-term newborns during neonatal intensive care: a single blinded randomized controlled cross-over pilot trial. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*. 2013;6(1):19-27.
15. Cignacco E, Axelin A, Stoffel L, Sellam G, Anand K, Engberg S. Facilitated tucking as a non-pharmacological intervention for neonatal pain relief: is it clinically feasible? *Acta Paediatrica Journal*. 2010;99(12):1763-5.
16. Salmani N, Karjo Z, Dhghani K, Sadeghnia A. Effect of facilitated tucking with the nurse and a simulated hand on physiological pain index during vein puncture on premature infants. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2018;20(9):14-9.

17. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150(3699):971-9.
18. Basbaum AI, Fields HL. Endogenous pain control mechanisms: review and hypothesis. *Annals of Neurology*. 1978;4(5):451-62.
19. Jongudomkarn D. Pain in children; holistic family- centered nursing. Khon Kaen; Siriphan Offset; 2003. (inThai).
20. Bujang MA. A Step-by-Step process on sample size determination for medical research. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2021;28(2):15-27.
21. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, Mac Murray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal network: NN*. 1993;12(6):59-66.
22. Supamong S. Effects of soothing and supporting program on heart rate, oxygen saturation and pain among neonates undergoing venipuncture. [thesis]. Khon Kaen: Khon Kean University; 2001. (in Thai).
23. Simons SHP, Tibboel D. Pain perception development and maturation. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2006;11(4): 227-31.
24. Thaobun P, Daramas T, Kongsaktraku C. Effect of facilitated tucking on pain responses to heel stick in premature infants. *Ramathibodi Nursing Journal*, 2020; 26(1): 18-30. (in Thai).
25. Gordan R, Gwathmey JK, Xie LH. Autonomic and endocrine control of cardiovascular function. *World Journal of Cardiology*. 2015;7(4):204-14.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมที่มีผลต่อการเพิ่ม คุณภาพการนอนหลับและลดความเหนื่อยล้าของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี

Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Exercise Program Resulting in Improved Quality of Sleep and Reduced Fatigue among Registered Nurses: Case study in a Hospital, Chonburi Province

ณัฐนันท์ จำรูญสวัสดิ์¹ นันทพร ภัทรพุทธ² ศรีรัตน์ ล้อมพงษ์^{*2}

Nattanand Chamroonsawasdi¹ Nanttaporn Pattarabuddha² Srirat Lormphongs^{*2}

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20110

¹Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi, Thailand 20110

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20131

²Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมต่อการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดความเหนื่อยล้าของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ร่วมกับเกณฑ์คัดเข้าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกอายุรกรรม รวม 33 คน ผู้วิจัยสาธิตการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมและให้ปฏิบัติเป็นรายบุคคล มีคลิปสั้น แผ่นพับ และกลุ่มไลน์เพื่อติดตามผล เก็บข้อมูลระหว่างกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และแบบประเมินความเหนื่อยล้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อยล้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 และ 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติ paired t-test ที่นัยสำคัญทางสถิติ = .05

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.9 อายุเฉลี่ย 34.12 ปี มีปัญหาคุณภาพการนอนหลับร้อยละ 100.0 มีค่าเฉลี่ย 8.64 คะแนน ร้อยละ 72.7 มีปัญหาความเหนื่อยล้าระดับทั่วไป มีค่าเฉลี่ย 23.58 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 และ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นและความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) การศึกษานี้แสดงถึงการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมสามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดความเหนื่อยล้าในพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การฝึกหายใจแบบใช้กะบังลม, คุณภาพการนอนหลับ, ความเหนื่อยล้า

Abstract

This quasi-experimental research aimed to assess the effectiveness of diaphragmatic breathing exercise in improving quality of sleep and reducing fatigue among registered nurses in a hospital, Chonburi province. Thirty-three samples were selected by stratified sampling technique with inclusion criteria of those who have been working at emergency and medicine unit. The intervention include training and coaching individually, video, leaflet about the program and LINE group for monitoring their practices. The online questionnaires; including personal information, The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)-Thai version, and 10 item Fatigue Assessment Scale (FAS)-Thai version, were employed among the samples between February and March 2023. All data were analyzed by using descriptive statistics, and paired t-test was used to compare a quality of sleep and fatigue after implementation. The level of significant is at $p < .05$.

Majority of respondents were females (90.9%) with average of age 34.12 years. All of them had a poor quality of sleep (100%) with mean score 8.64. Seventy-three percent had a general level of fatigue with mean score 23.58. After 2 and 4 weeks of participation, they were significantly improved quality of sleep and reduced fatigue ($p < .001$). This study indicated the effectiveness of diaphragmatic breathing exercise in increasing quality of sleep and reducing fatigue.

Keywords: Diaphragmatic breathing exercise, Quality of sleep, Fatigue

บทนำ

การนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ ลักษณะการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวันในปัจจุบันส่งผลให้มนุษย์มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ รวมถึงการทำงานได้ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชาชนไทยมีปัญหาการนอนหลับสูงถึง 19 ล้านคน¹ คุณภาพการนอนหลับประเมินได้จากการนอนไม่หลับซึ่งหมายถึง การใช้ระยะเวลาในการนอนตั้งแต่เข้านอนจนถึงหลับนานมากกว่า 30 นาที (Sleep latency) หรือการตื่นระหว่างคืนหลังจากหลับไปแล้ว และไม่สามารถหลับต่อได้ภายใน 30 นาทีหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ โดยมีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สาเหตุของการนอนไม่หลับสามารถแบ่งได้เป็นปัจจัยชักนำ (Predisposing factor) ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating factor) ได้แก่ ความเครียด การทำงานเป็นกะ สิ่งแวดล้อมการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม การได้รับยาหรือสารบางชนิด และโรคประจำตัว เช่น โรคซึมเศร้า โรคหอบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการคงอยู่ (Perpetuating factor) เช่น พฤติกรรมการนอนหลับที่ไม่ดี การดื่มแอลกอฮอล์หรือกาแฟก่อนนอน²

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อร่างกาย

และคุณภาพชีวิต โดยสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน รวมถึงปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคจิตเภท เป็นต้น^{3,4} ส่งผลต่อการทำงานทำให้ขาดงานเพิ่มมากขึ้นคิดเป็นมูลค่า 2,280 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี และเพิ่มค่ารักษาพยาบาลสูงถึง 5,010 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อคนต่อปี⁵ นอกจากนี้เมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า (Fatigue)⁶ ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหมดกำลัง และความไม่สุขสบายทางร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการนอนหลับพักผ่อน และมักสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ความเครียด การออกแรงทำงาน และปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ผลกระทบของความเหนื่อยล้าส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคซึมเศร้า และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งได้อีกทั้งทำให้ความสามารถในการทำงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจลดลง รวมถึงเพิ่มโอกาสเกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน^{7,8}

พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพหนึ่งที่มีลักษณะการทำงานเป็นกะ โดยต้องทำงานหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งแบ่งออกได้ 3 เวร ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ลักษณะงานที่มีความเร่งรีบ มีความเสี่ยงที่จะสัมผัสสิ่งคุกคามทางกายภาพ และชีวภาพ ส่งผลให้เกิดทั้งความเครียด

ความเหนื่อยล้าและปัญหาการนอนหลับได้⁷ จากการศึกษา
 ในปี พ.ศ.2557 พบว่าในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15,773 คน
 มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 30.3 และเมื่อจำแนกรายแผนก
 พบปัญหาการนอนหลับในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 80.8
 แผนกศัลยกรรม ร้อยละ 76.7 และแผนกอายุรกรรม ร้อยละ
 72.6^{9,10} และจากผลสำรวจเบื้องต้นโดยฝ่ายอาชีวอนามัย
 และความปลอดภัยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
 เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2565 พบว่าพยาบาลวิชาชีพของ
 โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ
 แผนกอายุรกรรมรวมจำนวนทั้งหมด 44 คน พบว่ามีปัญหาการ
 นอนหลับสูงถึง ร้อยละ 97.7 และในจำนวนดังกล่าวนี้มีความ
 เหนื่อยล้า ร้อยละ 54.5

การจัดการปัญหาการนอนหลับ และความเหนื่อยล้า
 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องพิจารณาถึงความสะดวกสบาย
 ของผู้ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ใช้ ผลข้างเคียงจากการจัดการ
 และค่าใช้จ่ายในการจัดการ เมื่อคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้
 การฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมเป็นวิธีหนึ่งที่มีความเหมาะสม
 โดยการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมสามารถผ่อนคลาย
 ความเครียด กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิม
 พาเทติก ยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก
 และกระตุ้นการหลั่งของฮอโมนเมลาโทนิน ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพ
 การนอนหลับและช่วยลดความเหนื่อยล้าได้^{11,12} ซึ่งมีการศึกษา
 ประสิทธิภาพในต่างประเทศ¹³ อย่างไรก็ตามจากการทบทวน
 วรรณกรรมยังไม่มีรายงานการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลม
 เพื่อจัดการปัญหาดังกล่าวในพยาบาลวิชาชีพของประเทศไทย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผล
 ของโปรแกรมฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมที่มีผลต่อการเพิ่ม

คุณภาพการนอนหลับและลดความเหนื่อยล้าในพยาบาลวิชาชีพ
 ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการปัญหาดังกล่าวได้
 ด้วยตัวเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี
 สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

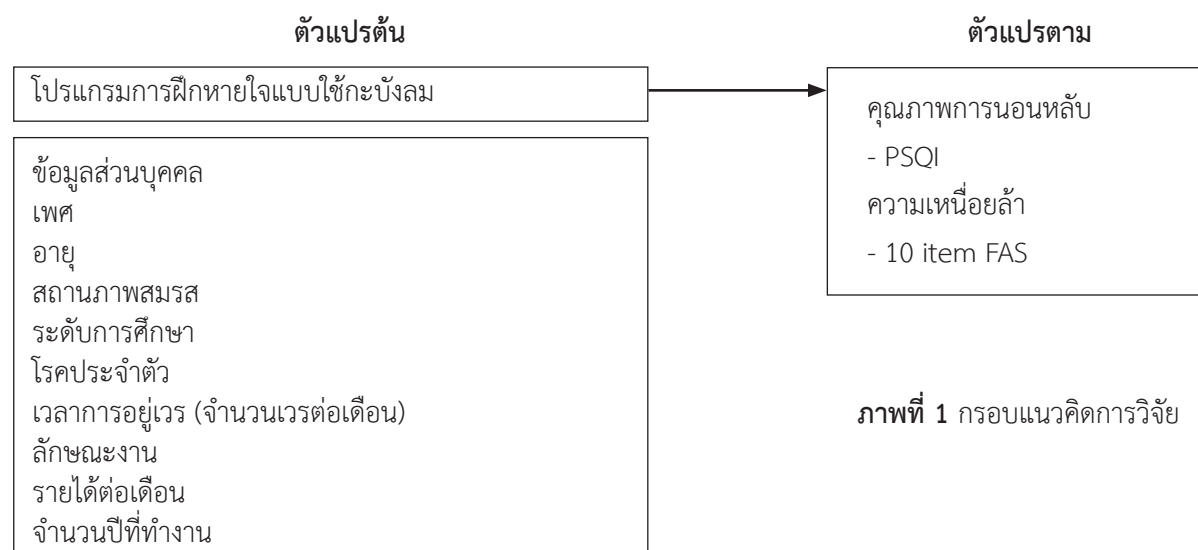
1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อย
 ล้าของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับและ
 ความเหนื่อยล้าของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
 ของจังหวัดชลบุรีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกหายใจ
 แบบใช้กะบังลม

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อยล้าของ
 พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกหายใจ
 แบบใช้กะบังลมมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลม¹³
 ร่วมกับเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ในการพรรณนาลักษณะ
 ของประชากร และมีการประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วย
 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบิร์ก (PSQI)
 ฉบับภาษาไทย¹⁴ รวมถึงความเหนื่อยล้าด้วยแบบประเมิน
 ความเหนื่อยล้า 10 item Fatigue assessment scale (FAS)¹⁵
 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเพิ่มคุณภาพ
 การนอนหลับและลดความเหนื่อยล้าในพยาบาลวิชาชีพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม (Quasi-experimental study : one group) ทำการศึกษาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 ทำการวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมที่ 2 และ 4 สัปดาห์ด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบอร์ก (PSQI) และแบบประเมินความเหนื่อยล้า 10 item Fatigue assessment scale (FAS) ฉบับภาษาไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนก อายุรกรรม ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี เนื่องจากการศึกษานำร่องทั้งหมดใน 8 แผนก พบ 2 แผนกดังกล่าวมีปัญหาการนอนหลับ และความเหนื่อยล้าสูงสุด โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบอร์ก ฉบับภาษาไทย (PSQI) มากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป หรือมีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการแบบประเมิน 10 item Fatigue assessment scale (FAS) ฉบับภาษาไทย มากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป หรือมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อยล้า จากประเมินเกินเกณฑ์ทั้งสองอย่าง จำนวน 62 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าแอลฟา .05 ใช้ค่า Power เป็น 0.8 และ Effect size เป็น 0.7¹⁶ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และหลังจากนั้นจะทำการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนของประชากร (Proportional to size sampling) ได้พยาบาลวิชาชีพจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 12 คน และแผนกอายุรกรรม 21 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) คือ มีสัญชาติไทย อายุระหว่าง 23-59 ปี มีประสบการณ์ทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือแผนกอายุรกรรม มากกว่า 1 ปี ขึ้นไป ไม่เคยเข้ารับการฝึกหายใจแบบการใช้กะบังลมและแบบอื่นมาก่อน และยินดีสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามรูปแบบที่กำหนดไว้ตอบแบบประเมินไม่สมบูรณ์ตามที่กำหนด และถอนตัวออกขณะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว เวลาการอยู่เวร (จำนวนเวรต่อเดือน) ลักษณะงานแบ่งเป็น ทำงานเฉพาะเวรเช้า และทำงานแบบหมุนเวียนเวร เช้า บ่าย และดึก รวมถึงจำนวนปีที่ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบอร์ก (PSQI) ฉบับภาษาไทย¹⁴ ประกอบด้วยข้อความแบบให้เลือกตอบ คำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 19 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเลย/ไม่มีปัญหาเลย ไปจนถึงมีปัญหาหนัก (0-3 คะแนน) โดยมีคะแนนเต็มคือ 21 คะแนน เกณฑ์การประเมินคือ คะแนนมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไปแสดงถึงปัญหาการนอนหลับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า 10 item Fatigue assessment scale (FAS)¹⁵ ฉบับภาษาไทย โดยใช้มาตรประเมินแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ โดยข้อ 1 2 3 5 6 7 8 และ 9 เป็นข้อความเชิงลบ สำหรับคำถามข้อความเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลยได้ 1 คะแนน รู้สึกบ้างแต่ไม่บ่อยได้ 2 คะแนน รู้สึกค่อนข้างบ่อยได้ 3 คะแนน รู้สึกบ่อยได้ 4 คะแนน และรู้สึกเช่นนั้นทุกวันได้ 5 คะแนน สำหรับคำถามข้อ 4 และ 10 เป็นข้อความเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนกลับกัน คะแนนเต็ม 50 คะแนน เกณฑ์การประเมินคือ 10-22 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาความเหนื่อยล้า 23-34 คะแนน หมายถึง มีปัญหาความเหนื่อยล้าระดับทั่วไป และ 35-50 คะแนน หมายถึง มีปัญหาความเหนื่อยล้าระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมประกอบไปด้วย 1 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ชุดโปรแกรมการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม¹³ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผ่านการบรรยายและสาธิตร่วมกับฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคลภายใต้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด โดยลักษณะการฝึกหายใจคือ การนั่งบนเก้าอี้ หลังตา ฝ่ามือทาบลิ้นปี่เพื่อรับรู้การหายใจ จากนั้นหายใจเข้าช้า และลึกทางจมูก และหายใจ

ออกทางปาก ฝึกหายใจครั้งละ 5 นาที ความถี่ 4 ครั้งต่อวัน ต่อ
เนื่องทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย
2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพบความ
ตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective
congruences index : IOC) ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร
ทั้งหมด มากกว่า 0.50 ขึ้นไป และมีความสอดคล้องภายใน
(Internal consistency) ผ่านเกณฑ์ และนำไปทดสอบความ
เที่ยงกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบอร์เกอร์ฉบับ
ภาษาไทย และแบบประเมินความเหนื่อยล้า 10 item Fatigue
assessment scale (FAS) อยู่ที่ 0.76 และ 0.91 ตามลำดับ

2. ชุดโปรแกรมการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลม
ได้ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่ได้มีการตรวจสอบ
เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมนั้นมีระยะเวลา
ทั้งหมด 4 สัปดาห์ เมื่อเริ่มต้นสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรม
ในสถานที่ปฏิบัติงานช่วงหลังปฏิบัติงานเวรเช้า โดยอธิบายให้
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
ประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะและรูปแบบของกิจกรรม และ
ขอความยินยอมในการเข้าร่วม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม
ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อยล้า
สอนการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลม และเปิดโอกาสให้ซักถาม
ข้อสงสัยใช้เวลา 30 นาที หลังจบการฝึกผู้วิจัยมีการจัดทำวิดีโอ
การฝึกหายใจแบบใช้กะบังลม และมอบให้กลุ่มตัวอย่างพร้อม
แผ่นพับความรู้ รวมถึงอธิบายขั้นตอนการติดตามกลุ่มตัวอย่าง
โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกหายใจครั้งละ 5 นาที ความถี่ 4 ครั้งต่อ
วัน ต่อเนื่องทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นจะนัดกลุ่มตัวอย่าง
ในสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อประเมินด้วยการเฝ้าสังเกต ซักถาม
ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกการหายใจ และให้คำแนะนำในการแก้
ปัญหาค้างละ 30 นาที รวมทั้งให้ทำแบบประเมินคุณภาพการ

นอนหลับ แบบประเมินความเหนื่อยล้าในกลุ่มตัวอย่างเมื่อ
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 และ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่
ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า
และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมาน
(Inferential statistics) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน
คุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อยล้าก่อนและหลังเข้าร่วม
โปรแกรมการฝึกหายใจในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของการทดลอง
โดยใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
บูรพา รหัสโครงการ G-HS106/2565 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์
พ.ศ.2566 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย จากคณะผู้วิจัยพร้อมทั้ง
สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วม
และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผล
กระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง
ทราบว่าข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอ
ในภาพรวมเท่านั้น และไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย
แต่อย่างใด

ผลการศึกษา

ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล : จากการศึกษา
พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.9 อายุเฉลี่ย
34.12 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 63.6 การศึกษาระดับปริญญาตรี
ร้อยละ 97.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.8 มีระยะเวลาใน
การปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.6 ระยะเวลาปฏิบัติงาน
เฉลี่ยอยู่ที่ 10.97 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปฏิบัติงานในลักษณะ
หมุนเวียน (เวรเช้า-บ่าย-ดึก) ร้อยละ 100.0 มีจำนวนเวรเฉลี่ย
น้อยกว่า 30 เวรต่อเดือน ร้อยละ 69.7 จำนวนเวรเฉลี่ยอยู่ที่
29.27 ต่อเดือน และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 38,151.52 บาท

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพการนอนหลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับคุณภาพการนอนหลับ (n = 33)	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ในเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน)	0	0.0
มากกว่าเกณฑ์ (มากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป)	33	100.0
ค่าเฉลี่ย (+ S.D.)	8.64 (± 1.2)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	7 - 12	

ระดับของคุณภาพการนอนหลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม : จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยพบมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 100.0 โดยมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ย 8.64 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเหนื่อยล้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับความเหนื่อยล้า (n = 33)	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาความเหนื่อยล้า (น้อยกว่าเท่ากับ 22 คะแนน)	9	27.3
มีปัญหาความเหนื่อยล้าระดับทั่วไป (23-34 คะแนน)	24	72.7
มีปัญหาความเหนื่อยล้าระดับสูง (35-50 คะแนน)	0	0.0
ค่าเฉลี่ย (+ S.D.)	23.58 (± 2.49)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	18 - 30	

ระดับของความเหนื่อยล้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม : จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.7 มีปัญหาความเหนื่อยล้าระดับทั่วไป โดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 23.58 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนของคุณภาพการนอนหลับและความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ (t-test)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (+ S.D.)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลา (+ S.D.), (p-value)		
		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์
คะแนนคุณภาพการนอนหลับ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.64 (± 1.20)	-	4.09 (± 1.91) ($<.001$)	4.61 (± 1.50) ($<.001$)
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	4.55 (± 1.52)	-4.09 (± 1.91) ($<.001$)	-	0.52 (± 1.42) (.045)
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์	4.03 (± 1.08)	-4.61 (± 1.50) ($<.001$)	-0.52 (+ 1.42) (.045)	-
คะแนนความเหนื่อยล้า				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.58 (± 2.49)	-	3.76 (± 3.95) ($<.001$)	4.39 (± 3.60) ($<.001$)
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	19.82 (± 3.84)	-3.76 (± 3.95) ($<.001$)	-	0.64 (± 3.06) .241
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์	19.18 (± 3.34)	-4.39 (± 3.60) ($<.001$)	-0.64 (± 3.06) .241	-

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ : เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) และที่ระดับ .01 ($p < .001$) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพการนอนหลับหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 และ 4 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .045$) ดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความเหนื่อยล้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ : เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความเหนื่อยล้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยคะแนนของความเหนื่อยล้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$)

และที่ระดับ .01 ($p < .001$) ตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 และ 4 สัปดาห์ ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานหนัก โดยมีจำนวนเวรเฉลี่ยอยู่ที่ 29.27 เวรต่อเดือน ซึ่งทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดปัญหาการนอนหลับและความเหนื่อยล้าตามมาในที่สุด เห็นได้จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนหลับทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัญหาการนอนหลับร้อยละ 100¹³ ในส่วนของปัญหาความเหนื่อยล้า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 72.7 มีปัญหาความเหนื่อยล้าระดับทั่วไป ซึ่งสูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมาที่พบความเหนื่อยล้าอยู่ที่ร้อยละ 38.2¹⁷ เนื่องจากภาระงานและแบบประเมินในการคัดกรองที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามระดับของปัญหาความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับทั่วไปเท่านั้น อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อย สุขภาพ

ร่างกายแข็งแรง และไม่มีโรคประจำตัว แต่ในระยะยาวหาก
ปัญหาการนอนหลับและความเหนื่อยล้ายังคงอยู่จะส่งผลกระทบ
ต่อการทำงานและสุขภาพตามมาได้

ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฝึกหายใจแบบใช้
กะบังลมไปแล้ว 2 และ 4 สัปดาห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพ
การนอนหลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
(สัปดาห์ที่ 2, $p < .001$ และสัปดาห์ที่ 4, $p < .001$) และ
เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับระหว่างหลังเข้า
ร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .045$)
เนื่องจากการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมส่งผลให้เกิดการทำงานของ
ของระบบไหลเวียนโลหิต และระบบทางเดินหายใจที่สัมพันธ์กัน
(Cardiopulmonary synchronization) กระตุ้นการทำงานของ
ของเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) เกิดการทำงานของระบบ
ประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) ในขณะเดียวกัน
ยังส่งผลยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก อีกทั้ง
กระตุ้นการสร้างฮอร์โมนเมลาโทนินซึ่งทำหน้าที่ควบคุมนาฬิกา
ชีวิต ช่วยในเรื่องการนอนหลับ¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย
ที่ผ่านมา¹³ ทำให้เห็นว่าการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมสามารถ
ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับประสิทธิผลของการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลม
ที่มีผลต่อการลดความเหนื่อยล้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน
ความเหนื่อยล้าลดลงเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วม
โปรแกรมที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 (สัปดาห์ที่ 2, $p < .001$ และสัปดาห์ที่ 4,
 $p < .001$) ทั้งนี้เป็นเพราะการฝึกหายใจแบบใช้กะบังลมสามารถ
เพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลช่วยลดความ
วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อารมณ์โกรธ ความเหนื่อยล้าได้¹²
และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าระหว่างหลังเข้าร่วม
โปรแกรมที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ แม้ว่าจะไม่พบความ
แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความ
เหนื่อยล้าไม่เกินเกณฑ์ ซึ่งทำให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกหายใจนี้
สามารถลดความเหนื่อยล้า และทำให้คงอยู่ต่อเนื่องได้อย่าง
ยั่งยืนหากมีการฝึกเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ : ควรนำ
โปรแกรมนี้ไปใช้ในบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ หรือผู้ประกอบการ
อาชีพที่ทำงานเข้ากะหรือมีปัญหาการนอนหลับและความ

เหนื่อยล้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป : ควรติดตาม
ประสิทธิผล และผลข้างเคียงจากการฝึกหายใจในระยะยาวใน
กลุ่มประชากรอื่น

References

1. Anothai P, Thanyarat H, Timporn T, Muthita M, Kanokpan B, Panumas U, Atitayaporn S, Factors affecting sleep quality of students in the faculty of public and environmental health of Huachiew Chalermprakiet University. Huachiew Chalermprakiet University Journal of Health Science. 2022; 26(1) : 108-16. (in Thai)
2. Perlis ML, Smith MT, Pigeon WR. Etiology and Pathophysiology of Insomnia. In Principles and Practice of Sleep Medicine. Elsevier Incorporated. 2005.
3. Sofi F, Cesari F, Casini A, Macchi C, Abbate R, Gensini GF. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. European Journal of Preventive Cardiology 2014; 21(1) : 57-64.
4. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, Jansson-Fröjmark M, Palagini L, Rücker G, Riemann D, Baglioni C. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medical Reviews. 2019; 43(1) : 96-105.
5. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Hajak G, Roth T, Shahly V, Shillington AC, Stephenson JJ, Walsh JK. Insomnia and the performance of US workers: results from the America insomnia survey. Sleep Research Society. 2011; 34(9) : 1161-71.
6. Dahlgren A, Tucker P, Gustavsson P, Rudman A. Quick returns and night work as predictors of sleep quality, fatigue, work-family balance and satisfaction with work hours. Chronobiology International. 2016; 33(6) : 759-67.

7. Billones R, Liwang JK, Butler K, Graves L, Saligan LN. Dissecting the fatigue experience: A scoping review of fatigue definitions, dimensions, and measures in non-oncologic medical conditions. *Brain Behavior, and Immunity Health*. 2021.
8. Liu Y, Wu LM, Chou PL, Chen MH, Yang LC, Hsu HT. The Influence of Work-Related Fatigue, Work Conditions, and Personal Characteristics on Intent to Leave Among New Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016; 48(1) : 66-73.
9. Tawanchai J, Waran T. A problem of sleeping in nurse, Songklanagarind hospital. *The Journal of The Psychiatric Association of Thailand*. 1997; 42(3) : 123-32. (in Thai)
10. Petsunee T, Krisada S, Tuangtip T, Viroj T. Health Problems and Health Care Behaviors Among Registered Nurses in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2015; 9(1) : 49-60. (in Thai)
11. Tsai HJ, Kuo TB, Lee GS, Yang CC. Efficacy of paced breathing for insomnia: enhances vagal activity and improves sleep quality. *Society for Psychophysiological Research* 2015; 52(3) : 388-96.
12. Yu X, Fumoto M, Nakatani Y, Sekiyama T, Kikuchi H, Seki Y, Sato-Suzuki I, Arita H. Activation of the anterior prefrontal cortex and serotonergic system is associated with improvements in mood and EEG changes induced by Zen meditation practice in novices. *International Journal of Psychophysiology*. 2011; 80(2) : 103-11.
13. Liu Y, Jiang TT, Shi TY, Liu YN, Liu XM, Xu GJ, Li FL, Wang YL, Wu XY. The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for improving sleep quality among nursing staff during the COVID-19 outbreak: a before and after study. *Sleep Medical Reviews*. 2021; 78(1) : 8-14.
14. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2014 ; 97(3) : 57-67.
15. Michielsen HJ, de Vries J, van Heck GL, van de Vijver FJR, Sijtsma K. Examination of the dimensionality of fatigue: The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*. 2004; 20(1) : 39-48.
16. Cohen, J. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992 ; 112(1) : 155-9.
17. Chaiard J, Deeluea J, Suksatit B, Songkham W, Inta N. Short sleep duration among Thai nurses: Influences on fatigue, daytime sleepiness, and occupational errors. *Journal of Occupational Health*. 2018; 60(5) : 348-55.

การพัฒนابทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC

รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

The Development of Massive Open Online Course (MOOC)

Innovation on “Mental Health Enhancement of the Elder with Integrative Techniques for Elderly Caregivers”

สุขอรุณ วงษ์ทิม*

Sukaroon Wongtim*

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนابทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้บทเรียนที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เรียนที่เรียนบทเรียนออนไลน์แบบเปิดรายวิชานี้ ระหว่าง วันที่ 2-12 กันยายน 2564 และทำแบบทดสอบความรู้ครบทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลังเรียน จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) บทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) แบบทดสอบผลการเรียนรู้ มีค่าความยากเท่ากับ 0.50 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.31-0.36 และ 3) แบบสอบถามออนไลน์ความคิดเห็นต่อบทเรียน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เนื้อหา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า 1) บทเรียนออนไลน์แบบเปิดรายวิชานี้ เป็นนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต จุดเด่นของบทเรียน เนื้อหาการบูรณาการเทคนิคการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีความหลากหลาย ทำให้ผู้เรียน เข้าใจทักษะและจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สื่อที่ใช้เป็นคลิปวิดีโอการบรรยายและสาธิตเทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนทดลองปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจ 2) ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ของผู้เรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีผลคะแนนเรียนรวมเฉลี่ยร้อยละ 92 ผู้เรียนมีความคิดเห็นว่า เป็นบทเรียนที่มีคุณภาพ ทันสมัย และนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพจิต, เทคนิคบูรณาการ, บทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this research were 1) to develop innovative Thai massive open online course for elderly caregivers on the program promoting mental health of older people with integrated techniques, and 2) to study effectiveness of the lessons. The sample was 400 learners who studied this online lesson during 2-12 September 2022. They were examined before, during, and after the course to measure learning outcomes and they also answered the opinion questionnaires. The instruments were 1) Thai massive open online course for elderly caregivers on the program promoting mental health of older people with integrated techniques 2) questionnaire measuring learning results, with difficulty 0.50 and discrimination power 0.31-0.36 and 3) online questionnaire about opinion of this course. Statistics used were percentage, mean, standard deviation, t-test, and factor analysis.

The results of the research were as follows: 1) The online lessons were an innovation for lifelong learning of elderly caregivers. The highlight of the lesson made the learners understand psychology of the elderly and they could choose a variety of care techniques which was appropriate for each elderly person through clips of lectures and demonstrations of various techniques to enable practice and return-demonstration with confidence. 2) The score after learning was higher than before learning with statistical significance at .05 level, and having the total average score of 92%. The learners' opinions showed that this course was good quality, update, and effectiveness for take care their elderly.

Keywords: Innovation, Massive open online course, Elderly caregiver course, Mental health enhancement

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC¹ โดยโครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทย (TCU : Thai Cyber University) ภายใต้กระทรวงการอุดมศึกษา เป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในยุคดิจิทัล^{2,3} จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนทุกเพศทุกวัย สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิตได้โดยง่ายและไร้ขีดจำกัด โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หรือข้อจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ และสามารถพัฒนาต่อยอดไปสู่การสร้างอาชีพและรายได้ที่ดีขึ้น รวมถึงการเรียนต่อในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น อันเป็นเป้าหมายในการพัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะตรงตามความต้องการของตลาดแรงงาน ตามที่แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 กำหนดไว้⁴ กอปรกับความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุมีมากขึ้น เพราะประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ. 2570 และสังคมต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากผู้ดูแลที่มีความรู้และมีสมรรถนะเหมาะสม จึงเป็นจุดเริ่มต้นความร่วมมือทางวิชาการไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิตของประชาชน ระหว่างมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทย และสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (สคช.)

เพื่อพัฒนาหลักสูตรและบทเรียนรายวิชาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทันยุคทันสมัย ภายใต้การวิจัยและพัฒนาในโครงการหลัก “นวัตกรรมบทเรียนออนไลน์แบบเปิดหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล”⁵ และโครงการวิจัยย่อยในรายวิชาของหลักสูตร ให้เป็นทางเลือกในการเข้าสู่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานคุณวุฒิวิชาชีพ ที่ตอบสนองความต้องการของสังคมผู้สูงได้เป็นอย่างดี ประชาชนที่สนใจทั่วไป ก็สามารถนำองค์ความรู้ในบทเรียนแต่ละรายวิชาจากหลักสูตรที่พัฒนานี้ไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือแม้แต่ตัวผู้สูงอายุก็สามารถใช้ดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุเป็นเนื้อหาสาระที่ถูกกำหนดไว้เป็นรายวิชาหนึ่งในหลักสูตรที่ต้องพัฒนา ซึ่งเนื้อหาเดิมในหลักสูตรของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2563⁶ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ไม่ได้แยกออกมาเป็นการเฉพาะ หากแต่รวมอยู่ในหมวดวิชาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่บอกสาเหตุของปัญหา และวิธีสังเกตผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งวิธีส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในรูปแบบกิจกรรมนันทนาการ เช่น การออกกำลังกาย การร้องเพลง การเต้นรำ การทำงานศิลปะ งานประดิษฐ์ แต่ในความเป็นจริงผู้สูงอายุแต่ละคนมีลักษณะและปัญหา

ที่แตกต่างกัน จึงมีความต้องการผู้ดูแล ที่สามารถตอบสนองตามความต้องการและปัญหาที่มีต่างแบบกันด้วย เช่น ต้องการให้มาเป็นเพื่อนเป็นเลขาส่วนตัว เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย หรือการเจ็บป่วยทางกาย และความเปราะบางของจิตใจที่ได้รับผลกระทบจากหลายสาเหตุปัญหา ทั้งนี้ก็เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ หรือรู้สึกโดดเดี่ยวในการดำเนินชีวิต ซึ่งบางคนในกลุ่มเปราะบาง ถ้าไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า และอาจฆ่าตัวตายในที่สุด⁷ ดังนั้น จากเนื้อหาในหลักสูตรเดิมที่ใช้เพียงการอ่านจากเอกสารในภาพรวมแบบกว้างๆ จึงอาจเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ดูแลที่จะเลือกนำวิธีการหรือเทคนิคใดที่เหมาะสมไปใช้จริง ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแต่ละคน อีกทั้ง จากการสำรวจบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC ที่เปิดสอนอยู่ในปัจจุบันกว่า 600 รายวิชา⁸ ยังไม่พบว่า มีรายวิชาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุอยู่เลย

ผู้วิจัยในฐานะผู้สอนด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้เห็นประเด็นสำคัญของเนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในหลักสูตรที่พัฒนาว่า ยังขาดองค์ความรู้ทางด้านเทคนิคและทักษะทางจิตวิทยาที่หลากหลาย ทั้งด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่จะมาช่วยเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพหรือเป็นผู้ดูแลในครอบครัว หรือประชาชนทั่วไปที่สนใจ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริม

สุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุขึ้น โดยบูรณาการเนื้อหาจากแนวคิดจิตบำบัดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การรักษาทางจิตสังคม และความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ที่เรียนรู้ได้ง่ายผ่านโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน หรือสื่อดิจิทัลต่างๆ ผสมผสานกับการทดลองฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจก่อนนำไปใช้จริง โดยมุ่งหวังว่าบทเรียนในรายวิชานี้ จะเปิดโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนทุกกลุ่มวัย ด้วยนวัตกรรมการศึกษาแนวใหม่ที่ทันสมัย รวมทั้งสร้างโอกาสเป็นทางเลือกเพิ่มขึ้นในอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนตอบสนองความต้องการของสังคมผู้สูงอายุได้ต่อไป

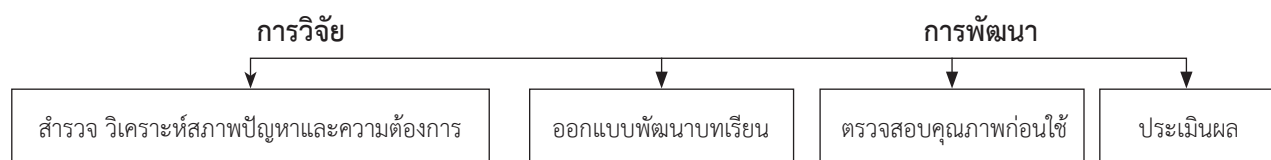
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้บทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

การเรียนรู้จากรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาจากนวัตกรรมการเรียนออนไลน์แบบเปิด มีผลทำให้ผู้เรียนทุกกลุ่มวัยเกิดการเรียนรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย/ขั้นตอนการวิจัย



การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิดของหลักสูตร จากผลการวิจัยของโครงการหลัก เพื่อนำมากำหนดแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกัน วิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบันของการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและ

เทคนิคต่างๆ ของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นเนื้อหาสาระในบทเรียน

ขั้นที่ 2 ออกแบบและพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการ โดยนำแนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานมาใช้ร่วมกับ แพลตฟอร์ม Thai MOOC ตั้งแต่การพัฒนาเนื้อหา สื่อการสอน กิจกรรมการ

เรียนรู้ แบบทดสอบ องค์ประกอบต่างๆ ของรายวิชา และ การวัดและประเมินผล

ขั้นที่ 3 นำสาระของบทเรียน ที่แก้ไขหลังการตรวจสอบรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคของ Thai MOOC ให้มีความพร้อมก่อนนำขึ้นระบบจัดการเรียนการสอน เพื่อเปิดสอนให้กับผู้เรียน และเก็บข้อมูลผลการเรียนของผู้เรียนตามระบบ

ขั้นที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของการใช้บทเรียน เพื่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เรียนบทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง วันที่ 2-12 กันยายน 2564 จำนวน 1,132 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เรียนบทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง วันที่ 2-12 กันยายน 2564 จำนวน 400 คน โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นผู้เรียนที่ทำแบบทดสอบความรู้ครบ ทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ แบบทดสอบก่อน ระหว่าง และหลังเรียน

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เรียนในไลน์กลุ่มของหลักสูตร “ผู้ดูแลผู้สูงอายุบนทพริ” ที่ลงทะเบียนเรียนบทเรียนออนไลน์ รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสมัครใจให้ข้อคิดเห็นต่อบทเรียนออนไลน์รายวิชานี้ ระหว่างวันที่ 2-30 กันยายน 2564

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. บทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาโดยใช้โมเดลต้นแบบของหลักสูตรแบบจากโครงการวิจัยหลัก ผสานร่วมกับการออกแบบการเรียนรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์แบบเปิด ตามเกณฑ์ของ Thai MOOC

2. แบบทดสอบความรู้ 3 ฉบับ คือ ก่อนเรียน ระหว่างเรียน และหลังเรียน โดยเป็นแบบทดสอบปรนัย ฉบับละ 20 ข้อ ที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหา 3 บทเรียน ในรายวิชา มีค่าความยากเท่ากับ 0.50 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ .29

3. แบบสอบถามออนไลน์ในระบบ Thai MOOC

ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้เรียน และคำถามแบบเลือกตอบเกี่ยวกับบทเรียนใน 2 ประเด็น ได้แก่ การได้รับประโยชน์จากการนำความรู้ไปใช้จริง และลักษณะของความต้องการนำความรู้ไปใช้

4. แบบแสดงความคิดเห็นต่อบทเรียนรายวิชาที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นคำถามปลายเปิดในไลน์กลุ่มของหลักสูตร ประกอบด้วยประเด็น จุดเด่นของบทเรียน ความเห็นในภาพรวม และข้อเสนอแนะ

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในส่วนเนื้อหาของบทเรียน แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาการศึกษา ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านการจัดการเรียนการสอนทางไกล สำหรับแบบทดสอบความรู้ ผ่านการตรวจสอบและรับรองคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านและด้านการวัดและประเมินผลจำนวน 1 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 17/2563 เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2563 โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงโครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทยขอใช้ข้อมูลพื้นฐานและผลคะแนนการเรียนรู้ของผู้เรียนในรายวิชานี้ ที่ลงทะเบียนเรียนระหว่างวันที่ 2-12 กันยายน 2564 เพื่อการวิจัยและพัฒนาตามโครงการความร่วมมือ รวมทั้งชี้แจงในไลน์กลุ่มของหลักสูตร “ผู้ดูแลผู้สูงอายุบนทพริ” ถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือออกจากโครงการได้ตามความสมัครใจของผู้เรียนรายวิชานี้ โดยการนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อสกุล เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการบทเรียนออนไลน์แบบเปิดแนวใหม่

1) ศึกษาผลการวิจัยของโครงการวิจัยหลัก เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาบทเรียนรายวิชานี้ซึ่งคณะผู้วิจัยประกอบด้วยคณาจารย์ด้านการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ และผู้วิจัยเป็นผู้ร่วมวิจัยอยู่ด้วยที่พบว่า โมเดลการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตร “นวัตกรรมบทเรียนออนไลน์แบบเปิดหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล” พัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎี

เชิงระบบ และองค์ประกอบที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และสัมฤทธิ์ ผลของผู้เรียน⁹ ได้แก่ ผู้เรียน วิธีการเรียน และผู้สอน แล้วยังใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning)¹⁰ ที่มีทั้งการทดลองฝึกปฏิบัติและการปฏิบัติแบบเผชิญหน้า แล้วนำมาบูรณาการร่วมกับแพลตฟอร์ม Thai MOOC ซึ่งถือเป็นแนวคิดใหม่ในการพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC และโครงสร้างหลักสูตรพัฒนาจากต้นแบบหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยมีการพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิดด้วยรูปแบบแนวคิดใหม่นี้เพิ่มอีก จำนวน 14 รายวิชาให้ครอบคลุมทุกศาสตร์วิชาที่จำเป็นสำหรับสังคมผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล ซึ่งรวมรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการอยู่ด้วย

2) ศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยเทคนิคต่างๆ จากเอกสาร งานวิจัย และสื่อออนไลน์ ร่วมกับการประสบการณ์การสอนด้านจิตวิทยา การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา งานบริการวิชาการแก่สังคมของผู้วิจัย เพื่อเตรียมสังเคราะห์เป็นเนื้อหาสาระของบทเรียน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจิตบำบัดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹¹ ร่วมกับแนวทางการรักษาทางจิตสังคม¹² ผสมกับแนวคิดสุขสงบอันเป็นมิติหนึ่งในความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ¹³

ระยะที่ 2 ออกแบบพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด นำผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาออกแบบและสร้างบทเรียนออนไลน์ตามลำดับ คือ 1) จัดทำบทบรรยายเนื้อหาสาระทางทฤษฎี และสร้างแบบทดสอบ โดยออกแบบให้สอดคล้องกับหลักสูตร มาตรฐานสถาบันการศึกษาและมาตรฐานสมรรถนะวิชาชีพของ สดช. รวมทั้งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 2) นำบทบรรยายเนื้อหาออกมาออกแบบจัดทำเป็นคลิปวิดีโอที่ประกอบการสอน และการทดลองฝึกปฏิบัติพร้อมกับจัดทำองค์ประกอบอื่นๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ การให้ข้อมูลรายวิชา โครงสร้างบทเนื้อหา แผนจัดการเรียนรู้ วิธีการวัดและประเมินผล ช่องทางสื่อสารระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง

ระยะที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสมและความพร้อมก่อนนำบทเรียนไปใช้

นำสาระการเรียนการสอนจากระยะที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคนิคของ TCU ตรวจสอบความเหมาะสมและความพร้อม ก่อนนำบทเรียน

รายวิชานี้เข้าสู่ระบบ sand box เพื่อจัดการเรียนการสอนแก่ผู้เรียนตามขั้นตอนของ Thai MOOC

ระยะที่ 4 ประเมินผลการเรียนรู้และความคิดเห็นของผู้เรียนจากบทเรียน

1) เก็บข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นของผู้เรียนในประเด็นการใช้ประโยชน์จากการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง และลักษณะความต้องการในการนำความรู้ไปใช้ เก็บจากแบบสอบถามออนไลน์ในระบบในช่วงแนะนำการเรียนของบทเรียน และความคิดเห็นในประเด็น จุดเด่นของบทเรียน ความคิดเห็นในภาพรวมต่อบทเรียน และข้อเสนอแนะเก็บจากคำตอบตามความสมัครใจที่มีการส่งคำถามในไลน์กลุ่มของหลักสูตร

2) เก็บข้อมูลผลการเรียนตามระบบ จากการทำแบบทดสอบก่อนเรียน ระหว่างเรียน และหลังเรียนของผู้เรียน โดยระหว่างเรียนมีกิจกรรมเสริมไม่บังคับและไม่เก็บคะแนนเพื่อให้ผู้เรียนได้ทดลองฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคต่างในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต ให้มีทักษะก่อนนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุ โดยให้ผู้เรียนถ่ายวิดีโอที่สนใจเป็นคลิปสั้นๆ ส่งให้ผู้สอนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม และผู้สอนจะประเมินผลการใช้เทคนิคจากคลิปของผู้เรียนพร้อมให้ข้อเสนอแนะกลับไป

3) ประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนราย โดยระบบ sand box จะประมวลผลคะแนนของผู้เรียนแต่ละคนจากการทำแบบทดสอบความรู้ในบทเรียนรายวิชานี้ โดยผู้เรียนจะต้องได้คะแนนรวมทั้งระหว่างเรียนและหลังเรียนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จึงจะผ่านเกณฑ์การประเมินและได้รับประกาศนียบัตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์เนื้อหา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.10 ร้อยละ 46.15 มีอายุอยู่ระหว่าง 25-44 ปี และพบว่ามีเยาวชน อายุ 13-17 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.69 ที่สนใจเรียนในหลักสูตรนี้ ในด้านอาชีพพบว่า ร้อยละ 53.85 ทำงานแล้วในภาครัฐและเอกชน และส่วนใหญ่ร้อยละ 75.93 มีการศึกษาในระดับสูง โดยจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี

หรืออยู่ระหว่างเรียน ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผู้จบระดับปริญญาโท หรืออยู่ระหว่างเรียน รวมทั้งยังมีผู้ที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาเอก ร้อยละ 2.56

2. ผลการพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.1 ประเภทของบทเรียน บทเรียนออนไลน์รายวิชานี้ พัฒนาจากโดยโมเดลของหลักสูตรในโครงการวิจัยหลัก จัดในลักษณะการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blending learning) ที่เรียนทั้งภาคทฤษฎีออนไลน์และการทดลองฝึกปฏิบัติ เพื่อให้มีทักษะเมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมใหม่ในการออกแบบและพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด ตัวบทเรียนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกเพศและกลุ่มวัยมีโอกาสเข้าเรียนได้สะดวกโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และยืดหยุ่นได้ตามความพร้อม ผ่านโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนที่สามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา และย้อนกลับไปทบทวนได้ใหม่ตลอดเวลา พร้อมกับการประเมินผลการเรียน และได้รับประกาศนียบัตรออนไลน์ทันทีที่เรียนจบผ่านเกณฑ์

2.2 สารของบทเรียน ประกอบด้วย 5 ชั่วโมงการเรียนรู้ รหัสรายวิชา คือ STOU 024 เนื้อหาบทเรียนแบ่งเป็น 3 บท ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning Objective) ได้แก่ บทที่ 1 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคบูรณาการ บทที่ 2 เทคนิคทางจิตวิทยาการปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ บทที่ 3 เทคนิคและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จัดการเรียนการสอนที่ยืดหยุ่นตามความพร้อมของผู้เรียนเป็นเวลา 6 สัปดาห์ตลอดช่วงหลักสูตร โดยใช้สื่อหลักเป็นคลิปวิดีโอที่อัปโหลดออนไลน์ ประกอบการบรรยายเนื้อหาและการสาธิตเทคนิคต่างๆ ให้ทดลองทำตามจำนวน 25 คลิป ความยาวคลิปละประมาณ 10 นาที รวมความยาว 209 นาที ร่วมกับกิจกรรมการเรียนรู้อื่นๆ อีกตามเวลาการเรียนรู้ทั้งสิ้น 300 นาที ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจง่ายและเลือกใช้เทคนิคในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่าง

เหมาะสม อันนำไปสู่ความรู้สึกเป็นมิตร อบอุ่น ปลอดภัย และไว้วางใจที่จะทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือในลักษณะอื่นต่อไป

2.3 วิธีการเรียน โดยก่อนเรียนจะมีคลิปแนะนำรายวิชาและวิธีการเรียน จากนั้นผู้เรียนจะเข้าสู่บทเรียนเพื่อเรียนรู้ตามขั้นตอนที่ออกแบบไว้ และหลังการเรียนแต่ละบทเรียนจะมีกิจกรรมให้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกัน หรือเป็นการซักถามปัญหาของแต่ละบทเรียนกับผู้สอนผ่านช่องทางการสื่อสารที่กำหนด เช่น face book, e-mail, chat line แต่ส่วนใหญ่ผู้เรียนจะใช้การพูดคุยผ่านไลน์กลุ่มของหลักสูตร “ผู้ดูแลผู้สูงอายุบนทปรี” ที่สะดวกรวดเร็วกว่า

2.4 การประเมินผลการเรียน โดยการทำแบบทดสอบความรู้ ทั้งก่อนเรียน ระหว่างเรียน และหลังเรียน จำนวน ฉบับละ 20 ข้อ การทดสอบความรู้ก่อนเรียนจะไม่เก็บคะแนน การทำแบบทดสอบความรู้ระหว่างเรียนในแต่ละท้ายบทเรียน จะมีคะแนนเก็บร้อยละ 60 และเมื่อเรียนครบทั้ง 3 บทเรียนแล้วจะให้ทำแบบทดสอบหลังเรียนเพื่อเก็บคะแนนร้อยละ 40 การประเมินผลจะใช้คะแนนแบบทดสอบระหว่างเรียน และหลังเรียนของผู้เรียน ที่ต้องรวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (กำหนดสูงกว่าร้อยละ 60 ของรายวิชาทั่วไป เนื่องจากเป็นรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลชีวิตและจิตใจของมนุษย์) จึงถือว่าผ่านเกณฑ์เพื่อรับประกาศนียบัตร ที่ผู้เรียนสามารถพิมพ์ได้เองจากในระบบทันที

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้บทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้เรียนก่อนเรียนและหลังเรียนบทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้เรียนก่อนเรียนและหลังเรียน (n = 400)

การทดสอบ	n	M	S.D.	t	df	p
ก่อนเรียน	400	0.63	0.04	28.493	399	.000*
หลังเรียน	400	0.92	0.63			

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้เรียนมีคะแนนก่อนเรียนเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ $63 + 0.04$ และมีคะแนนหลังเรียนเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ $92 + 0.63$ ซึ่งร้อยละเฉลี่ยของคะแนนหลังเรียนที่ได้นี้เกินเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมินที่กำหนดไว้ร้อยละ 70 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนการทดสอบทั้งสองครั้งพบว่า ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.2 ผลการแสดงความคิดเห็นต่อบทเรียนออนไลน์แบบเปิดรายวิชานี้ พบว่า ผู้เรียนระบุถึงการได้รับประโยชน์จากการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง ร้อยละ 89.75 โดยผู้เรียนร้อยละ 87.18 ต้องการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ร้อยละ 56.14 ต้องการไว้ใช้ดูแลตนเองที่น่าสนใจและควรติดตามต่อไป คือ มีถึงร้อยละ 30.77 ระบุว่า จะนำไปพัฒนาอาชีพของตนเอง (Upskill) ที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่แล้ว และร้อยละ 2.56 จะนำไปเป็นทางเลือกในการประกอบอาชีพใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุ (New skill) ซึ่งในประเด็นนี้ ผู้เรียนให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ควรต้องเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่มีอาชีพเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่แล้ว เห็นประโยชน์ในการเรียนรายวิชานี้เพิ่มมากขึ้น เพราะได้รับทั้งการเพิ่มความรู้ทักษะ และสมรรถนะ ที่สามารถนำไปสอบขึ้นทะเบียนวิชาชีพกับสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (สคช.) เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการประกอบอาชีพ และเป็นโอกาสในการเพิ่มรายได้ให้ดีขึ้นกว่าเดิม

ในด้านจุดเด่นของบทเรียนนี้ผู้เรียนให้ความเห็นว่าเป็นการเรียนการสอนที่ดีและมีคุณภาพ เข้าถึงได้ง่ายจากโทรศัพท์มือถือ เรียนได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง เสี่ยงต่อโรคโควิด-19 และมลพิษต่างๆ เนื้อหาที่เรียนผ่านสื่อคลิปวิดีโอทำให้ทราบถึงจิตวิทยาและวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย และเข้าใจวิธีการที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ตรงจุด มีวิธีการที่ง่ายให้เลือกใช้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งการใช้คำพูด การรับฟัง และการร่วมกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน และยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดำรงชีวิตของตนได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีผู้ตอบบางคนได้นำหลายเทคนิคไปใช้ในการดูแลพ่อแม่ของตนเองแล้ว และยังปรับใช้ได้กับสมาชิกในครอบครัวได้ โดยมีผู้ตอบรายหนึ่งได้กล่าวถึงการนำเทคนิคการพูดคุยและรับฟัง ไปใช้ดูแลน้องภรรยาที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม โดยปรับเปลี่ยนวิธีการพูดคุยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน และไม่บังคับผู้ป่วยให้ทำตามในทุกเรื่องเช่นแต่ก่อน แต่ใช้การปลอบโยนและ

ให้รางวัลแทน ผลที่ได้คือ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีขึ้น ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุขมากขึ้น ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีอารมณ์แจ่มใส รู้จักวิธีการคลายเครียด สะท้อนได้จากการหัวเราะ ช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้น และปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลได้ดีขึ้น

ในด้านภาพรวมต่อบทเรียนรายวิชานี้ ผู้เรียนให้ความเห็นว่า พอใจต่อรูปแบบการเรียนที่ง่าย สะดวก สามารถดูคลิปเพื่อทบทวนได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ เนื้อหาวิชามีความครบถ้วน มีการยกตัวอย่างประกอบจากคลิป มีการสาธิตการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจวิธีการใช้ในแต่ละเทคนิคได้ดีขึ้น และการให้ผู้เรียนส่งคลิปฝึกปฏิบัติกลับมาให้ผู้สอนตรวจให้คำแนะนำยิ่งทำให้เกิดความมั่นใจในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ตนเองดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละคน ทั้งกับผู้ที่มีอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พร้อมยังระบุอีกด้วยว่า นอกจากจะใช้เองได้จริงแล้ว ยังสามารถไปแนะนำให้ผู้อื่นนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในต่างครอบครัวได้อีกด้วย ในส่วนของแบบทดสอบทั้งหมดของบทเรียนนี้ ผู้เรียนตอบว่ามีความเหมาะสม อ่านเข้าใจง่าย ตั้งคำถามตรงกับเนื้อหาที่บรรยาย ไม่ยากและไม่ง่ายจนเกินไป นอกจากนี้ ผู้เรียนได้เสนอแนะให้ทำเนื้อหาขยายเพิ่มในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเรื่องอื่นๆ อีก เช่น การใช้ดนตรีบำบัด การร่วมทำกิจกรรมออกกำลังกายกับผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง รวมทั้งนำเทคนิคต่างๆ มาจัดทำเป็นหนังสือที่มีเรื่องราวรวบยอดเข้าใจง่ายชวนติดตาม

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

1. ผลการพัฒนาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งประเภทบทเรียน การบริหารจัดการ การเรียน สารบทเรียน วิธีการเรียน และการประเมิน ถือเป็นนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตในยุคดิจิทัลที่เหมาะสมแม้กับผู้สูงอายุตามผลการศึกษา¹⁴ แล้วยังผสมผสานกับการเรียนรู้แนวใหม่ ที่ให้มีการทดลองฝึกปฏิบัติมาใช้ในบทเรียน รายวิชานี้ โดยเนื้อหาของบทเรียนสอดคล้องกับทักษะอาชีพและการดำรงชีวิตในยุคปัจจุบันตามกรอบทิศทางการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ที่สุทธิดรรณตันติรจนางค์¹⁵ ระบุถึงการออกแบบการเรียน การสอนที่ช่วย

ให้ผู้เรียนพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็น โดยใช้กลยุทธ์การสอนและสื่อดิจิทัลที่หลากหลาย ที่ทำให้จดจำได้มากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่เกิดจากการลงมือทำและนำไปปฏิบัติจริงได้ โดยเฉพาะการสอนเทคนิคการดูแลแบบต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุด้วยคลิปวิดีโอออนไลน์แบบสั้นๆ ที่นำมาผนวกกับการสาธิตหรือการจำลองสถานการณ์ ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้จริงกับการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยในครอบครัว แล้วเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมาตามคำบอกเล่าของผู้เรียน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาของวนิชฯ พิงชมพู และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การใช้คลิปในการสอนวิชาที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุมีความเหมาะสม เพราะผู้เรียนจำเป็นต้องเห็นภาพประกอบการเรียน เพื่อนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2. การศึกษาประสิทธิผลของการใช้บทเรียนออนไลน์แบบเปิด รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยเทคนิคแบบบูรณาการพบว่า คะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้หลังเรียนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัจฉรา ปุราคม¹⁷ อันเนื่องมาจากบทเรียนออนไลน์นี้มีการพัฒนาขึ้นตามกระบวนการอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม เกิดประสิทธิผลในการเรียนรู้ส่งผลให้คะแนนการเรียนรู้หลังเรียนสูงเฉลี่ยถึงร้อยละ 92 เกินกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมินที่กำหนดไว้ร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เรียนที่ระบุว่า เนื้อหาวิชามีความครบถ้วน แบบทดสอบของบทเรียนมีความเหมาะสม อ่านเข้าใจง่าย ตั้งคำถามได้ตรงกับเนื้อหา ไม่ยากและไม่ง่ายจนเกินไป นอกจากนั้นการใช้คลิปวิดีโอเป็นสื่อการสอน ทำให้เข้าใจวิธีการใช้ในแต่ละเทคนิคได้ดีขึ้น และการให้ผู้เรียนส่งคลิปทดลองฝึกปฏิบัติกลับมาให้ผู้สอนตรวจให้คำแนะนำ ยิ่งทำให้เกิดความมั่นใจในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ตนเองดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีผู้เรียนที่เป็นนักเรียนนักศึกษา โดยพบอายุน้อยที่สุดเพียง 13 ปี และเป็นเพศชายจำนวนหนึ่ง ซึ่งเห็นได้ว่าคนที่อายุน้อยก็สนใจเรียนเรื่องของการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะอาจจำเป็นต้องใช้ในการดูแลคนสูงอายุในครอบครัว และการดูแลไม่ควรจำกัดอยู่เพียงในเพศหญิงเท่านั้น เพศชายก็

สามารถทำได้เช่นกัน ดังนั้น จึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทาง ให้ผู้ที่สนใจทุกเพศและกลุ่มวัย ได้เห็นประโยชน์และสมัครเข้าเรียนบทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้

1.2 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของการจัดการเรียนการสอนและการอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในสถาบันการศึกษาและในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ในปัจจุบัน พบว่านอกจากเนื้อหาจะมีจำนวนมาก และรวมอยู่กับหมวดต่างๆ ในเอกสารการเรียนการสอนหรือการอบรมแล้วยังไม่พบเนื้อหาการบูรณาการเทคนิค หรือทักษะในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ที่พร้อมเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักและสะดวกในการใช้ นอกเหนือจากที่ดำเนินการแล้วในบทเรียนออนไลน์แบบเปิดรายวิชานี้ ดังนั้น จึงควรเพิ่มช่องทางเผยแพร่การนำเทคนิคแบบบูรณาการในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อแนะนำการวิธีใช้แต่ละเทคนิคอย่างถูกต้อง โดยจัดทำเป็นคู่มือประกอบ หรือแผ่นพับ ที่สะดวกและเหมาะสมกับผู้สนใจเรียนรู้ที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือพกพาได้มีโอกาสเข้าถึงองค์ความรู้นี้ด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยทำวิจัยในครั้งต่อไป

จากผลการสำรวจฐานข้อมูลบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC ที่เปิดสอนในปัจจุบันยังไม่มีรายวิชาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต หรือการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นอกจากรายวิชานี้ และยังเป็นบทเรียนที่มีชั่วโมงการเรียนรู้เพียง 5 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาผู้สูงอายุนั้นยังมีเนื้อหาที่น่าสนใจอีกมาก เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ฯลฯ จึงควรนำมาพัฒนาเป็นบทเรียนออนไลน์แบบเปิด Thai MOOC เพิ่มมากขึ้น

References

1. Charochinee Chaimin. MOOC: Lifelong learning in the 21st century. Journal of Humanities and Social Sciences, Chiang Mai Rajabhat University.2019;1(1):46-70. (in Thai)
2. Taylor RW. Pros and cons of online learning - a faculty perspective. Journal of European Industrial Training. 2002;26(1):24-37.
3. Clarke T, Hermens A. Corporate developments and strategic alliances in e-learning. Education Training. 2001;43(4):256-67.

4. Office of the Education Council. Ministry of Education. Thai Education Master Plan 2017-2036. Prigwhangraphics Printing Co., Ltd. 2017. (in Thai)
5. Siritarungsri B. The development of a model curriculum for elderly caregivers in the digital age. The complete report presents the Thai Cyber University Project. Thai Cyber University. 2020.1-31. (in Thai)
6. Department of Health Service Support. Handbook for caregivers of the elderly or dependent. Vinai Printing House. 1966 Co.,Ltd. 2016.
7. Wongpanarak N, Chaleoykitti S, Depression: a significant mental health problem of elderly, Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;25(3):24-31. (in Thai)
8. Office of Permanent Secretary. Thailand MOOC Directory. Thail MOOC. 2020.
9. Lalima, Kiran Lata Dangwal. Blended learning: An innovative approach. Universal Journal of Educational Research, 2017.5(1), 129 -36.
10. Thongkhamrod R. Unilt 4 Psychological Therapy. Mental health and psychiatric nursing: Concept and process of nursing. Sukhothai Thammathirat Open University Printing, Nonthaburi. 2018.106-8. (in Thai)
11. Rangsikachi P. Chapter 28 Psychiatric in elderly. Psychiatry. Second Edition. Klungnana Printpress KhonKaen.2017.452-60. (in Thai)
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The 5-D happiness guide for seniors (revised edition). The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing Co.,Ltd. 2015. 1-102. (in Thai)
13. Siritarungsri B. The management of online learning and teaching: towards the professional standards framework for teaching and supporting learning in higher education. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. E-Journal. 2020;2(3):1-17.(in Thai)
14. Soykeree T, Purakom A. Development of innovation digital learning with lifelong learning model for the elderly. Veridian E-Journal, Silapakorn University. 2019;12(4): 414-30. (in Thai)
15. Tuntirojanawong. S. A direction of educational management in the 21st century. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2017;10(2): 2843-54. (in Thai)
16. Purakom A. Development of an online health learning package based on health. Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 2022;17(1):300-11. (in Thai)
17. Pungchompoo W, Suwankruhasn N, Saengrut B. Developing of innovation in nursing education: a massive open online course (MOOC) in gerontological nursing, Nursing Journal Chiang Mai University. 2017;44(2):103-10. (in Thai)

ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชน เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of the Community-driven Model for Liver Fluke Control in Si sa ket Province

ภาควิชา สาขาสหุติ สหุติพร มหุติศตร* เบนจมาศ อยูประเสริฐ
Pakpoom Sayyud Sutteeporn Moolsart* Benchamas Youprasert
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดศรีสะเกษ เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มได้แก่ 1) แกนนำสุขภาพ ถูกเลือกแบบเจาะจงจำนวน 28 คน 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 32 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประยุกต์จากแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคมของแบรนซ์ 2) แบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ 3) แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบซี ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการตามรูปแบบ แกนนำสุขภาพมีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนดำเนินการและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ ผู้ติดเชื้อมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนดำเนินการและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ แต่สัดส่วนการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ: การขับเคลื่อนชุมชน, โรคพยาธิใบไม้ตับ, แกนนำสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อ

Abstract

This research aimed to study the effects of the community-driven model for liver fluke control on the community-driven perception of health leaders, as well as knowledge, attitude, and behavior toward liver fluke control, and the proportion of the positive finding of *Opisthorchis viverrini* (OV) eggs of infected people in Si sa ket Province. This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design. There were 2 groups of samples: 1) 28 health leaders, They were selected by purposive sampling. 2) 32 OV-infected. Research instruments were 1) the community-driven model for liver fluke control based on Brach's social empowerment concept. 2) a questionnaire on the community-driven perception of health leaders; and 3) questionnaires on knowledge, attitude, and behavior of liver fluke control. Data were analyzed by descriptive statistics, a t-test,

Corresponding Author: E-mail: sutteeporn@yahoo.com

วันที่รับ (received) 14 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 ธ.ค. 2565

and a Z-test. The results showed that after model implementation, health leaders had a perception of community-driven liver fluke control that was significantly better than before model implementation, and better than the comparison group, at $p\text{-value} < .05$. The knowledge, attitudes, and behavior toward liver fluke control of infected people were better than before model implementation and better than the comparison group at $p\text{-value} < .05$. However, the proportion of the positive finding of *Opisthorchis viverrini* (OV) eggs of infected people in the experimental and comparison groups was not different.

Keywords: Community-driven, Liver fluke, Health Leader, Infected people

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* พบมากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อย่างต่อเนื่อง ประเทศไทย ปี 2562 พบความชุกสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 8.96 รองลงมาภาคเหนือร้อยละ 5.6¹ จังหวัด ศรีสะเกษ ในปี 2560 พบความชุก ร้อยละ 14.3 สูงเป็นอันดับที่ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสูงเป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 10² สูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 5 พยาธิใบไม้ตับจะส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษพบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2562 เท่ากับ 28.4 ต่อแสนประชากร เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดอัตราตายไม่เกิน 25.3 ต่อแสนประชากร ในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568” กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายหลักในการขับเคลื่อนการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย 29 จังหวัด ซึ่งจังหวัด ศรีสะเกษเป็นหนึ่งในพื้นที่เป้าหมาย³ ในปีงบประมาณ 2564 จังหวัดศรีสะเกษ ได้กำหนดให้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็น 1 ใน 10 ปัญหาที่ต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยปัจจัยด้านสภาพภูมิศาสตร์ที่มีแหล่งน้ำธรรมชาติไหลผ่านหลายสาย ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงน้ำจืด ซึ่งยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืด ปลาดิบ จึงทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังเป็นปัญหาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ถึงแม้ว่ามีการศึกษาโปรแกรมหรือรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชนที่ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้มากมาย เช่น แนวคิดกระบวนการธรรมานุสสุภาพ⁴ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁵ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม⁶ มีการจัดกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ ชมวิดีโอทัศน์ ระดมความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีการ

รับรู้และเจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น^{7,8} แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับบุคคลและดำเนินการในกลุ่มเสี่ยง บางส่วนเป็นงานวิจัยเป็นระดับชุมชน มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ร่วมกันของประชาชนและชุมชน แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังเป็นปัญหาเรื้อรัง ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจึงควรได้รับการทบทวนในพื้นที่และบูรณาการการแก้ปัญหาาร่วมกันทั้งผู้ติดเชื้อ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน การศึกษานี้ จึงมีจุดประสงค์ที่จะศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการขับเคลื่อนพลังทางสังคมของแบรนซ์⁹ ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ แกนนำสุขภาพ ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อก่อให้เกิดการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน ดีกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีความรู้เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดลงกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

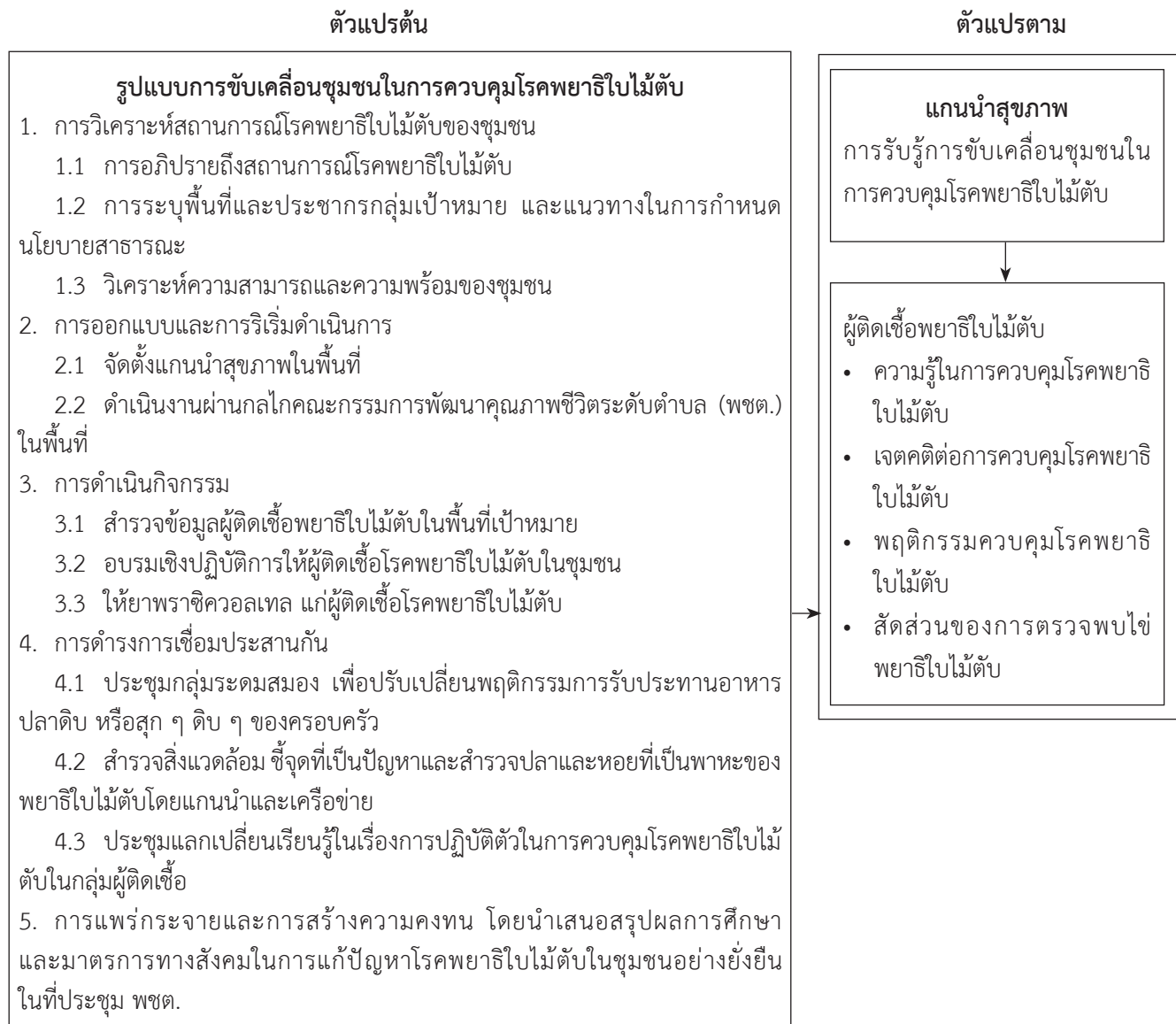
เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ ประชากร ได้แก่ 1) แกนนำสุขภาพ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. และ อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 122 คน 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นประชาชน อายุ 15-60 ปีที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ปี 2564 ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 411 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แกนนำสุขภาพ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เลือกอย่างเจาะจงตามตำแหน่งบริหาร ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต. และ อสม. ถูกสุ่มแบบง่ายโดยจับสลากตามรายชื่อโดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นแกนนำที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (2) สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้

(3) สมัยครใจและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือขอลถอน หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ถูกจับคู่ตัวแปรอายุและการศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power โดยคำนวณ effect size จากงานวิจัย⁷ คำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.96 กำหนดค่าแอลฟาที่ $p\text{-value} < .05$ ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 28 คน 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบง่าย โดยวิธีจับสลากจากรายชื่อผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระในช่วงที่ทำการศึกษา มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) มีอายุตั้งแต่ 15-60 ปี (2) สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ (3) สภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย (4) มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มถูกจับคู่ตัวแปรอายุและการศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power คำนวณค่า effect size จากงานวิจัย⁸ คำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.99 กำหนดค่าแอลฟาที่ $p\text{-value} < .05$ ใช้ค่าอำนาจทดสอบที่ .95 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มละ 32 คน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการขับเคลื่อนพลังทางสังคม⁹ มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ 2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ 3) การดำเนินกิจกรรม 4) การดำรงการเชื่อมประสานกัน และ 5) การแพร่กระจาย และการสร้างความคงทน ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจากแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคม⁹ ดำเนินการ 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมระดมสมองในกลุ่มแกนนำสุขภาพจำนวน 28 คน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายโครงการโดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูซอด แจกคู่มือเฝ้าระวังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “สารคดีความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-10 คน ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ ความพร้อมของชุมชน นโยบายสาธารณะเพื่อใช้เป็นมาตรการในพื้นที่เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่

และลงปฏิบัติงาน “คนตำบลคูซอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ” โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 สำรวจข้อมูลและจ่ายยารักษาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย สำรวจผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงตำบลคูซอดและตำบลโพธิ์ จากประชาชนตำบลละ 300 คน โดยให้แกนนำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำกลับเก็บอุจจาระไปแจกให้ประชาชนในพื้นที่ โดยกระจายไปตามคุ้มที่ อสม. แต่ละคนรับผิดชอบ และเก็บกลับอุจจาระเพื่อนำส่งตรวจกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการตรวจ พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในตำบลคูซอดและตำบลโพธิ์ 42 รายและ 54 รายตามลำดับ และผู้วิจัยได้ทำการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่าง

แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าเพื่อให้ได้ครบ จำนวนตำบลละ 32 คน

สัปดาห์ที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยร่วมกับแกนนำสุขภาพ แจกคู่มือเฝ้าระวังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จ่ายยาพลาซิควอลเทล เพื่อรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มผู้ติดเชื้อชมวิดิทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” บรรยายความรู้ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ และแกนนำสุขภาพ และให้ผู้เข้าอบรมลงปฏิญญา “คนตำบลคูชอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ” โดยมีแกนนำสุขภาพร่วมเป็นสักขีพยาน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 ระดมสมองแลกเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประธานปลาน้ำจืดดิบของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 32 ครอบครัว โดยมีแกนนำสุขภาพเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10-12 คน ให้แต่ละกลุ่มระดมความคิดเห็นเสนอแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมการเลี้ยงการบริโภคอาหารประเภทปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ หรือปรับพฤติกรรมประกอบอาหารในครัวเรือนเพื่อเลี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 6 สำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพโดยแกนนำสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ทีม ออกสำรวจพื้นที่เสี่ยงและเก็บตัวอย่างปลาที่มีเกล็ดสีขาว หอย เพื่อนำมาตรวจหาพยาธิใบไม้ตับพร้อมทั้งสรุปผลการสำรวจแจ้งให้ทุกคนรับทราบเพื่อตระหนักและหาทางแก้ไขต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 เผยแพร่ผลการวิจัยในที่ประชุม โดยผู้วิจัยร่วมกับแกนนำสุขภาพ สรุปความรู้ และเผยแพร่ผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ทราบและสรุปมาตรการต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อปฏิบัติของประชาชนในตำบลต่อไป กลุ่มเปรียบเทียบ ให้การดูแลตามมาตรฐาน รับคู่มือเฝ้าระวังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พร้อมชมวิดิทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” ฟังบรรยายความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีวิทยากรคือผู้วิจัยและแกนนำสุขภาพของพื้นที่ทดลอง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนสำหรับแกนนำสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้การขับเคลื่อน

ชุมชน จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคำตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ รับรู้ในระดับมากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) น้อยที่สุด (1.00-1.50)

2.2 แบบสอบถามการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 24 ข้อ คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีการให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคำตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติในระดับมากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) และน้อยที่สุด (1.00-1.50) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 18 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคำตอบปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมในระดับดีที่สุด (4.51-5.00) ดี (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) และน้อยที่สุด (1.00-1.50)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายใต้มาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด โดยก่อนการวิจัยขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยประสานงานกับแกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชี้แจงการดำเนินงานตอบแบบสอบถาม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนดการของรูปแบบฯ 2) กลุ่มเปรียบเทียบนัดหมายเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ และได้รับกิจกรรมตามรูปแบบเมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิ

ใบไม้ดับ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ .99, .99, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ แบบสอบถามส่วนความรู้มีค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .84 ส่วนการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .82, .83 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2021-60 วันที่รับรอง 14 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 13 ธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ ความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา การรักษาความลับและการนำเสนอวิจัยจะทำในภาพรวมเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจจะลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้แกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	มากที่สุด	0	0.00	1	5.00
	มาก	0	0.00	18	90.00
	ปานกลาง	2	10.00	0	0.00
	น้อย	17	85.00	1	5.00
	น้อยที่สุด	1	5.00	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	ปานกลาง	1	5.00	0	0.00
	น้อย	16	80.00	19	95.00
	น้อยที่สุด	3	15.00	1	5.00

ตารางที่ 1 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มทดลองมีร้อยละระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85.00 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ

และสถิติทดสอบที โดยทำการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติ ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป 1) แกนนำสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.30 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52.04 ปี (SD 4.40) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.90 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 มีประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 60.70 โดยร้อยละ 88.23 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความใกล้เคียงกัน 2) ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.10 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 50.91 ปี (SD 4.99) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.75 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.50 มีประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 56.25 โดยมีร้อยละ 88.88 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งข้อมูลทั่วไปของ 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน

ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้แกนนำสุขภาพ

80.00 หลังการดำเนินการตามรูปแบบพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ร้อยละ 90.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิมร้อยละ 95

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ

การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 28)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนดำเนินการ	2.16	.29	น้อย	2.04	.20	น้อย	1.667	.101
หลังดำเนินการ	4.21	.32	มาก	2.02	.20	น้อย	30.293	<.001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ (n = 28)			หลังดำเนินการ (n = 28)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.16	.29	น้อย	4.21	.32	มาก	-26.783	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.04	.20	น้อย	2.02	.20	น้อย	.825	.417

จากตารางที่ 2 และตารางที่ 3 พบว่าแกนนำสุขภาพในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ กลุ่มทดลอง	มาก	5	20.83	24	100.00
	ปานกลาง	6	25.00	0	0.00
	น้อย	13	54.17	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	5	20.83	5	20.83
	ปานกลาง	8	33.33	5	20.83
	น้อย	11	45.83	14	58.33
ระดับเจตคติ กลุ่มทดลอง	มาก	0	0.00	15	75.00
	ปานกลาง	2	10.00	5	25.00
	น้อย	18	90.00	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	0	0.00	0	0.00
	ปานกลาง	0	0.00	0	0.00
	น้อย	20	100.00	20	100.00
ระดับพฤติกรรม กลุ่มทดลอง	มาก	0	0.00	15	83.33
	ปานกลาง	4	22.22	3	16.67
	น้อย	14	77.78	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	0	0.00	0	0.00
	ปานกลาง	2	11.11	0	0.00
	น้อย	16	88.89	18	100.00

ตารางที่ 4 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีร้อยละระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 54.17, 90, 77.78 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 45.83, 100, 88.89 ตามลำดับ

หลังการดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100, 75, 83.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับน้อย เช่นเดิม ร้อยละ 58.33, 100, 100 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบฯ

ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้								
ก่อนดำเนินการ	12.75	2.47	น้อย	13.00	2.88	น้อย	.372	.711
หลังดำเนินการ	21.75	2.72	ดี	11.59	2.79	น้อย	14.728	<.001
เจตคติ								
ก่อนดำเนินการ	2.20	.40	น้อย	2.05	.28	น้อย	1.719	.091
หลังดำเนินการ	3.77	.38	ดี	2.03	.25	น้อย	21.477	<.001
พฤติกรรม								
ก่อนดำเนินการ	2.29	.48	น้อย	2.13	.48	น้อย	1.563	.123
หลังดำเนินการ	3.89	.54	มาก	2.07	.37	น้อย	15.619	<.001

จากตารางที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม	ก่อนดำเนินการ (n = 32)			หลังดำเนินการ (n = 32)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้								
กลุ่มทดลอง	12.75	2.47	น้อย	21.75	2.72	ดี	-15.557	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.00	2.88	น้อย	11.59	2.79	น้อย	19.47	.061
เจตคติ								
กลุ่มทดลอง	2.20	.40	น้อย	3.77	.38	มาก	16.169	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.05	.28	น้อย	2.03	.25	น้อย	.408	.686
พฤติกรรม								
กลุ่มทดลอง	2.29	.48	น้อย	3.89	.54	มาก	11.741	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.34	น้อย	2.07	.37	น้อย	1.779	.085

จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่า ก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < .05$

ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ หลังการดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลองทุกคนตรวจไม่พบ ไข่พยาธิใบไม้ตับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังตรวจพบไข่พยาธิ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วน ของการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยสถิติทดสอบซี พบว่าสัดส่วน ของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายได้ว่า แกนนำสุขภาพที่มี ส่วนร่วมดำเนินการตามรูปแบบฯ ร่วมกับผู้วิจัย ตั้งแต่เริ่ม สัปดาห์ที่ 1-8 มีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าแกนนำสุขภาพที่ไม่ได้เข้ามามีส่วน ร่วมกับกิจกรรม ดังที่ว่าการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของคน ในชุมชนสามารถทำได้โดยการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมของ สมาชิก ซึ่งจะสามารถช่วยสร้างความตระหนักทั้งปัญหาสุขภาพ ในระดับชุมชน ประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความสำคัญ ในการเชื่อมโยงสถาบันและโครงสร้างด้านสุขภาพกับชุมชน⁷ สอดคล้องกับแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคม⁹ ที่ได้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดขึ้นเพราะการทำกิจกรรม ผ่าน ระบบสังคมโดยการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเสริมสร้างข้อมูลใน ระดับการสื่อสารของผลกระทบด้วยการรณรงค์ที่อาศัยชุมชน อย่างแท้จริง และสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่ได้จัดกิจกรรมสร้าง ความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเริ่มตั้งแต่ ระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชนร่วมกันกำหนด มาตรการทางสังคมที่เรียกว่า “พรสำราญ 3 ไม่” (ไม่รับประทาน ปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) ร่วมกับการ ปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” ส่งผล ให้ประชาชน “ลด และ เลิก” การบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่ถูก

สุก ลักษณะ และกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น

2. ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่ได้รับความรู้ “พยาธิใบไม้ตับ มหันตภัยร้าย” รับคู่มือ “อสม. หมอประจำบ้าน ชมวิถีทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะ แพทย์ศาสตร์รามธิบดี” ฟังบรรยายความรู้เรื่องการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามรูปแบบฯ มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่า ผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับความรู้ตามรูปแบบฯ ดังที่ว่าการใช้โปรแกรม การให้สุศึกษา โดยการบรรยาย สื่อทัศน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ มีความเหมาะสมสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง⁵ สอดคล้อง กับการศึกษา¹¹ ที่ได้จัดกิจกรรมโดยการให้สุศึกษา ประกอบ ด้วยการให้ความรู้ การสาธิต และการสื่อสารโดย สื่อโปสเตอร์ และแผ่นพับ ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนดำเนินการ 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อน ดำเนินการ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่ได้มีการลงนาม ปฏิญญาคณต่าบลชุดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกรับประทาน ปลาดิบ และรับมอบใบประกาศนียบัตร โดยมีแกนนำสุขภาพ ร่วมเป็นสักขีพยาน ตามรูปแบบฯ มีเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ได้รับกิจกรรมตามรูปแบบฯ ดังที่ว่าการใช้กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับความเชื่อ ประเพณี ค่านิยมจะส่งผลต่อเจตคติในทางที่ดีขึ้นของบุคคล⁸ สอดคล้องกับการศึกษา¹² ที่ได้จัดกิจกรรมโดยระดมความคิด เพื่อสะท้อนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมา รวมทั้ง กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อบูม่งสิ่งที่ต้องการให้เป็นในการปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น 3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก มากกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบ และมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ ซึ่งอภิปรายได้ว่า ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ร่วม กิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว ฟังและ

เล่าประสบการณ์จากผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการจัดตั้งกลุ่มเลิกบริโภคปลาดิบ เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและครอบครัว มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้นมากกว่าผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ได้ร่วมรูปแบบฯ สอดคล้องกับการศึกษา^{6,10,12} ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรเริ่มตั้งแต่ ระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชน เน้นส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน และการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

3. ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองทุกคน ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ แต่สัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ในการวิจัยได้มีการจ่ายยา Praziquantel ให้กับผู้ติดเชื้อทุกรายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งผู้ติดเชื้ออาจรับประทานยาไม่ครบตามขนาดที่กำหนด สอดคล้องกับผลสำรวจที่พบว่า ผู้ติดเชื้อร้อยละ 88.88 เท่านั้นที่รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับซึ่งทำให้กลุ่มเปรียบเทียบยังมีการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับอยู่ในร่างกาย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการจ่ายยาฟาสีควอลเทลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ อาจส่งผลต่อการวัดผลสัดส่วนการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลการศึกษารูปแบบฯ มาใช้เพื่อขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิพยาธิชนิดอื่น ๆ ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และควรมีการติดตาม วัดผลมาตรการทางสังคมที่ได้จากการดำเนินงานตามรูปแบบ ฯ ที่เผยแพร่กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

References

1. Thaewongiew K, et al. Prevalence of liver fluke disease in people in the upper northeastern region. Northeastern Cholangiocarcinoma and Liver Fluke Disease Coordination Center, 2016; 1(1) 9-21 (in Thai)
2. Promtoaw S. The National Health Assembly sets a 10-year goal to eradicate liver fluke and bile duct cancer. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2019. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Decade Strategic Plan to Eliminate Liver Fluke and Cholangiocarcinoma 2016–2025. 2nd ed. Bangkok: The printing house of the Veterans Organization under the Royal Patronage of His Majesty the King; 2020.
4. Velu W. Operational model for the control and prevention of liver fluke disease, Ban Yuad Subdistrict, Sangkom District Udon Thani Province. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2019. (in Thai)
5. Atsalee C. Effects of disease prevention incentive program with social support in behavior modification for liver fluke prevention among people in Mueang District, Si sa ket Province. Si sa ket : Si sa ket print; 2019. (in Thai)
6. Wisetsang W. Behavior modification program by family health leaders to reduce the incidence of liver fluke in the working age group in Khayung Sub-district Uthumphon Phisai District Si sa ket Province. Mahasarakham: Mahasarakham University ; 2017. (in Thai)
7. Kaewpitool S, Kaewpitool N, and Norkaew J. The SES Model, Community Intervention for Liver Fluke Prevention and Control. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology; 2016. (in Thai)

8. Nukboon S. Prevention and control of liver fluke disease in Nakhon Phanom province. Mahasarakham: Mahasarakham Univerisity; 2017. (in Thai)
9. Bryant J. and Oliver MB. Engage the community Media Effects Advances in Theory and Research, 3rded. Newyork and London. Routhedge Taylor and francis group. 2019.
10. Pakongjai K. Development of a participatory prevention model for liver fluke disease, Pornsamran Sub-district, Khu Mueang District, Buriram Province. Mahasarakham: Mahasarakham Univerisity; 2019. (in Thai)
11. Sangwalee W, Norkaew J and Kujapan J. Efficacy of health education program in prevention of liver fluke disease among migrant workers who come to work in Nakhon Ratchasima Province. Journal of Public Health, Burapha University. 2020; 15(1): 62-71. (in Thai)
12. Kongsila P, Saensa S, and Thanasai J. Effects of the liver fluke prevention awareness program on knowledge and perception of health in at-risk groups. Journal of Public Health, Science Research. 2016; 10(2): 19-28. (in Thai)
13. Ratchadapunnathikul C, Phengsuk S. Health system Management in Border Provinces of Thailand : SuanPhueng Model. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1): 528-35. (in Thai)
14. Pamulira S, Paprom W. Wamaloon C. Life Scenes of Patients with Cholangiocarcinoma : A Case Study of One Proviince in The Northeast of Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 86-97. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์ การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

ของพนักงานบริษัทเอกชนในจังหวัดราชบุรี

Effects of Modification behavior in New Normal of Life Program from the
Situation of the Corona Virus 2019 of Employees of the Private Company in
Ratchaburi Province

อรพิตา เกตุพันธ์* สุภัตตรา วิภากุล บุญญภัคค์ เห่งนาเลน เบญจวรรณ สามสาลี

Ornpicha Ketphan* Supatsara Vipakul Bunyapuk Hangnaren Benjawan Samsalee

มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม, ประเทศไทย, 73000

Christian University, Nakhon Pathom, Thailand, 73000

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) ศึกษากลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest.) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานบริษัทเอกชนจังหวัดราชบุรี จำนวน 184 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร G*Power สุ่มความน่าจะเป็นอย่างง่าย ใช้แนวคิดทฤษฎีเรียนรู้และทฤษฎีการรับรู้ ซึ่งในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ มีกิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างการรับรู้และแลกเปลี่ยนสถานการณ์ 2) ให้ความรู้ อันตราย ผลกระทบ และแนวทางการป้องกัน 3) การเข้าถึงข้อมูล 4) ส่งเสริมการปฏิบัติตน 5) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเอง 6) ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ทศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.86 0.84 และ 0.80 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐาน Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ ทศนคติ การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรค ก่อนและหลังใช้โปรแกรมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โปรแกรมสามารถใช้เป็นแนวทางป้องกันการแพร่ระบาดและยกระดับคุณภาพมาตรการป้องกันให้แก่พนักงาน และสามารถขยายผลและส่งเสริมให้มีกิจกรรมการป้องกันโรค เพื่อช่วยลดการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ได้

คำสำคัญ : การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่, พนักงานบริษัทเอกชน

Abstract

The purpose of this research was a quasi-experimental design, a one-group study, 2 times. The objective was to compare the results before and after using the new normal life behavior change program from the Coronavirus Disease 2019. The sample group were 184 employees of private companies in Ratchaburi province. The sample size was calculated by the formula G*Power. easy Apply the concepts of learning theory and perception theory. which in the behavior change program, new way of life, there are activities as follows: 1) Creating awareness and exchanging situations 2) Educating on dangers, impacts and prevention guidelines. 3) Data access 4) Promote self-management 5) Exchange knowledge on self-management 6) Promote communication skills The tools used consisted of 4 parts: knowledge about the disease, attitude, perception and behavior. The validity of the content was examined by 3 experts, the accuracy was 0.86, 0.84 and 0.80. The statistics used to analyze the data were frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

The research results showed that self-protection knowledge from disease, attitude, perception, and disease prevention and control behavior. Before and after using the program are different, with statistical significance at the .05 level which can be used as a way to prevent the spread of infection Raise the quality of preventive measures for company employees. And can expand the results and promote disease prevention activities. To help reduce the spread of the corona virus 2019.

Keyword : Corona Virus Outbreak 2019, Modification behavior in New Normal of Life Program, Employees of the Private Company.

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในประเทศไทยและทั่วโลกนับเป็นภาวะวิกฤติ ข้อมูล ณ วันที่ 11 กันยายน 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้ออยู่อันดับที่ 291 ของโลกและการติดเชื้อรายวันอยู่อันดับที่ 10 เป็นภาวะวิกฤติระดับรุนแรงส่งผลกระทบการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกครัวเรือน ชุมชน ครอบครัวด้านเศรษฐกิจ สังคมความยั่งยืนของประเทศและทั่วโลก กระทรวงสาธารณสุข¹ จึงกำหนดแนวทางและมาตรการป้องกันโรคการแพร่ระบาดโดยการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) งดการเดินทางและห้ามไปที่ชุมชนแออัด ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยระบบทางเดินหายใจ จากข้อมูลการรายงานและแถลงการณ์การติดเชื้อโดยกรมควบคุมโรค² ระลอกปัจจุบันเป็นระลอกสี่เริ่มเดือนมกราคม 2565 สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการระบาดคือสายพันธุ์ Omicron ซึ่งอัตราการติดเชื้อผู้ป่วยรายใหม่ค่อนข้างสูงมาก ไม่ต่างจากสายพันธุ์ Delta ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุดเกินวันละ 25,000 คน² การดำเนินชีวิตของประชาชนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

ส่งผลกระทบทุก ๆ ด้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึงสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและฉับพลัน ซึ่งนำไปสู่ชีวิตวิถีใหม่หรือที่เรียกว่า New Normal ซึ่งราชบัณฑิตยสถานได้บัญญัติศัพท์ไว้ว่า“เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีตอันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและสามารถคาดหมายล่วงหน้าได้”ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย³ การใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด วิสัยทัศน์ วิธีการจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาเป็นกิจวัตรประจำวัน ทั้งในด้านการปฏิบัติงาน การสื่อสาร การดูแลสุขภาพ การศึกษา และการดำเนินธุรกิจ กระทรวงสาธารณสุขมีประกาศสำหรับ New Normal ในบริบทสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 2019 มาตรการการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด⁴ โดยมีแนวทางการป้องกันโรคให้แก่บุคคลกรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งประชาชนทั่วไป สถานประกอบกิจการภาคอุตสาหกรรม³ ภาคอุตสาหกรรม⁴ และอาชีพอื่น ๆ ต้องการปรับตัวโดยเฉพาะ

อาชีพที่ต้องทำงานร่วมกับผู้คนจำนวนมาก¹² บริษัทเอกชนเป็นหน่วยงานที่เกิดภาวะวิกฤติและมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษางานวิจัยในสถานประกอบกิจการจังหวัดมุกดาหาร ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2565 มีแนวโน้มผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 เพิ่มมากขึ้น มีผู้ป่วยสูงสุดเดือนเมษายนและเดือนพฤษภาคม เกิดการระบาดเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว⁶ เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การติดเชื้อจากภายนอกหรือชุมชนต้นทางของพนักงานนำเชื้อเข้าภายในสถานประกอบกิจการ การติดเชื้อระหว่างพนักงาน และการนำเชื้อออกไปแพร่ระบาดสู่ครอบครัว ชุมชน เมื่อมีการระบาดในสถานประกอบกิจการ มาตรการปรกติอาจไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดได้ ส่งผลให้เชื้อแพร่ระบาดและกระจายได้อย่างรวดเร็ว สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมลักษณะการปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดระยะเวลาก่อนการรับสัมผัสสนาน และเกิดจากพฤติกรรมพนักงานในการดูแลป้องกันตนเองที่ไม่ถูกวิธี จากงานวิจัยการประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 พนักงานมีพฤติกรรมปฏิบัติตนไม่ถูกวิธี ได้แก่ การรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำในภาชนะเดียวกัน การดื่มน้ำจากกอนามัยเมื่อรู้สึกอึดอัดแม้จะอยู่ในที่ชุมชน รวมถึงการดื่มน้ำจากกอนามัยไว้ที่คาง⁷ อาจทำให้เชื้อแพร่ระบาดในสถานประกอบกิจการได้ง่ายและรวดเร็ว คณะอนุกรรมการป้องกันการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย จึงจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในการทำงาน ซึ่งอิงหลักการของ The Occupational Safety and Health Administration (OSHA) และ International Labour Organization (ILO)⁴ มาตรการขั้น พื้นฐานในการป้องกันการติดเชื้อแบบดั้งเดิมและด้านสุขศาสตร์อุตสาหกรรม รวมทั้งมุ่งเน้นมาตรการป้องกันการระบาดของเชื้อโรค เพื่อให้เกิดการวางแผนและเตรียมการสำหรับนายจ้างและลูกจ้าง เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่ดีในการลดการติดต่อของโรค จำเป็นต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน ดำเนินการตามมาตรการป้องกันของภาครัฐ เพื่อเข้าสู่การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่ระบาดกลุ่มความเสี่ยง (Cluster) ใหญ่ ภาครัฐประกาศใช้มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 แก่สถานประกอบกิจการ ซึ่งบริษัทเอกชนตระหนักรู้และให้ความสำคัญอย่างยิ่งจึงได้พัฒนาเพิ่มยกระดับมาตรการป้องกัน เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ การไม่มีแนวทางปฏิบัติที่มี

เนื้อหาชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของการทำงาน⁸ ทีมผู้วิจัยร่วมมือคิดค้นมาตรการโดยการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom's Taxonomy กับทฤษฎีการรับรู้ Perception Theory⁹⁻¹⁰⁻¹¹ มี 6 กิจกรรม 1) สร้างการรับรู้ แลกเปลี่ยนสถานการณ์ 2) ให้ความรู้อันตราย ผลกระทบและแนวทางการป้องกัน 3) การเข้าถึงข้อมูล 4) ส่งเสริมการปฏิบัติตัว 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเอง 6) ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร ซึ่งผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้ ทักษะ การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคมีความแตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่สร้างขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางป้องกันโรคและยกระดับคุณภาพมาตรการป้องกันการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของสถานประกอบกิจการได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสร้างโปรแกรมและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานบริษัทเอกชนจังหวัดราชบุรี

คำถามการวิจัย

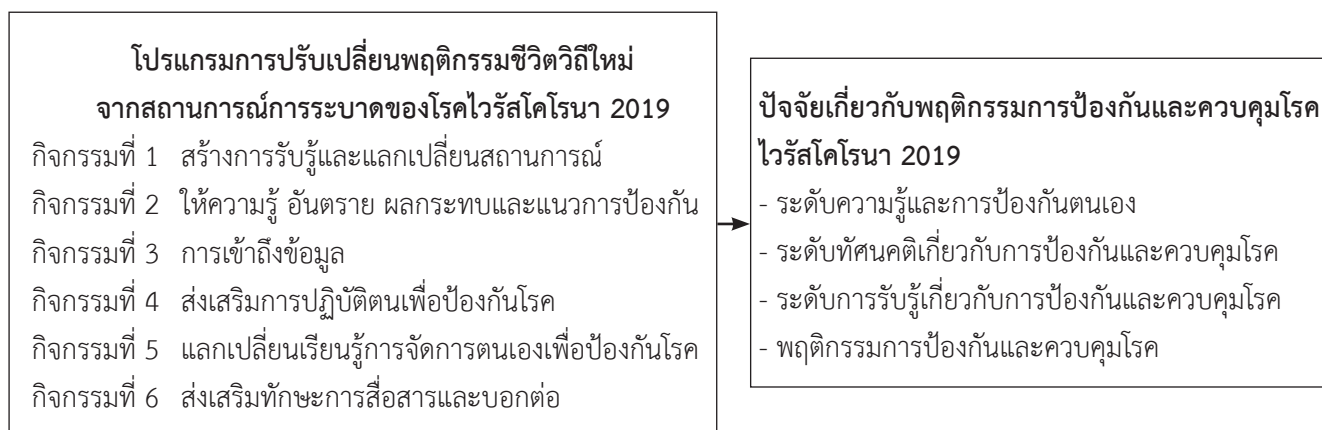
1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานบริษัทเอกชนจังหวัดราชบุรี มีรูปแบบอย่างไร
2. ผลของปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานบริษัทเอกชนจังหวัดราชบุรี มีผลแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)⁷

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

6 ขั้นตอน โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom's Taxonomy และ ทฤษฎีการรับรู้ Perception Theory ประยุกต์สร้างโปรแกรม ดังนี้ 1) สร้างการรับรู้และแลกเปลี่ยนสถานการณ์ 2) ให้ความรู้ อันตราย ผลกระทบและแนวทางการป้องกัน 3) การเข้าถึงข้อมูล 4) ส่งเสริมการปฏิบัติตน 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดการตนเอง 6) ส่งเสริมทักษะการสื่อสารและบอกต่อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อสร้างโปรแกรมเป็นผู้เชี่ยวชาญ 5 คน 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 2) นักวิชาการควบคุมโรค ผู้แทนบริษัท 3) ผู้จัดการคุณภาพ 4) เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย 5) หัวหน้าแผนก ทำการประเมินคุณภาพตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของโปรแกรม

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นพนักงานบริษัทเอกชน จังหวัดราชบุรี จำนวน 340 คน เพศชายและหญิง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power¹² ใช้ Test Family คือ t-tests : Mean: Difference between two independent means ค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.28 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 อำนาจการทดสอบ

(Power of test) 0.95 ได้ค่าจำนวน 168 เพิ่มอัตราเผื่อสูญเสียระหว่างการวิจัยร้อยละ 10 ได้ =184 คน สุ่มความน่าจะเป็นอย่างง่าย (Random sampling) เกณฑ์คัดเข้า-คัดออก เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ การสร้างโปรแกรม มี 6 กิจกรรม ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพพิจารณา 2 ประเด็นหลักคือความเหมาะสม (Appropriateness) ความเป็นไปได้ การดำเนินงานจริง (Practicability) ข้อคำถามเป็นเชิงบวก ทุกข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เกณฑ์แบ่งคะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ค่า IOC มากกว่า 0.5 ถือว่าข้อนั้นผู้เชี่ยวชาญ คิดเห็นสอดคล้องกันในระดับยอมรับได้ แสดงว่าข้อนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหา

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ก่อนและหลังใช้โปรแกรม เก็บข้อมูล 4 ส่วน คือ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.86 0.84 และ 0.80 นำเครื่องมือไปทดลองกับสถานประกอบกิจการอื่นจำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นเครื่องมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าคำนวณอยู่ระหว่าง 0-1

กำหนดค่าความเชื่อมั่นข้อคำถามมากกว่า 0.7 ยอมรับได้
ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับอนุมัติเมื่อ 18 ตุลาคม
2565 เลขที่ บ.05/2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจง
วัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์การวิจัย และสิทธิการตัดสินใจ
จะเข้าร่วมหรือไม่ มีสิทธิ์ถอนตัวการวิจัยได้ จะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ สำหรับข้อมูลผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและจะใช้เพื่อการวิจัย
เท่านั้นเมื่องานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ข้อมูลจะถูกทำลาย
กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบฟอร์ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือจากหน่วยงานขออนุญาตบริษัทเพื่อเก็บ
ข้อมูลโดยดำเนินการ 4 ระยะดังนี้

- ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนการฝึกอบรม
- ระยะที่ 2 ฝึกอบรมและสาธิตการใช้โปรแกรม 6
กิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 6 ชั่วโมง
- ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้โปรแกรม 6
กิจกรรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง
- ระยะที่ 4 เก็บข้อมูลหลังการฝึกอบรมและหลัง
ทดลองใช้โปรแกรม (แบบสอบถามชุดเดิม) และวิเคราะห์
ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 63.04 อายุระหว่าง
31-40 ปีร้อยละ 44.02 สัญชาติไทยร้อยละ 78.26 ศาสนาพุทธ

ร้อยละ 76.63 สถานภาพสมรสร้อยละ 54.35 สำเร็จมัธยมศึกษา
ตอนปลายร้อยละ 32.61 รายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท
ร้อยละ 43.38 ความพึงพอใจร้อยละ 62.50 โรคประจำตัว
ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.11 รองลงมาไม่มีโรคประจำ
ตัวร้อยละ 29.89 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
และโรคหัวใจ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มเปราะบางที่
มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 64.13

การสร้างโปรแกรม ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพ
โดยการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ พบว่ามี
ความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, $S.D = 0.21$) เมื่อ
พิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากิจกรรมมีความเหมาะสมในระดับ
มากที่สุด รองลงมาเป็นด้านวัตถุประสงค์ เนื้อหา หลักการ
การวัดและประเมินผล มีความเหมาะสมในระดับมาก ผลการ
ประเมินความเป็นไปได้ 6 กิจกรรม มีความเป็นไปได้ระดับมาก
ที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, $S.D = 0.22$) เมื่อพิจารณา พบว่า กิจกรรมที่
3 การเข้าถึงข้อมูลและการจัดการตนเองในระดับมากที่สุด
($\bar{X} = 4.80$, $S.D = 0.45$) รองลงมากิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้
และแลกเปลี่ยนสถานการณ์ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$,
 $S.D = 0.55$) กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ อันตราย ผลกระทบ
และแนวทางการป้องกันในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$,
 $S.D = 0.55$) กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, $S.D = 0.55$) กิจกรรมที่ 5 แลก
เปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเองในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$,
 $S.D = 0.55$) กิจกรรมที่ 6 ส่งเสริมทักษะการสื่อสารและ
บอกต่อบุคคลรอบข้างในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, $S.D = 0.55$)
ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้และการควบคุมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 184)

รายการประเมิน	ระดับความรู้								แปรผล
	$\bar{X}$	S.D.	น้อย จำนวน	น้อย ร้อยละ	ปานกลาง จำนวน	ปานกลาง ร้อยละ	มาก จำนวน	มาก ร้อยละ	
ก่อนทดลอง	0.32	0.10	106	57.61	78	42.39	0	0.00	ความรู้ระดับน้อย
หลังทดลอง	0.74	0.09	0	0.00	41	22.38	143	77.72	ความรู้ระดับมาก

พบว่า ระดับความรู้และการป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่อยู่ในระดับความรู้น้อย ($\bar{X} = 0.32$, S.D = 0.10) และระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 0.74$, S.D = 0.09) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 184)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	น้อยที่สุด		น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด		แปลผล
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับทัศนคติ													
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.87	0.21	0	0.00	13	7.07	170	92.39	1	0.54	0	0.00	มีทัศนคติในระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.66	0.28	0	0.00	0	0.00	37	20.11	144	78.26	3	1.63	มีทัศนคติในระดับมาก
ระดับการรับรู้													
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.78	0.16	0	0.00	29	15.76	155	84.24	0	0.00	0	0.00	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.85	0.22	0	0.00	0	0.00	6	3.26	171	92.93	7	3.81	มีการรับรู้ในระดับมาก
ระดับพฤติกรรม													
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.72	0.48	9	4.89	50	27.17	119	64.67	6	3.26	0	0.00	มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.22	0.41	0	0.00	0	0.00	5	2.72	88	47.83	91	49.46	มีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับทัศนคติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$, S.D = 0.21) หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$, S.D = 0.28) ระดับการรับรู้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$, S.D = 0.16) ซึ่งมีระดับการรับรู้รายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน

โรค อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับระดับการรับรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, S.D = 0.22) ซึ่งมีระดับการรับรู้รายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกับระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$, S.D = 0.48) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$, S.D = 0.41) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปรับตัวต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลอง (n = 184)

รายการประเมิน	ก่อนเข้าร่วม mean (S.D.)	หลังเข้าร่วม mean (S.D.)	t	df	p-values
ระดับความรู้	0.32 (0.10)	0.74 (0.09)	-42.357	183	0.000*
ระดับทัศนคติ	2.87 (0.21)	3.66 (0.28)	-29.802	183	0.000*
ระดับการรับรู้	2.78 (0.16)	3.85 (0.22)	-51.801	183	0.000*
ระดับพฤติกรรม	2.72 (0.48)	4.22 (0.41)	-32.720	183	0.000*

*p <.05

พบว่า ก่อนเข้าร่วม ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรค เท่ากับ 0.32 2.87 2.78 2.72 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.10 0.21 0.16 0.48 หลังเข้าร่วม ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรค เท่ากับ 0.74 3.66 3.85 4.22 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.09 0.28 0.22 0.41 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p <.05 ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างโปรแกรมและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 การสร้างโปรแกรม ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom's Taxonomy⁹ และทฤษฎีการเรียนรู้ Perception Theory คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย ด้านพุทธิพิสัยเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด⁹ ประยุกต์ 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างการรับรู้และแลกเปลี่ยนสถานการณ์ 2) ให้ความรู้ อันตราย ผลกระทบ แนวการป้องกันโรค 3) การเข้าถึงข้อมูล 4) ส่งเสริมการปฏิบัติตน 5) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเอง 6) ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา¹³ กิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ ช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมการ

ปฏิบัติตนด้านจิตพิสัยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทัศนคติ ความเชื่อ ทำให้เกิดความสนใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเอง และมีทักษะพิสัยในการรับรู้โดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถสื่อสารบอกต่อให้ผู้อื่นคนรอบข้างเข้าใจและพร้อมปฏิบัติตาม โปรแกรมมีกิจกรรมส่งเสริมติดตามผลต่อเนื่อง เมื่อเกิดการสนับสนุนจากสถานประกอบกิจการ บุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย¹⁴ พบว่าเมื่อเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดทัศนคติ การสร้างค่านิยม เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้¹⁵ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ Perception Theory¹⁶ พบว่าการรับรู้เป็นกระบวนการของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น ความเชื่อ ประสบการณ์ การเลือกจัดเก็บ การตีความข้อมูลและความคาดหวัง สอดคล้องกับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค¹³ เมื่อเกิดการรับรู้ตามกระบวนการปัจจัยภายในจะสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ได้ สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้น มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนสถานการณ์การระบาดของโรค การวิเคราะห์ร่วมกันในกรณีที่มีการติดเชื้อ การฝึกใช้สื่อ online การบอกต่อบุคคลรอบข้างและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยเรื่องปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ¹⁷ ปัจจัยในการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติ ระหว่างบุคคลและจากสถานการณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นเดียวกัน ดังนั้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom's Taxonomy และทฤษฎีการรับรู้ Perception Theory⁹⁻¹⁰⁻¹¹ ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ส่งผลให้การปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคเกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยนระดับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการได้ผลดี ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย สามารถอธิบายได้ว่าระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ¹⁸ มีการรับรู้ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจุบันมีการรับฟังข่าวสารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้รับฟังข่าวสารอาจเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง จากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และอันตรายของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผลกระทบการติดเชื้อโรคทำให้บุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมามากขึ้น และระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรม จึงมีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลงานวิจัยเรื่องผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)¹⁷ พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ส่งผลต่อพฤติกรรมและความตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้¹⁹ สอดคล้องกับมาตรการเชิงนโยบายเรื่องแนวทางการป้องกันโรค COVID-19 ในสถานที่พักชั่วคราวคนงานก่อสร้างในพื้นที่กึ่งที่พักข้อสี่ “ทำ Safety talk อย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหากมีการติดเชื้อและให้ได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่เป็นระยะๆ เพื่อการปฏิบัติที่เหมาะสม”⁵ ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมความ

เชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁹ สามารถอธิบายได้ว่า พนักงานเกิดความตระหนักรู้และมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่ม ซึ่งโปรแกรมใช้เป็นแนวทางป้องกันและยกระดับคุณภาพมาตรการป้องกันการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของสถานประกอบการได้ดี อนึ่ง โปรแกรมนี้เป็นพลังร่วมมือหน่วยงานสาธารณสุขพื้นที่ รพ.สต.ดอนกระเบื้อง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ร่วมกันกรองความคิดและออกแบบในการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการบริหารบริษัท ประกาศเป็นนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้ครอบคลุม(นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้มาติดต่อ) เพื่อป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2) ด้านปฏิบัติการ ขยายผลใช้โปรแกรม 6 กิจกรรมครอบคลุมทุกแผนกเพื่อป้องกันควบคุมโรค จึงทำให้ระบบการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิภาพดี ไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่ม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่ ในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกแผนก และสถานประกอบการอื่นในพื้นที่

References

1. Division of Occupational Diseases and Diseases Department of Disease Control, Ministry of Health. Guidelines Prevent and control covid-19 infection in specific areas (Bubble and Seal) for Establishment.Nonthaburi: Ministry of Health; 2021. (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Corona Virus. 2019 disease situation Report: Bangkok; 2022.(in Thai)

3. Department of Disease Control. The development strategy on national disease prevention and disaster control system. Bangkok: Aksorn graphic and design; 2016. (in Thai)
4. Occupational Health and Safety Association at Work (S.O.P.), COVID-19 Management Handbook For establishments, 2020.
5. Kannirun M, Advices for Preventing COVID-19 in Construction Workers' Camp in The Army Area. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022;23(2):42-9. (in Thai)
6. Chumjan S, Klomsoontorn P, Kullawong S. Implementation of bubble and seal measures in the establishment mukdahan province. Journal of Research and Health Innovative Development 2022;3(3):122-31. (in Thai)
7. Prochaska J.O., Norcross J.C., Diclemente C.C. (2006). Changing for Good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Harper Collins Publishers
8. Khongsaman P, The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for the Patients under Investigation and/or Infected with Coronavirus 2019(COVID-19) in Emergency Department. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021.23(1):159-68. (in Thai)
9. Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Longman.
10. Bower, H. & Hilgard, E. R. (1981). Theories of learning. (5th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall.
11. Anderson, L. W. & Krathwohl, D. R. (2001). A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom, B.S., Hastings J.T. and madus G.F.. Handbook on Formative Evaluation of Student Learning. Mc Craw Hill Book Company :1971.
12. Worapongsathorn T, Woraphongsathorn S. Sample size calculation by using G*power. Thailand J Health Promotion Enviromental Health. 2018;41(2):11-21. (in Thai)
13. Intacharoen A, Kanchanapoom K, Tansakul K, Pattapat S. Factors Influencing Preventive Behavior towards Coronavirus Disease 2019 among People in Khohong Town Municipality Songkhla Province. Songkhla Province Journal of the Community Health Council 2021;3(2): 19-30. (in Thai)
14. 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)
15. Wongti S. Factors Affecting Prevention Behavior for Coronavirus Disease 2019 among Village Health Volunteers, Sukhothai Province. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
16. Sirited P, Thammaseeha N. Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(2):58-65. (in Thai)
17. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynahk C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factors Influencing to Health Promoting Behavior for Coronavirus Disease 2019 Prevention of Older Adults. Journal of Police Nurses 2020; 12(2): 323-37. (in Thai)
18. Trairatnopas V, Aree P, Phimchaisai P. The Benefits and Barriers, and Health Behaviors toward Preventing the Spread of Coronavirus in Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021;22(3):105-12. (in Thai)
19. Hirunnuch S, Krajangpho S, Nukulkit P. Effectiveness of health belief program to preventive behavior with COVID-19 of public health volunteers in Pathumthani province. Science and Technology Journal Huachiew University Chalermprakiet, 2021;7(2):61-70. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในผู้ ของผู้เข้ารับการรักษาในระหว่างฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมหาสารคาม

Factors Predicting Prevention Behaviors of Amphetamine Relapse in People with Amphetamine Dependence in Rehabilitation, Maha Sarakham Province

พิชญ์ เสริมสาย นริสา วงศ์พนารักษ์*

Phasit Sermsai Narisa Wongpanarak*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44150

Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham, Thailand 44150

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดและความสามารถในการร่วมกันทำนายของแรงจูงใจในการเลิกเสพยา การเห็นคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด กับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในผู้เข้ารับการรักษาในระหว่างฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 219 ราย เครื่องมือคือ แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยา การเห็นคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด และพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด หากค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.85, 0.77, 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.79 (SD = 6.14)
2. แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกเสพยา และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .257, p < .01$; $r = .203, p < .01$ และ $r = .148, p < .05$ ตามลำดับ)
3. แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกเสพยา และการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดได้ร้อยละ 9.4 ($R^2 = .094$, Adjusted $R^2 = .081$, $F = 7.446, p < .05$)

ผลจากการวิจัย พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกเสพยา และการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อความสำเร็จของพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด

คำสำคัญ: ผู้เข้ารับการรักษาในระหว่างฟื้นฟูสมรรถภาพ, พฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด

Abstract

This predictive correlational research examined prevention behaviors of amphetamine relapse and predicting factors between motivation to quit using drugs, self-esteem and intention to abstain from drug use with prevention behaviors of amphetamine relapse among 219 patients in rehabilitation. The research instruments were questionnaires on motivation to quit using drugs, self-esteem, intention to abstain from drug use, and prevention behaviors of amphetamine relapse. Cronbach's alpha coefficients for the reliability of the

Corresponding Author: *E-mail: narisa.w@msu.ac.th

วันที่รับ (received) 29 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 มิ.ย. 2566

questionnaires were 0.85, 0.77, 0.84, and 0.86 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The results of this study revealed that:

1. Mean score of prevention behaviors of amphetamine relapse among patients in rehabilitation was 35.79 (SD = 6.14).
2. Motivation to quit using drugs, intention to abstain from drug use, and self-esteem were significantly correlated with prevention behaviors of amphetamine relapse ($r = .257, p < .01$; $r = .203, p < .01$ and $r = .148, p < .05$, respectively).
3. Motivation to quit using drugs, intention to abstain from drug use, and self-esteem were significant predictors for prevention behaviors of amphetamine relapse. Variables accounted for 9.4% of the total variance ($R^2 = .094$, Adjusted $R^2 = .081$, $F = 7.446, p < .05$).

To succeed in preventing behaviors of amphetamine relapse among patients in rehabilitation, psychiatric nurses and healthcare providers need to focus on enhancing patient motivation to quit using drugs, promoting their intention to abstain from using drugs and raising their self-esteem.

Keywords: People with amphetamine dependence in rehabilitation, Prevention behaviors of amphetamine relapse

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่กระทบต่อความมั่นคงของทุกประเทศทั่วโลกและยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทรัพย์สิน เศรษฐกิจและความสงบเรียบร้อยของสังคม ในปี พ.ศ. 2561 ประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 15-64 ปี พบมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 269 ล้านคน (5.4%) และในปี พ.ศ. 2562 ประมาณ 275 ล้านคน (5.5%) มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 299 ล้านคน¹ การแพร่กระจายของยาเสพติดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เกิดขึ้นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2545 นั้น จนถึงในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2564 ฉบับที่ 2 ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการบำบัด โดยกำหนดรูปแบบในการบำบัดยาเสพติดเป็น 2 ระบบ คือ ระบบสมัครใจและระบบบำบัดตามคำสั่งศาล ในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลติดยาเสพติดรวมทั้งสิ้น 155,500 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมา คือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.40 ยาเสพติดชนิดที่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน (ร้อยละ 77.9)² ดังนั้น การบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดจึงเป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการคืนคนดีสู่สังคม

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก จังหวัดมหาสารคาม พบปัญหาระหว่างการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยังมีพฤติกรรมการเสพซ้ำอย่างต่อเนื่อง จากสถิติอัตราการตรวจพบแอมเฟตามีนในปัสสาวะของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด 3 ปีซ้อนหลังในปีงบประมาณ 2562-2564 พบร้อยละ 11.1, 13.2 และ 14.0 ตามลำดับ³ ซึ่งในการเสพนั่นเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เพศ อายุ การศึกษา การไม่มีอาชีพ ไม่มีเงินใช้จ่าย รายได้ไม่เพียงพอ การอยากยา การติดใจในฤทธิ์ของยา ความไม่พร้อมหรือยังไม่อยากเลิก ความว้าวุ่น ความขัดแย้งในครอบครัวการอยู่ในแหล่งที่มียาเสพติดระบาด การถูกชักชวนจากเพื่อนที่เสพยาและการอยู่ในชุมชนที่ไม่ยอมรับผู้เสพยาเสพติด⁴ เมื่อผ่านการบำบัดไปแล้วผู้เข้ารับการบำบัดยังคงต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม อีกทั้งมีการเพิ่มกำลังการผลิตยาเสพติดที่มากขึ้นทำให้การแพร่ระบาดยังคงอยู่ในภาวะรุนแรง⁵ ผู้เข้ารับการบำบัดจึงต้องเผชิญกับตัวกระตุ้นการอยากเสพยาเสพติดเช่นเดิมอยู่เรื่อย ๆ

พฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ จึงมีความสำคัญต่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ที่เคยผ่านการบำบัดมาแล้วมากกว่า 1 ครั้ง หรือเป็นผู้ที่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ⁵ จากการทบทวน

วรรณกรรม พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด⁶ ความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติด ต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด^{7,8} ผู้เข้ารับการรักษาที่มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดต่ำเมื่อผ่านการบำบัดแล้วยัง มีพฤติกรรมการเสพยาอีกจึงส่งผลให้การบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จ แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดต่อพฤติกรรมป้องกันการ เสพยาเสพติด^{8,9,10,11} และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความ สำคัญต่อประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ผู้เสพยาเสพติดที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจึงมีพฤติกรรม การเสพยาเสพติด เพิ่มขึ้น^{12,13,14,15,16}

จากความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำระหว่างการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจปัญหาและนำข้อค้นพบไปวางแผนการ บำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการบำบัดและป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนาย ของแรงจูงใจในการเลิกเสพยา การเห็นคุณค่าในตนเองและความตั้งใจในการเลิกเสพยา กับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. แรงจูงใจในการเลิกเสพยา การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกเสพยา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับ การรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. แรงจูงใจในการเลิกเสพยา การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกเสพยา สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁷ (Theory of Planned Behavior) ที่อธิบายการกระทำพฤติกรรม

ของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรม และแนวคิดความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมซึ่งมีพื้นฐานจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁷ แนวคิดแรงจูงใจ ซึ่งอธิบายแรงจูงใจเป็นตัวแปรสำคัญใน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม¹⁸ แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง อธิบายการเห็น คุณค่าในตนเองสามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลโดย ประเมินได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา¹⁹ ผู้วิจัยจึงใช้ แนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์ เชิงทำนาย (Predictive correlation research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้เข้ารับการ บำบัดการเสพยาเสพติดในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 700 คน³

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เข้ารับการบำบัดการเสพยาเสพติดที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของประชากรที่กำหนด จะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ใช้หรือผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยรหัส F15.00-F15.07 2) สมัครใจและยินยอมให้เข้าร่วมมือในการวิจัย และ 3) สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการถอนพิษ ยาขณะตอบแบบสอบถาม และ 2) มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ระหว่างการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางสำเร็จ รูปของเครจซี่และมอร์แกน²⁰ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 258 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอน คือ จับสลาก ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคามที่มี คลินิกบำบัดยาเสพติดจากทั้งหมด 13 อำเภอ นำมาเป็นกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 8 อำเภอ ซึ่งเป็นตัวแทนตามขนาด

ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับ S 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F 4 แห่ง) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัยโดยการสุ่มแบบคนเว้นคน โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 258 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวนรวม 76 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงมาจากรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บสต.)³ มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สารเสพติดที่ใช้ร่วมกับยาบ้า จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย 30 วันก่อนเข้ารับการรักษา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน และสาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยา¹⁸ จาก The University of Rhode Island Change Assessment (URICA) ฉบับแปลภาษาไทย²¹ จำนวน 32 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) จำนวน 8 ข้อ ด้านการลังเลใจ (Contemplation) จำนวน 8 ข้อ ด้านการลงมือทำ (Action) จำนวน 8 ข้อ และด้านการทำต่อเนื่อง (Maintenance) จำนวน 8 ข้อ การให้คะแนนแบบตัวเลขจาก 1-5 การแปลผล แบบสอบถามมีคะแนนรวมกันอยู่ในช่วงตั้งแต่ 32-160 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาสูง คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงมีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก¹⁹ ฉบับภาษาไทย²² ลักษณะของเครื่องมือเป็นข้อความที่สอบถามความรู้สึกต่อตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ (เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 7, 8, 10 และข้อความเชิงลบจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 2, 5, 6, 9) การให้คะแนนแบบตัวเลขจาก 1-4 ตามลำดับความเป็นบวกและลบ การแปลผล คะแนนรวมกันอยู่ในช่วงตั้งแต่ 10-40 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยา

เสพติด²³ มีคำถามจำนวน 13 ข้อ (เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 4, 5, 9, 11, 12, 13 และข้อความเชิงลบจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10) การให้คะแนนแบบตัวเลขจาก 1-4 ตามลำดับความเป็นบวกและลบ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 13-42 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดสูง คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ²⁴ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ (เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 5, 6, 9, 10 และข้อความเชิงลบจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 7, 8) การให้คะแนนแบบตัวเลขจาก 1-5 ตามลำดับความเป็นบวกและลบ การแปลผล คะแนนรวมกันอยู่ในช่วงตั้งแต่ 10-50 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำสูง คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงมีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยา การเห็นคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) มาแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือส่งไปยังเจ้าของเครื่องมือวิจัย เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือวิจัยมาใช้โดยไม่ได้ทำการดัดแปลงจึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แต่ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ 0.85, 0.77, 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัยทุกขั้นตอน ตลอดจนการปกป้องสิทธิ์ของผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการพิจารณารับรองเลขที่ 301-270/2565 วันที่รับรอง 3 กันยายน 2565 และผ่านการรับรอง

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ COA No 65/064 วันที่รับรอง 17 ตุลาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้เข้าพบพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษา การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่จะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น โดยผู้วิจัยให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างอิสระภายใน 1 สัปดาห์ ก่อนให้คำตอบในวันนัดบำบัดครั้งถัดไป

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลและเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) ดำเนินการเก็บข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์แรงจูงใจในการเลิกเสพ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 258 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 95 อายุเฉลี่ย 37 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 49.2 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 38.8 อาชีพรับจ้างร้อยละ 48.8 รายได้เฉลี่ย 6,233 บาทต่อเดือน ใช้แอมเฟตามีนอย่างเดียวร้อยละ 92.6 เข้ารับการบำบัดครั้งแรกร้อยละ 74 อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 23.6 สัมพันธภาพในครอบครัวราบรื่นร้อยละ 55.8 และสาเหตุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรกเพราะอยากลองร้อยละ 56.2

2. คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกเสพ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกเสพโดยรวมเท่ากับ 28.19 (SD = 3.89) (ด้านการลงมือทำเท่ากับ 30.97 (SD = 5.34) ด้านการตั้งใจเท่ากับ 27.18 (SD = 5.16) ด้านการไม่สนใจปัญหาเท่ากับ 23.82 (SD = 4.99) ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเท่ากับ 28.51 (SD = 3.57) คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 29.1 (SD = 4.07) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำเท่ากับ 35.79 (SD = 6.14)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) เมื่อพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

จึงได้ดำเนินการตัดชุดข้อมูลที่มีค่าผิดปกติของตัวแปรเดี่ยว (Univariate outliers) โดยใช้สูตร $\text{Mean} \pm 3\text{SD}$ กับทุกตัวแปร ที่ศึกษาและตัดชุดที่อยู่นอกช่วงออก²⁵ คงเหลือแบบสอบถาม 219 ชุด ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยตรวจสอบความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) Histogram Boxplot และ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normality distribution) และพบว่าตัวแปรเป็นตัวแปรแบบต่อเนื่องและเป็นข้อมูลเชิงปริมาณความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรเป็นเส้นตรง (Linear

relationship) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติพารามตริก (Parametric statistic) โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบพบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Quantitative variable) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ซึ่งเป็นไปข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) วิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดกับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด (n = 219)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. แรงจูงใจในการเลิกเสพ	1	.213**	.333**	.257**
2. ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด		1	.036	.203**
3. การเห็นคุณค่าในตนเอง			1	.148*
4. พฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด				1

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .257, p < .01$; $r = .203, p < .01$ และ $r = .148, p < .05$) ตามลำดับ

4. ความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด

ตารางที่ 2 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด (n = 219)

ตัวแปรทำนาย	b	SEb	Beta	t	Zero-order	VIF
แรงจูงใจในการเลิกเสพ	.107	.038	.198	2.809**	.849	1.178
ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด	.344	.145	.158	2.375**	.953	1.126
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.140	.127	.076	1.105*	.888	1.049
Constant	9.580	5.745	-	1.668	-	-

$R = .307, R^2 = .094, SEE = 6.050, F = 7.446, \text{Sig. } F \text{ Change} = .000, * p < .05, ** p < .01$

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในวัย โดยวิธีการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter multiple regression coefficient) พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกเสพยา และการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยได้ร้อยละ 9.4 ($R^2 = .094$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกเสพยา และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .257, p < .01$; $r = .203, p < .01$ และ $r = .148, p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า หากแรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกเสพยา และการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ผู้เข้ารับการบำบัดจะมีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยสูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยาในวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัย^{10,11} ทั้งนี้เนื่องจากในกระบวนการบำบัดเสพยาเสพติดที่กลุ่มงานจิตเวชและเสพยาเสพติดดำเนินการในรูปแบบจิตสังคมบำบัดอยู่แล้วนั้น ได้มีการสอดแทรกกิจกรรมที่เสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งแนวคิดแรงจูงใจ อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นไปตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁸ การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการตั้งใจสูงที่สุด อาจเป็นเพราะผู้รับการบำบัดยังไม่ตระหนักถึงผลเสียของการเสพยาเสพติด และยังไม่เกิดผลกระทบรุนแรงทั้งต่อตนเองและครอบครัว จึงส่งผลทำให้อาจมีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยต่ำ ทั้งนี้เมื่อผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ยังอยู่ในขั้นการตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองนั้น ประกอบกับเมื่อพิจารณาถึงเส้นทางการเลิกเสพยา พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดได้ผ่านระยะเริ่มต้นหยุดยาหรือระยะฮันนีมูน (Early abstinence/Honeymoon) และได้เข้าสู่ระยะอุปสรรค (The wall) ไปแล้ว ซึ่งระยะนี้ผู้เข้ารับการบำบัดจะรู้สึกหมดเรี่ยวแรง ไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ มีอารมณ์ยุ่งยาก ขาดความกระตือรือร้น บางครั้งมีอาการอยากยาเกิดขึ้นซ้ำอีก จึงเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปเสพยาซ้ำ จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า

ผู้เข้ารับการบำบัดยังมีความหวังว่าหน่วยงานที่ให้การบำบัดจะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้น และหวังว่าจะได้รับคำแนะนำที่ดีต่อตนเองด้วย

ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในวัย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัด^{7,8} ซึ่งแนวคิดพฤติกรรมตามแผน อธิบายความตั้งใจของบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้แสดงพฤติกรรม ประกอบด้วย เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม¹⁷ การเลิกเสพยาเสพติดนั้นเกิดจากความตั้งใจที่จะเลิกด้วยตนเอง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมานั้นล้วนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ และนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น²⁶ การศึกษาครั้งนี้ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มาบำบัดในครั้งแรก และอาศัยอยู่กับบิดามารดาในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันราบรื่น ซึ่งอาจได้รับกำลังใจและความหวังใจจากครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด ทำให้สามารถเข้ารับการบำบัดจนครบทุกกิจกรรมในโปรแกรม อันแสดงถึงการมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติด ประกอบกับผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดเป็นระบบสมัครใจ จึงเป็นไปได้ว่ามีความความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติดอยู่บ้างแล้ว และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์อีกด้วย

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในวัย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติด¹⁴ และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น^{12,13,15} ดังแนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลสามารถกำหนดได้จากการเห็นคุณค่าของตนเองของบุคคลนั้น ประเมินได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา¹⁹ ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะไม่เสพยาเสพติดจนเกิดศักยภาพในการปฏิบัติตนเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น นำไปสู่การหยุดหรือเลิกใช้ยาเสพติดได้ยั่งยืน²⁷ ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดมีการกำหนดกิจกรรมที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับกำลังใจจากครอบครัวและพยาบาลผู้บำบัด อาจส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเอง

เพิ่มขึ้น ประกอบกับผลการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

2. แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ร้อยละ 9.4 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดและแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเป็น 2 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดได้ถึงร้อยละ 74.5⁸ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ร้อยละ 27⁹ ดังการศึกษาที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสามารถร่วมทำนายแนวโน้มพฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำได้ถึงร้อยละ 90¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสามารถร่วมทำนายการใช้ยาเสพติดได้ร้อยละ 21.9²⁸ ในขณะที่มีการศึกษาปัจจัยทำนายการเสพยาแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัดพบว่าเพศทัศนคติต่อการเสพยาแอมเฟตามีน การมีพฤติกรรมเสี่ยง และการคบเพื่อนที่เสพยาแอมเฟตามีน สามารถร่วมกันทำนายการเสพยาแอมเฟตามีนได้ร้อยละ 89.6¹⁴ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด พบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากการติดสารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดสารแอมเฟตามีนได้ร้อยละ 17.9²⁹ และมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติด พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว อัตมโนทัศน์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติดได้ร้อยละ 40.9³⁰ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่ายังมีอีกหลายปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการใช้และการติดยาเสพติดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. บุคลากรสุขภาพด้านการบำบัดยาเสพติดควรให้ความสำคัญในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อทราบถึงความพร้อมและนำไปสู่ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ

2. บุคลากรสุขภาพด้านการบำบัดยาเสพติดควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อป้องกันพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างหรือศึกษาในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเปรียบเทียบผลกับการศึกษาครั้งนี้

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่น เช่น ทัศนคติต่อการเสพยาแอมเฟตามีน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น เนื่องจากเป็นตัวแปรที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาซ้ำ

References

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Corruption and economic crime 2021, Annual Report: strengthening cooperation, building integrity. 2022; Vienna, UNODC.
2. Office of Narcotics Control Board: Ministry of justice. Thailand narcotic control annual report: Ministry of justice; 2022. (in Thai)
3. Office of Secretary of National Addiction treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. The drug treatment and rehabilitation system in Thailand: Kosumphisai Hospital, Maha Sarakham Province. 2022; Nonthaburi. MOPH. (in Thai)
4. Purahong G. Factors Affecting Relapsing Drug Addicted Patients in Pathum Thani Province. Journal of Public Health Nursing. 2018; 32(2): 23-40. (in Thai)
5. Arrahimee A, Makeng I, Sawal H. The role of Muslim family in Success and Failure in the Treatment of Patients (Drug Addicts) Case study the Rehabilitation Facilities in Pattani Province. Journal of Islamic Studies Prince of Songkla University. 2022; 13(1): 65-96. (in Thai)

6. Pratepteranun W. Factors related to narcotic-used behavior among addicted inmates in Suphanburi Province. *Thai Journal of Nursing*. 2019; 68(1): 49-57. (in Thai)
7. Chainakin C. Prachapiphat C, Pumprawai A. Cessation of Repeated Amphetamine Addiction: A Case Study of Rehabilitated Persons in Behavior Modification Camp by the Therapeutic Community Method. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2016; 23(2): 248-62. (in Thai).
8. Sirinuan S, Suphankul P, Noosorn N, Wongsawat P. Factors affecting amphetamine relapse among drug addicts after treatment. *Journal of Health Sciences Research*. 2016; 10(1): 39-45. (in Thai)
9. Samputtanon J. Factors Related to Self-Efficacy for Amphetamine Relapse Prevention among Male Adolescents, Government Drug Abuse Treatment Centers. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018; 36(1): 6-14. (in Thai)
10. Klansuwan A, Takviriyannun N, Jirapramukpitak T. 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)
11. Ratchakaew P. Motivation Factors Influence the Drug Prevention Behavior of Secondary School in Narathiwat Province under the office of Secondary Educational Service, Area 15. *Pathumthani University Academic Journal*. 2021; 13(1): 99-115. (in Thai)
12. Houmhoul T, Ruchiwit D, Somprasert C. Self-Esteem Enhancement for Adolescent Patient with Amphetamine Dependence. *The journal of psychiatric nursing and Mental Health*. 2014; 28(1): 81-91. (in Thai)
13. Tuntakit N. Drug Prevention for At-Risk Youth Group outside The School: A Case Study of Youth Volunteers for Land Forces Project in Taphong Subdistrict, Muang District, Rayong Province. *Journal of Social Research*. 2015; 38(2): 113-46. (in Thai)
14. Toeam A, Lapvongwatana P, Chansatitporn N, Chamroonsawasdi K. Predictive Factors of Amphetamine Use Among Youths in a Congested Community. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2016; 9(2): 88-103. (in Thai)
15. Pochnagone S. The Empowerment Model for Addicted Patients and Family to Prevent Relapse. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*. 2020; 5(12): 305-23. (in Thai)
16. Xia Y, Gong Y, Wang H, Li S, Mao F. Family Function Impacts Relapse Tendency in Substance Use Disorder: Mediated Through Self-Esteem and Resilience. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13: 1-8.
17. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2): 179-211.
18. Prochaska J O, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51(3): 390-5.
19. Rosenberg M. *Conceiving the self*. New York: Basic Books; 1979.
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30(3): 607-10.
21. Sittipong K. The Motivation to quit using drugs of patients at Thanyarak Khon Kaen hospital. *Journal of the community health development quarterly Khon Kaen university*. 2017; 5(2): 217-32. (in Thai)

22. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A Comparison of Reliability and Construct Validity between the Original and Revised Versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig.* 2012; 9(1): 54-8.
23. Amnajkitikorn W, Panyarach S, Juekoodkhamin S, Promsen P, Poprayoon S. Psychosocial Factors and Intension for Abstinence Drug Addicts of Drug Dependence Patients in Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center. 2010. Wiangbua printing. (in Thai)
24. Pissamorn C, Kaeodumkoeng K, Therawiwat M. An application of theory of planned behavior on methamphetamine relapse prevention among persons with drug addict rehabilitation at drug addict rehabilitation center. *Journal of Health Education.* 2019; 42(1): 68-79. (in Thai)
25. Leys C, Delacre M, Mora Y, Lakens D, Ley C. How to Classify, Detect, and Manage Univariate and Multivariate Outliers, with Emphasis on Pre-Registration. *International Review of Social Psychology.* 2019; 32(1):1-10.
26. Chainarong I. Theory of Planed Behavior and Walking Exercise Intention in Post Stroke Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurse.* 2018; 19(1): 47-55. (in Thai)
27. Wongpanarak N, Boonruang P. Relationships among hope, self-esteem, and the perceptions of spiritual dimension of people with drugs dependence in northeastern region of Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurse.* 2017; 18(2): 47-54. (in Thai)
28. Opakunle T, Opakunle O, Toki D, Alobo O, Nwozo C. Drug abuse among Nigerian high-school adolescents: Exploring the relationship with problematic internet use, suicidality, anxiety, depression, and self-esteem. *International Journal of Medicine and Health Development.* 2022; 27(3): 277-84.
29. Laodarun S, Chaisena J, Hengudomsub P. Factors Influencing Drug Preventive Behaviors Among Students of Opportunity Expansion Schools. *Journal of Nursing and Health Care.* 2018; 36(4):146-56. (in Thai)
30. Hongsutthi P, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors Influencing Preventive Behaviors for Drug Addiction Among Male Students of Extended Educational Opportunity Schools. *Journal of Boromarajonani College of Nursing.* 2107; 33(3): 112-23. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรม ในการป้องกันการติดเชื้อ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแล และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

The Development of a Caregivers' Participation Model on Infection
Prevention Behaviors, Satisfaction towards Nursing Services, and Readmission
Rates of Pediatric Cancer Patients Receiving Chemotherapy

อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ*¹ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย² นุสรา ประเสริฐศรี³

Ubonwan Unahasuwan*¹ Premruetai Noimuenwai² Nusara Prasertsri³

¹โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Sanpasithiprasong Hospital, Ubonratchathani, Thailand 34000

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

¹Faculty of Nursing Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

³Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Ubonratchathani, Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 2) ศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง 30 คน และผู้ดูแล 30 คน จากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) ประเด็นการสนทนากลุ่ม 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และ 0.93 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่ สถิติวิลคอกซอลซายแรงค์ และสถิติฟิชเชอร์แอกแซกท์

ผลการวิจัย 1) รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ประกอบด้วย แนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบตั้งแต่การรับจนกระทั่งจำหน่าย การสอน สาธิต สาธิตย้อนกลับ และฝึกทักษะที่จำเป็น 2) ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อและความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง, การรักษาด้วยเคมีบำบัด

Corresponding Author: *Email : unahasuwan@gmail.com

วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 21 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ก.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 25ก.ย. 2565

Abstract

The purposes of this research and development study were to 1) develop a caregivers' participation model for caregivers of pediatric cancer patients receiving chemotherapy and 2) to study the results of the model. The sample consisted of 30 pediatric cancer patients and 30 caregivers recruited by purposive sampling method. The research tools consisted of 1) group discussion issues and 2) the caregivers' participation model developed by the researcher. Data collection included an infection prevention behavior questionnaire and caregivers' satisfaction towards nursing services questionnaire. The content validity indexes of the questionnaires were 0.91 and 0.93 respectively. Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were 0.87, 0.93 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, paired t-test, Wilcoxon matched pairs signed-ranks test, and Fisher's Exact test.

The research findings were as follows. Firstly, the caregivers' participation model consisted of a guideline for caregivers' participation in infection prevention from admission to discharge including teaching, demonstration, return demonstration, and essential skills training. Secondly, the caregivers reported that their overall and in each aspect of infection prevention behaviors after implementing the developed model was higher than before implementing the model significantly ($p < .05$). They also rated higher satisfaction towards the nursing services significantly after implementing the model ($p < .05$). Lastly, pediatric cancer patients' readmission rates were statistically lower than before implementing the model ($p < .05$).

Keywords: Participation, Caregiver, Pediatric cancer patients, Chemotherapy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ใน ค.ศ. 2014 ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กเฉลี่ยเท่ากับ 186.60 ราย ต่อประชากร 1 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 15,780 ราย และเสียชีวิต 1,960 ราย ซึ่งโรคมะเร็งจัดว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากอุบัติเหตุ¹ ประเทศไทย พ.ศ. 2558 ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย รายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กเท่ากับ 74.90 ราย ต่อประชากร 1 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งในเด็กรายใหม่ปีละประมาณ 1,000 คน โดยพบมากในเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี และจากรายงานสถิติเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 พบว่ามีเด็กโรคมะเร็งอายุแรกเกิด ถึง 15 ปี จำนวน 1472, 1352 และ 1113 รายตามลำดับ โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.66 รองลงมาคือช่วงอายุ 6 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.30 และช่วงอายุ 11 ถึง 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.04 เป็นผู้ป่วยมะเร็งในเด็กรายใหม่เฉลี่ยปีละ 50 คน

ซึ่งพบการเสียชีวิต 20, 13 และ 15 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจำนวนมากและมีอาการรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีโอกาสรอดชีวิตหรือมีระยะสงบของโรคมะเร็งมากกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 70²

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งในเด็กมีการรักษาหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยเคมีบำบัด การผ่าตัด รังสีรักษา ฮอโมน การปลูกถ่ายไขกระดูก หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีหลักที่ได้นำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งในเด็กทุกชนิดเพราะมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้ อย่างไรก็ตามเคมีบำบัดนอกจากจะมีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติด้วย โดยเฉพาะเซลล์ไขกระดูก โดยเคมีบำบัดมีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้หน้าที่ในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดขาว นอกจากนี้เคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วอื่น ๆ เช่น เซลล์เยื่อช่องปาก ลำไส้ และผิวหนัง ทำให้ผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ มีความบาง มีผลให้ความสามารถในการป้องกันการ

ติดเชื้อของผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ ลดลง และทำให้เกิดอาการข้างเคียง ได้แก่ เยื่อช่องปากอักเสบ ลำไส้อักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และถ่ายเหลว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานอาหารได้ลดลง ร่างกายขาดพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายนของผู้ป่วยเด็กโรคหัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พบได้บ่อยหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและส่วนใหญ่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคหัด³ ในผู้ป่วยเด็กเล็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัด นอกจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ ยังจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กวัย 1-5 ปี ที่เป็นวัยที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบิดามารดาหรือผู้ดูแล ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เมื่อมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับเคมีบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษามารดาหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยเด็กจะได้รับผลกระทบต่าง ๆ ลดลงได้⁴

ซึ่งแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลของเชปป์⁵ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในด้านกิจกรรมประจำวัน ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีแบบแผนครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะในด้านกิจกรรมการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอในการตัดสินใจ ผู้ดูแลได้มีโอกาสการฝึกปฏิบัติจริงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้นและเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล⁶

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 10 จากสถิติพบผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยเรื่องการติดเชื้อ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 ร้อยละ 3.68, 3.22 และ 2.60 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตจากภาวะไข้วร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 ร้อยละ 3.23, 5.08 และ 5.77

ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนกระบวนการทำงาน พบว่า การให้บริการพยาบาลในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ การจัดการตามอาการและอาการแสดงตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการให้ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน มักเป็นไปตามประสบการณ์การทำงานของบุคคล และยังไม่มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน รวมถึงยังไม่มี การนำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดวัย 1 – 5 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลของเชปป์⁵ ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยเด็กโรคหัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี โดยคาดหวังว่ารูปแบบดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ดีและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอย่างต่อเนื่อง เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลและผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีนี้จักเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้มีคุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้น ที่มีต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเขป⁵ ในองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กและนำรูปแบบการวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอนคือ การประเมินสภาพและปัญหา การสร้างนวัตกรรม การนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล เขียนรายงานและเผยแพร่ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนาเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแล ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเป็นแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 ถึงเดือน พฤษภาคม 2564 รวมระยะเวลา 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ 1) ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งวัย 1 – 5 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 70 คน และ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งวัย 1 – 5 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

1. ระยะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 8 คน สำหรับเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งวัย 1 – 5 ปี อย่างน้อย 1 ครั้ง 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 4) สนใจเข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มแบบเผชิญหน้าตามวันเวลาที่กำหนดได้ 2) ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

2. ระยะศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 30 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้ (1) อายุ 1 – 5 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 1-3 (3) มีแผนการเข้ารับเคมีบำบัดตามที่แพทย์ให้การรักษาและได้รับเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษาอย่างน้อย 3 วันขึ้นไป 2) ผู้ดูแล จำนวน 30 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้ (1) มีอายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี (2) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง และอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันโดยไม่หวังค่าตอบแทน (3) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งวัย 1 – 5 ปี (4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ (5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (6) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยและลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างของถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนครบตามที่กำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ผู้วิจัยได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับกลางเท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) ที่ระดับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

- เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อและปัญหาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย คู่มือการดำเนินการอย่างมีแบบแผนในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ แผนการสอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล สื่อคอมพิวเตอร์ PowerPoint ประกอบการสอน และแผ่นพับ
- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

2.1 ชุดที่ 1 สำหรับผู้วิจัยบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
เด็กโรคมะเร็ง

2.2 ชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการ
การติดเชื้อของผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การดูแล
สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การจัด
สภาพแวดล้อม และการทำกิจกรรมทางสังคม มีจำนวน 30 ข้อ
โดยแบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 24 ข้อและข้อความเชิงลบ 6 ข้อ
เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ ข้อคำถามตรงกับพฤติกรรม
ของท่าน ตั้งแต่ไม่เคยทำเลยให้ 1 คะแนน จนถึงทำทุกครั้งให้
5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 คะแนน โดยนำ
คะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และกำหนดเกณฑ์
การแปลคะแนน จากระดับต่ำมาก ถึงระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ
พยาบาลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความห่วงใย
เอื้ออาทร การเข้าถึงบริการ ความสามารถเชิงวิชาชีพ มีจำนวน
15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ ข้อคำถามตรงกับ
ความพึงพอใจของท่าน จากระดับน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ถึงระดับ
มากที่สุดให้ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน
และกำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน จากระดับต่ำมาก ถึงระดับ
สูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการ
ติดเชื้อของผู้ดูแล และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ
พยาบาลของผู้ดูแล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตาม
เนื้อหาเท่ากับ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ แล้วนำไปทดลองใช้
กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
สรรพสิทธิประสงค์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่
ศึกษา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง
ของเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า
ความเที่ยงเท่ากับ 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ
การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการมีส่วน
ร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการสนทนากลุ่ม
(focus group) ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 8 คน โดยใช้
เวลาสนทนากลุ่ม ประมาณ 45-60 นาที

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ร่วมกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
กำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เหมาะสม โดยผู้ดูแลเข้ามามี
ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ในด้านกิจวัตรประจำ
วัน ด้านกิจกรรมพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง
ผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล และด้านการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง
และระยะจำหน่าย ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบรูปแบบ
และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้เหมาะสม

2. นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่ผู้วิจัย
พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
จำนวน 30 คน มีการปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะแรกรับ
วันที่ 1 ของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ให้ผู้ดูแลตอบ
แบบสอบถาม (Pre test) ประเมินปัญหา ความต้องการ
ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย
2) ระยะต่อเนื่อง ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยใช้สื่อ
คอมพิวเตอร์ PowerPoint ประกอบการสอน การสาธิต
ฝึกทักษะ ได้แก่ การวัดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ การทำความสะอาด
ช่องปาก การประเมินช่องปากและการล้างมือ ผู้ดูแลสาธิต
ย้อนกลับ แลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน
รวมทั้งมอบแผ่นพับให้ผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนที่บ้าน 3) ระยะ
จำหน่าย ทบทวนความรู้ ประเมินผลการปฏิบัติตามแบบ
ประเมินโดยการสังเกตการปฏิบัติ สาธิตซ้ำเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติ
ไม่ถูกต้องจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง กล่าวชมเชยให้กำลังใจ
เปิดโอกาสให้ซักถาม ปัญหา ข้อเสนอแนะ และการสังเกตอาการ
ผิดปกติที่ควรมาก่อนนัด

ระยะที่ 3 ประเมินผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการ
การติดเชื้อของผู้ดูแลและความพึงพอใจในบริการพยาบาล
ของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ที่พัฒนาขึ้น แล้ว 2 สัปดาห์ (Post test) และเก็บรวบรวมข้อมูล
การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

มะเร็ง โดยการติดตามจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก
โรคมะเร็งและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับ
เคมีบำบัดด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกัน
การติดเชื้อของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ
มีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการ
พยาบาลของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ
มีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ Wilcoxon
matched pairs signed-ranks test
4. เปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ
ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนและ
หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น
ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ เอกสารรับรองเลขที่ 079/2563 ลงวันที่ 21 ตุลาคม
2563 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ วันที่ 6 เมษายน 2562

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
และผู้ดูแล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับ
การรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย พบว่า เป็นเพศชาย
และเพศหญิงพอๆ กัน (ร้อยละ 50) มีอายุเฉลี่ย 3.6 ปี ได้รับการ
วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุด (ร้อยละ 66.7)
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง
1 - 3 เดือน (ร้อยละ 43.3) ระยะเวลาเฉลี่ย 6.2 เดือน ผู้ป่วยได้
รับการรักษาด้วย Methotrexate มากที่สุด (ร้อยละ 66.7)

ส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมี
บำบัด (ร้อยละ 90) พบมาก ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 53.3)
ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (ร้อยละ 43.3) และไข้ (ร้อยละ 40)
ตามลำดับ พบจำนวนนับของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล
ในเลือดอยู่ในช่วง 1,000 /mm³ ถึง น้อยกว่า 1,500 /mm³
(ร้อยละ 43.3)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 30 ราย
พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) อายุอยู่ในช่วง
31-40 ปี (ร้อยละ 43.3) อายุเฉลี่ย 35.6 ปี สถานภาพสมรสคู่
(ร้อยละ 86.7) ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่เป็น
มารดา (ร้อยละ 76.7) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
(ร้อยละ 43.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำนา-ทำสวน
(ร้อยละ 53.3) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน 19.5
ชั่วโมง ผู้ดูแลทุกรายเคยได้รับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ
โดยแหล่งความรู้ที่ได้รับในการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนใหญ่ได้
จากพยาบาล (ร้อยละ 100) รองลงมาคือแพทย์ (ร้อยละ 90)
และ อินเตอร์เน็ต (ร้อยละ 46.7)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม
และการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก
โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1. จากการวิเคราะห์สภาพการณ์และปัญหาการมี
ส่วนร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรค
มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า การมีส่วนร่วมของ
ผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การให้
ข้อมูลของพยาบาลเป็นไปตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละ
คน ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่เป็นการสอนก่อน
กลับบ้าน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในด้าน
กิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำทุกวันไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วม
ดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัด มีความ
เกรงใจไม่กล้าซักถามปัญหา ไม่มีความมั่นใจในการดูแลเด็กกลัว
ทำผิดพลาด ผู้ดูแลต้องการอยู่ดูแลเด็กตลอดเวลาขณะอยู่ในโรง
พยาบาล และต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก
ตามจริง หรือเมื่อเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการทราบ
ข้อมูลการดูแลเด็กที่ถูกต้องเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลเด็ก
มากขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้พัฒนา
ขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ประกอบด้วย แนวทางการมี
ส่วนร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็ก

โรคมาเรียมเป็นระบบตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย ดังนี้
1) ระยะแรกเริ่ม ประเมินปัญหา ความต้องการ ส่งเสริม สนับสนุน
ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย 2) ระยะต่อเนื่อง ให้ความ
รู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล สาธิต สาธิตย้อนกลับ ฝึกทักษะที่
จำเป็น แลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน และมอบ
แผนพับให้ผู้ดูแลนำกลับทบทวนที่บ้าน 3) ระยะจำหน่าย
ทบทวนความรู้ ประเมินผลการปฏิบัติโดยการสังเกตตามแบบ
ประเมิน สาธิตซ้ำเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง กล่าวชมเชยให้

กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม ปัญหา ข้อสงสัย แนะนำการสังเกต
อาการผิดปกติที่ควรมาก่อนนัด

ตอนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมาเรียมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1. พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแล
ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ผู้ป่วยเด็กโรคมาเรียมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังแสดง
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ
ของผู้ดูแลและระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ	ก่อนการใช้รูปแบบ (n = 30)			หลังการใช้รูปแบบ (n = 30)			t	P-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล	4.22	0.40	สูง	4.61	0.21	สูงมาก	5.67	.000*
การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม	4.17	0.46	สูง	4.57	0.41	สูงมาก	4.21	.000*
การจัดสภาพแวดล้อม	4.44	0.36	สูง	4.70	0.23	สูงมาก	3.86	.001*
การทำกิจกรรมทางสังคม	4.19	0.52	สูง	4.54	0.55	สูงมาก	3.52	.001*
โดยรวม	4.25	0.30	สูง	4.62	0.19	สูงมาก	7.20	.000*

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการ
ป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลโดยรวมหลังการใช้รูปแบบการมี
ส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมาเรียมที่ได้รับการรักษาด้วย
เคมีบำบัด เท่ากับ 4.62 (S.D. = 0.19) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของ
พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลโดยรวมก่อน
การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 4.25

(S.D. = 0.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05)

2. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแล
ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ผู้ป่วยเด็กโรคมาเรียมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของ ผู้ดูแลและระหว่างก่อน
และหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความพึงพอใจในบริการพยาบาล	ก่อนการใช้รูปแบบ (n = 30)			หลังการใช้รูปแบบ (n = 30)			Z	P-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร	4.24	0.46	สูง	4.71	0.36	สูงมาก	-3.85	.000*
ด้านการเข้าถึงบริการ	4.10	0.49	สูง	4.44	0.36	สูง	-3.68	.000*
ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ	4.33	0.55	สูง	4.80	0.39	สูงมาก	-3.72	.000*
โดยรวม	4.19	0.45	สูง	4.60	0.32	สูงมาก	-3.95	.000*

Z = Wilcoxon matched pairs signed- ranks test *p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลโดยรวมหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เท่ากับ 4.60 (S.D. = 0.32) สูงกว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลโดยรวมก่อนการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 4.19 (S.D. = 0.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

3. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและความแตกต่างของสัดส่วนของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 26)		หลังใช้รูปแบบ (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลับมารักษาซ้ำ	16	61.5	0	0	.000*
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	10	38.5	30	100	
รวม	26	100	30	100	

Fisher's Exact Test * $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการติดเชื้อ ร้อยละ 61.5 หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น ไม่พบผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง พบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จากการวิเคราะห์สภาพการณ์และปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การให้ข้อมูลของพยาบาลเป็นไปตาม

ประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในด้านกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำทุกวัน ไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัด ต้องการอยู่ดูแลเด็กตลอดเวลาขณะอยู่ในโรงพยาบาล และต้องการทราบข้อมูลการดูแลเด็กที่ถูกต้องเพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งยังขาดแนวทางในการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องสร้างรูปแบบการสอนและการให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเพื่อให้ครอบครัวเด็กโรคมะเร็งมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น⁷ และสอดคล้องกับการศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล พบว่า การให้ข้อมูลที่จำเป็นและความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลและการรักษา การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลเด็ก⁸ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ มาประยุกต์ใช้ ร่วมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มของผู้ดูแล มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทำให้ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นจากปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้ เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อและความพึงพอใจในบริการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถลดการรักษายาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งด้วยปัญหาการติดเชื้อได้

2. พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังรับเคมีบำบัด สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็น โดยการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ได้แก่ การแปรงฟัน การประคบช่องปาก การวัดไข้ และการล้างมือที่ถูวิธี 7 ขั้นตอน โดยอธิบายการปฏิบัติกิจกรรมที่ละเอียดขั้นตอนอย่างละเอียด มีการทบทวนความรู้และทักษะ สาธิตย้อนกลับ และเมื่อพบว่าผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในการป้องกันการติดเชื้อ ในด้านกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน การรับประทาน อาหาร การช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ โดยมีพยาบาลให้คำแนะนำ ช่วยเหลือสนับสนุน จนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน พบว่า การสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสาธิตการล้างมือ การรักษาความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการสิ่งแวดล้อมสามารถป้องกันการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้⁹ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้

และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาววัยก่อนเรียน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ สาธิตและสาธิตย้อนกลับ แผ่นพับ ให้คำแนะนำ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติ¹⁰

3. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ดูแลหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจาก รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล จึงทำให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคมะเร็งตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างมีแบบแผน ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอในการตัดสินใจ และได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติจริงในทักษะด้านต่าง ๆ โดยมีพยาบาลสนใจ เอาใจใส่ รับฟังปัญหา คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด สิ่งเหล่านี้ตอบสนองปัญหาและความต้องการตามความคาดหวังของผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่ ที่พบว่า การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแบบผู้ดูแลมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและผู้ดูแล สามารถเพิ่มความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่พบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นหลังการใช้รูปแบบเดือนที่ 3 สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบเดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

4. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีผลทำให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจาก มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กในการป้องกันการติดเชื้อและวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งพยาบาลมีการให้ข้อมูลที่เพียงพออย่างเป็นระบบ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล การสอน สาธิต การฝึกทักษะให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และการสาธิตย้อนกลับ เมื่อพบว่าผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะสาธิตซ้ำจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะให้กำลังใจผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งแจกแผ่นพับให้ผู้ดูแลนำไปทบทวนความรู้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งด้วยปัญหาการติดเชื้อ ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเคมีบำบัด การประเมินความเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเมื่ออยู่ที่บ้าน จะช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนได้¹³

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลไปใช้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคที่ซับซ้อนเรื้อรังอื่น ๆ

1.2 นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการ

กำหนดแผนการฝึกอบรมให้สอดคล้อง ครอบคลุมกับสมรรถนะที่ต้องการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเชิงคุณภาพการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

2.2 การวิจัยและพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะเริ่มต้นการรักษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

2.3 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งด้วยปัญหาการติดเชื้อ

References

1. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *Cancer Journal for Clinicians*. 2014;64: 83-103.
2. Wiangnon S. Malignant solid tumor in children. Khon Kaen: Department of Pediatrics Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2015. (in Thai)
3. Surayuthprecha K. Neutropenia and infection in pediatric cancer patients. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2010; 16(1):14-26. (in Thai)
4. Niyomsats K, Niyumkar S, Lamchang S. Factors related to caregiver participation in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal*. 2020; 47(1):66-76. (in Thai)
5. Schepp K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA. 1995.
6. Thajai S, Lanchang S, Chotibang J. Parent participation in preventing infection among pediatric patients with cancer receiving chemotherapy and related factors. *Nursing Journal*. 2014;41(4):83-94. (in Thai)

7. Kästel A, Enskär K. Family participation in childhood cancer care. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014;4(3):112-23.
8. Vasli P, Salsali M. Parents' participation in taking care of hospitalized children: a concept analysis with hybrid model. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(2): 139-44.
9. Worapanwisit T, Paritsiraprapa C, Rotchanarak W. Prevention of febrile neutropenia in acute leukemia patients: role of nurse. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(3): 11-9. (in Thai)
10. Yooyen P, Sanasuttipun W, Srichantarani A. The effects of a teaching program on knowledge and behavior of caregivers to prevent infection in preschool-aged children with leukemia. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2019; 37(4): 79-92. (in Thai)
11. Wilson S MG, Sachse K, Perry MT. Road to home program: a performance improvement initiative to increase family and nurse satisfaction with the discharge education process for newly diagnosed pediatric oncology patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2018; 35(5): 368-74.
12. Charoensatsiri R, Saritphisarn L, Nitirat P. A development of a self-management support model to care pediatric acute lymphoblastic leukemia patients with chemotherapy at Prapokklao Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*. 2020; 5(3):3-7. (in Thai)
13. Bulut HK, Demirbag BC, Kahrman İ. The Investigation of unplanned hospital visits and admissions in the children receiving chemotherapy. *Cancer investigation*. 2019; 37(4-5):209-15.

ผลของโปรแกรมอัตลิติตต่อความผาสุกทางจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

The Effect of a Self-Determination Program on the Psychological Well-Being of Caregivers of Palliative Cancer Patients

ธัญชนก ลีธีระ¹ ชมชื่น สมประเสริฐ*² อังคณา จิรโรจน์²

Thunchanok Leetheera¹ Chomchuen Somprasert*² Angkana Jirarode²

¹คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ประเทศไทย 76000

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

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

²Faculty of nursing Thammasat University, Pathumthani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมอัตลิติตต่อความผาสุกทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 60 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีอัตลิติต ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวม 10 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลโดยใช้แบบวัดความผาสุกทางจิต มีค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 วัดผลก่อนการทดลองและสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย 1) คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิต ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป โปรแกรมอัตลิติตสามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิต, โปรแกรมอัตลิติต, ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effect of a self-determination program on the psychological well-being of caregivers of cancer patients receiving palliative care. The samples were caregivers of cancer patients who received palliative treatment. The samples were selected according to the inclusion criteria, 60 people were simply randomly assigned to either an experimental group or a control group with 30 subjects each. The experimental group received the self-determination program developed by

the researcher according to Self-Determination Theory consisting of ten activities. Each activity was carried out weekly for 90 minutes per session for a total of 10 weeks. The control group received usual care and the results were assessed using the Psychological Well-Being Scale (PWBS), Thai version. The reliability was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .88. The results were measured before the experiment and immediately after the experiment. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The findings can be summarized as follows: 1) the mean score for psychological well-being of the experimental group after the self-determination program was higher than at pretest with statistical significance at .001; 2) the mean difference scores for psychological well-being between before and after the self-determination program in the experimental group were different from the control group with statistical significance at .001.

In conclusion, the self-determination program was able to increase psychological well-being among caregivers of palliative cancer patients effectively. This can be another option to promote the psychological well-being of cancer caregivers.

Keywords: caregivers of palliative cancer patients, psychological well-being, self-determination program

Introduction

Cancer is a major global health problem. Due to incidence, disease severity and mortality rates, patients and family caregivers lose good quality of life. According to a report on the situation from the World Health Organization in 2020, 19.2 new cancer patients who need care from family caregivers were found in 2020.¹ In Thailand, the survey data from the National Cancer Institute in 9,842 new patients found 2,890 patients (29.40%) with cancer in 2020.² In Thai society, when a family member is sick, family members have the duty to provide assistance and care for patients by providing voluntary palliative care without wages.³ Family caregivers are usually spouses, parents, children, friends or relatives who are important to patients.⁴

Palliative care is care for good quality of life among cancer patients and family members by preventing and reducing suffering from illness⁵ by providing care from when patients were diagnosed to the end of life. Caregivers of cancer patients have to improve personal capabilities in many areas such as communication, caring skills and abilities, knowledge,

and decision-making.⁶⁻⁷ Caregivers may experience a psychological or spiritual crisis, when seeing their loved one suffering from physical and psychological discomfort. This may have similar emotional effects on caregivers' negative feelings including anxious, stressed, and may have depression unconsciously.⁸

According to the indicative review, psychological effects on caregivers of cancer patients can be include sadness, anger, guilt, loneliness, stress and strain.⁹⁻¹¹ The aforementioned effects on caregivers are significantly related to physical and psychological health progress of patients. Increased severity may cause negative effects on psychological well-being and cause patients to become exhausted, lack of motivation to do good deeds and have changes in perception of care from positive to negative perceptions, which may lead to caregivers becoming burned out and unable to continue caring for patients.

The factors correlated with psychological well-being among caregivers of palliative cancer patients were divided into the following three groups: 1) personal factors such as age, gender, education, and perception of patients' suffering; 2) familial factors

such as family income; 3) social factors such as social networks and a beneficial and supporting environment.¹²⁻¹⁴

Many methods are used to promote psychological well-being for caregivers of cancer patients such as caring skill development, adaptation promotion, coping skill practices, empowerment, perceived self-efficacy, mental health education and consultation.¹⁵⁻¹⁸ Most of the methods are focused on promoting individuals to have skills and ability to manage themselves and society. However, most programs were used to solve problems of caregivers with psychological illness. Therefore, promotion of psychological illness prevention among caregivers of cancer patients is a challenging issue in preparing caregivers of palliative cancer patients to enable caregivers of cancer patients to effectively cope with problems and barriers that may cause psychological suffering along with enabling management of fatigue, conversion of energy for self-improvement and psychological well-being.

Psychological well-being (PWB)¹⁹ is a concept with multidimensional views covering positive psychological characteristics with diversity connected to good mental health or prevention of problematic behaviors. Ryff and Keyes¹⁹ defined psychological well-being as psychological comfort from self-acceptance, autonomy, positive relations with others, environmental mastery and personal growth, which leads to purpose in life. Care for palliative cancer patients is a heavy burden impacting on psychological well-being at every stage of illness.²⁰ Therefore, caregivers of cancer patients are a group at risk of mental health problems. Thus, medical personnel should have awareness of and support promotion of psychological well-being among caregivers.

Deci and Ryan²¹ stated that well-being occurs only when there is a basic psychological need

such as need for autonomy, need for competence, and need for relatedness. In the area of health promotion, Intrinsic motivation has been widely used, where past the Self-Determination Theory (SDT) health behavior interventions had a positive impact on health behaviors in the immediate post-trial period, and during the follow-up period.²² Individuals with an intrinsic motivation for performing behaviors of interest to that person will experience enjoyment, excitement, challenge, and self-confidence.^{21,23} The independent motivations associated with psychological well-being and positive relationships were positively correlated. There was a negative correlation with caregiver distress and fatigue.²⁴

According to the aforementioned literature review, promotion of Intrinsic motivation according to the conceptual framework of Deci & Ryan²¹ was highly successful in the areas of health behavior development, health promotion, and maintaining health. Therefore, the researcher used the Self-Determination Theory to develop the self-determination program promoting psychological well-being for caregivers of palliative cancer patients in order to push for caregivers of cancer patients to increased determination, motivation, retention and enhancing desirable ideas, feelings and behaviors,²³ which created capacity leading to psychological well-being.

Objectives

1. To compare psychological well-being among caregivers of palliative cancer patients before and after received the self-determination program.
2. To compare psychological well-being of caregivers of palliative cancer patients between the experimental group which received the self-determination program and the control group which received usual care.

Research Hypotheses

1. The mean scores for psychological well-being among caregivers of palliative cancer patients in the experimental group after receiving the self-determination program will be higher than their baseline.

2. The mean difference scores of psychological well-being among caregivers of palliative cancer patients between before and after of the experimental group which received the self-determination program were different from the control group which received usual care.

Conceptual framework

This research was based on the concept of the Self-Determination Theory (SDT),²¹ It describes the role of intrinsic motivation in the development of thought, attitudes, and society, as well as individual differences in behavioral practices. In which individuals will use motivation as a driving force towards target behaviors, turning obstacles into challenges by using 3 factors including: 1) Need for competence, 2) need for autonomy, and 3) need for relatedness. Individuals will learn to develop their own self-directed behaviors with autonomy, competencies, and positive relationships with others, resulting in an increase in determination and persistence. which leads to good psychological well-being.

Methods

This study was quasi-experimental research two group pretest-posttest design. The population in this study was male and female caregivers of palliative cancer patients aged 18 years or older who were living in the same family with cancer patients who interacted with one another and lived in Sam Roi Yod, Prachuabkhirikhan province. The research sample was selected using simple random sampling: subjects

in one sub-district were assigned to the control group and those in another sub-district were assigned to the experimental group. Both sub-districts were similar in contexts.

Sample size was calculated using the G*power program.²⁵ Reliability was set at .05 and power of the test was set at 80 percent. Effect size was determined from previous studies of similar variables and populations.²⁶ An effect size of 0.83 and the sample size of 52 subjects was obtained. The researcher enlarged the sample size by 15 percent, bringing the sample size to 60 subjects with 30 subjects for each group to account for expected attrition.²⁷

Research Instruments

1. Data collection instruments-The Thai version of the psychological well-being questionnaire²⁸ was developed by Ryff and Keyes.¹⁹ Questions were assessments of components in six areas consisting of self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life and personal growth. The form had a total of 84 questions with 14 questions in each area. In terms of instrument quality, the instrument had tested for content validity with an index of item-objective congruence (IOC) of 1.00²⁸ and the reliability score was a Cronbach's Alpha Coefficient of .88.

2. The instrument used in the experiment was the self-determination program developed by the researcher based on the self-determination theory of Deci and Ryan.²¹ The instrument passed program quality tested by three qualified experts. After the program was examined by qualified experts, the researcher has adjusted the language to be easier to understand and the explanations of some activities have been made clear. The researcher tried out the program with 10 caregivers of cancer patients who had characteristics similar to the sample to make

appropriate modifications before use. Activities in the program were held in 10 sessions, 90 minutes per session. In addition, the sample was assigned to practice at home for 15 minutes per day. Therefore, this program used a total of 30 hours and 45 minutes.

Ethical Considerations

This study was approved by the Human Research Ethics Committee of Thammasat University (Science), project Code COA No. 102/2564. All subjects were informed about the purpose of the study before participating with voluntary. They could refuse to participate or withdraw from the study at any time without any effects on their performance evaluation. The information obtained from the study is confidential and will be presented in overall, not individually. The subjects were asked to sign a consent form.

Research Procedures

The researcher reviewed related textbooks, academic articles, research and practice using the program in the experiment. The researcher selected the sample based on set qualifications and measured pretest psychological well-being. The experimental group received the self-determination for 10 consecutive weeks. Each activity was carried out weekly for 90 minutes per session for a total of 10 weeks. The control group received usual care. At the end of activities, the researcher assessed the psychological well-being posttest of the two sample groups with the research assistant conducting the evaluation activities. However, during the activities of the whole project, there was no loss of samples.

Data Analysis

Personal data were analyzed with frequency distribution and percentages. Differences in personal data between were tested using Chi-square testing

and Fisher's exact test. The mean scores for psychological well-being of the experimental group were compared using dependent t-test statistics. The mean differences scores for psychological well-being between pretest-posttest of the experimental and control groups were compared using independent t-test statistics.

Results

According to the findings, the experimental group had a mean age of 57.60 years while the control group had a mean age of 47.40 years. A majority of the sample was female (66.7%). In terms of financial status, most participants in the experimental group were found to have sufficient income without savings (76.3%), followed by sufficient income with savings (13.3%). The majority of the control group reported having sufficient income without savings (53.3%), followed by sufficient income with savings and insufficient income with debt (23.3% each). Concerning marital status, most of the experimental and control groups were married (80% and 56.7%, respectively), followed by single (13.3% and 33.3%, respectively) and widowed (6.7% and 10%, respectively). In the area of history of chronic illnesses in the experimental group, most of the sample reported having no chronic illnesses (50%), followed by having chronic illnesses (40%) and were never examined (10%). Most of the control group was found to have chronic illnesses (43.3%), followed by subjects who had no chronic illnesses (40%) and were never examined (16.7%). Most participants in both groups have cared for patients with families (73.3% and 86.7%, respectively), followed by the sample who cared for patients alone (26.7% and 13.3%, respectively). The Results comparing the demographic data between the experimental and control groups with the Chi-square test and Fisher's exact test were found to be no different ($p > .05$).

Table 1 Comparison of mean pretest-posttest scores for psychological well-being.

Psychological well-being scores	Pretest		Posttest		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
Self-acceptance	61.50	5.65	68.57	5.86	29	4.69	.00
Purpose in life	62.70	7.82	71.30	7.62	29	5.27	.00
Autonomy	54.67	5.94	59.83	6.66	29	4.66	.00
Personal growth	61.70	8.17	70.77	8.14	29	6.41	.00
Positive relations with others	62.33	7.65	72.53	5.69	29	6.24	.00
Environmental mastery	58.30	5.40	67.53	7.08	29	7.91	.00
Psychological well-being	360.60	26.19	410.67	30.68	29	8.83	.00

According to Table 1, the mean scores of psychological well-being in self-acceptance aspect of the experimental group at posttest (M = 68.57, SD = 5.86) was higher than pretest scores (M = 61.50, SD = 5.65) with statistical significance at .001. In the area of purpose of life, the average posttest score (M = 71.30, SD = 7.62) were higher than the pretest score (M = 62.70, SD = 7.82) with statistical significance at .001. For the autonomy aspect, the posttest score (M = 59.83, SD = 6.66) was also higher than pretest score (M = 54.67, SD = 5.94) with statistical significance at .001. Regarding personal growth, the mean posttest score (M = 70.77, SD = 8.14) was higher than the

pretest score (M = 61.70, SD = 8.17) with statistical significance at .001. In the area of positive relations with others, the posttest score (M = 72.53, SD = 5.69) were higher than the pretest score (M = 62.33, SD = 7.65) with statistical significance at .001. In the environmental mastery aspect, the mean posttest score (M = 67.53, SD = 7.08) was also higher than the pretest score (M = 58.30, SD = 5.40) with statistical significance at .001. The total mean posttest scores (M = 410.67, SD = 30.68) were higher than pretest scores (M = 360.60, SD = 26.19) with statistical significance at .001.

Table 2 Comparison of mean difference scores between pretest-posttest of psychological well-being of the experimental and control groups

Psychological well-being scores	Experimental group			Control group			df	t	p -value
	(n = 30)			(n = 30)					
	M	$\bar{D}_1$	SD	M	$\bar{D}_2$	SD			
Pretest	360.60	50.07	31.05	371.67	3.43	31.19	58	5.80	.00
Posttest	410.67				374.43				

According to table 2, when mean differences scores for overall psychological well-being were considered in the experimental and control groups, mean difference scores between

pre- and posttest of psychological well-being of the experimental group ($\bar{D}_1 = 50.07$, SD = 31.05) were different from the control group ($\bar{D}_2 = 3.43$, SD = 31.19) with statistical significance.

Discussion

After the self-determination program, caregivers of cancer patients in the experimental group had the mean scores for psychological well-being in all aspects higher than their pretest scores with statistical significance at .001. That means the self-determination program was beneficial to increase psychological well-being among caregivers of cancer patients. The self-determination program was divided into 10 activity sessions which can be considered a key of success of this program. The designed activities respond to three basic psychological needs that influence psychological well-being in the following six dimensions. Factor 1: Need for relatedness was a need to interact with others with friendliness and honesty. Internal motivation will grow in contexts where the person feels secure and has a good relationship.^{21,29} This factor had three activities. Activity 1 was the first activity in which the sample created relationships. Due to good relationships and familiarity, group members cooperated in activities and created motivation to participate.¹⁹ This was followed by Activity 4, which promoted positive relationships with family members, creative positive communications.³⁰ In the last activity, supported perceptions of positive relationships with group members and how knowledge and skills from group members' experiences and the researcher can be used to develop psychological well-being. However, each activity had inserted to encourage a good relationship with other people, including the community and family.

Factor 2: Need for autonomy was control over personal fate based on independence.^{21,29} Three activities were designed. Activity 2 supported caregivers' identities with a focus on independent of expression in the areas of ideas and decision-making. At first, caregivers remained confused about how to gain autonomy after being forced to or needing to

care for patients in a structured model. However, after participation in activities, caregivers were able to choose and decide with independence under limited external influences.²⁹ Autonomy was one of the main factors of psychological well-being¹⁹ included in each activity (activities 3,5,6,8,9) inserted to encourage autonomy in choosing and making decisions in various events on their own.

Factor 3: Need for competence was a person's confidence in the ability to act, indicating the presence of an intrinsic motive driving successful expression of behaviors.^{21,29} Six activities were in this component. Activity 5 supported the person's ability to create an appropriate environment for that person's psychological conditions in order to facilitate psychological healing.¹⁹ Activity 7 focused on positive self-acceptance of personal advantages and disadvantages in various views and views of existing personal ability and capacity.³¹ Promotion of need for competence was also included in activity of 3, 6, 8 caused caregivers to change and have self-improvement in problem management skills, self-care, and care for patients with coverage of the physical and psychological areas consistent with previous studies.^{4,9,32} Furthermore, activity 9 was an activity in which caregivers for cancer patients set goals based on personal foundations to improve toward the goal and create empowerment.¹⁵ Psychological well-being in the experimental group after the self-determination program was shown to have higher mean scores in every area of psychological well-being as shown in Table 1.

Furthermore, when differences in the mean scores for overall psychological well-being before and after program in the experimental group were compared with the control group were found to be different with statistical significance at .001. According to Dombestein et al,²³ there was a systematic review of the literature on caregiver motivation from the

Self-Determination Theory. It was found that fostering intrinsic motivation in caregivers led to greater inspiration and self-improvement in caring, more willingness to resolve problems, better coping with situations and better adaptability. It also reduces stress, anxiety and burden, has a positive impact on psychological well-being and subsequent life satisfaction. In addition, according to Badr et al,²⁶ motivation in cancer caregivers has been studied. It was found that the participants' depression and anxiety were significantly reduced. The relationship between patients and caregivers improved. It can increase the caregiver's psychological well-being as well as reduce the caregiver's burden.

Therefore, the findings were reflective of increases in the effectiveness of the self-determination program in strengthening psychological well-being among caregivers of cancer patients in every area. Having basic psychological needs met in three components caused caregivers to have intrinsic motivation resulting in improved interest, willingness to learn, sustainable health behavior adjustments, positive effects on psychological well-being and subsequent satisfaction in life.

Recommendations

1) The self-determination model can be used as an effective program in promoting psychological well-being among caregivers of cancer patients. Similar programs guided by the theory may be useful for caregivers of patients with other diseases.

2) Future studies should be carried out to monitor psychological well-being among caregivers of palliative cancer patients within the ranges of 3 months, 6 months and 1 year after the self-determination program to assess its long-term impact on psychological well-being.

References

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Pineros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020.
2. National cancer institute. Hospital-based cancer registry 2020. Bangkok: Medical digital division; 2021.
3. 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).
4. Hendrix CC, Jr DE, Steinhauer KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG & Tulsy JA. Effects of enhanced caregiver training program on cancer. Support Care Cancer. 2015; 24(1): 327-36.
5. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
6. Morrakot P, Nilmanat K & Matchim Y. Impacts of an Adaptation-Promoting programme on the caregiving relatives of terminal chronic disease patients. Thai Journal of Nursing Council. 2015; 30(2): 34-44. (In Thai)
7. Meecharoen W. Family caregivers of cancer patients: Roles' adaptation and quality of life promotion. Ramathibodi Nursing Journal. 2014; 20(1): 10-22. (In Thai)
8. Gotze H, Braehler E, Gansera L, Polze N, & Kohler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Supportive Care in Cancer. 2014; 22(10): 2775-82.

9. Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, & Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*. 2012; 28(4): 236-45.
10. Pasri P, Isaramala S & Hatthakit U. Family caregivers' views and needs for assistance in caring for terminal cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2015; 30(4): 57-71. (In Thai)
11. Artsanthia J & Pomthong R. Nurses' role: case study of psychological care for caregivers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(1): 1-8. (In Thai)
12. Panphadung S, Nilmanat K & Kitrungrrote L. Impact of a Buddhism-based spiritual well-being promotion programme on the spiritual well-being of family caretakers responsible for hospitalized advanced gynecological cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2015; 30(1): 16-28. (In Thai)
13. Jaikhamsuep R & Waratwichit C. Psychological well-being among caregivers of end-of-life cancer patients: From concept to practice. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2019; 11(1): 213-24. (In Thai)
14. Borges EL, Franceschini J, Costa LH, Fernandes AL, Jamnik S & Santoro IL. Family caregiver burden: The burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *Journal Brasileiro De Pneumologia*. 2016; 43(1): 18-23.
15. Kaspas M, Monkong S & Sirapo-ngam Y. Effects of an empowerment-Based program on psychological well-being and quality of life among family caregivers of patients with advanced breast cancer. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2013; 19(2): 277-90. (In Thai)
16. Srihaklang P & Sasat S. The Effect of caregiving skill development and caregiver support group program on stress in caregivers of older persons with terminal stage cancer. *Journal of The Police Nurses*. 2016; 8(1): 1-10. (In Thai)
17. Porter LS, Keefe FJ, Garst J, Baucom DH, McBride C, Sutton L, et al. Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: Results of a randomized clinical trial. *Journal Pain Symptom Manage*. 2012; 41(1): 1-13.
18. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L & Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2010; 60(5): 317-39.
19. Ryff CD & Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995; 69(4): 719-27.
20. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Grant L, Highet G & Sheikh A. Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: Secondary analysis of serial qualitative interviews. *Centre for Population Health Sciences*. 2010; 30(8): 1-6.
21. Deci EL & Ryan RM. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000; 55(1): 68-78.
22. Gillison FB, Rouse P, Standage M, Sebire SJ, & Ryan RM. A meta-analysis of techniques to promote motivation for health behaviors change from a self- determination theory perspective. *Health Psychology Review*. 2019; 13(1): 110-30.
23. Dombestein H, Norheim A & Husebo AML. Understanding informal caregivers' motivation from the motivation from the perspective of self-determination theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020; 34(1): 267-79.

24. Kindta S, Vansteenkiste M, Loeys T, & Gouberta L. Helping motivation and well-being of chronic pain couples: A daily diary study. *Journal of Pain*. 2016; 157(7): 1551-62.
25. Srisatidharakul B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*power software. Bangkok: Chulalongkorn university press; 2020.
26. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez JE, & Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *National institutes of health*. 2015; 22(1): 150-58.
27. Gray JR & Grove SK. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 9thed. United States: Elsevier; 2020.
28. Prewnim A, Suksawang P & Pradujprom P. Development of the psychological well-being scales. *Thai Journal of Nursing*. 2020; 69(2): 30-6. (In Thai)
29. Ryan RM & Deci EL. *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Publishing; 2017.
30. Sirinitiyaprapa V, Puengposop N, Junprasert T. Communication in conflict resolution of the generation Y Thai couples in Bangkok. *Journal of Behavioral Science for Development*. 2017; 9(2): 203-19. (In Thai)
31. Thongsuk Y, Vatanasin D & Hengudomsub P. Factors influencing psychological well-being among older adults. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2019; 33(1): 95-110. (In Thai)
32. Lhaosupab N, Monkong S & Sirapo-ngam Y. Effect of stress management program for relatives of critically ill patients on relatives' stress. *Ramathibodi Nurse Journal*. 2014; 20(1): 67-81. (In Thai)

การศึกษาการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ้น

A Study of Nursing Service Management of an Aob Aoon Nursing Community Clinic

วัลภา อรัญนะภูมิ* อารีวรรณ อ่วมตานี

Vanlapa Arannapoom* Areewan Oumtanee

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ้น โดยใช้เทคนิค EDRF กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 รอบ ดังนี้ รอบที่ 1 คือการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการบริการพยาบาล รอบที่ 2 คือ การวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อ และรอบที่ 3 คือการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่าการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ้น ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้บริการในคลินิก ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และบริการฟื้นฟูสภาพ 2) ด้านการให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 3) ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ประสานงานกับหน่วยบริการเครือข่ายระดับต่างๆ 4) ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย นำ application มาช่วยในกิจกรรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 5) ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ ประกอบด้วย วางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ และรายงานสถานการณ์การระบาด ซึ่งการจัดการบริการพยาบาลที่มีความชัดเจน เพื่อเป็นพื้นฐานในการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ้นที่มีมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การจัดการบริการพยาบาล, คลินิกพยาบาลชุมชน

Abstract

The research aims to study the nursing service management of AOB AOON Nursing Community Clinic using the Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) technique. The research respondents were 17 experts. The research method was divided into 3 rounds of data collection: Round 1, an interview on the nursing service management. Round 2, the data obtained from the interview were analyzed to develop a questionnaire for experts to estimate the trend and importance of the nursing service management. Round 3, the data from the 2nd round were calculated for the median and the interquartile range (IR) The findings of the research revealed that the study of the nursing service management model at AOB AOON Community Nursing Clinic consisted of 5 components as follows: 1) Service in the clinic includes providing health promotion and

Corresponding Author: *E-mail: areeday@yahoo.com

วันที่รับ (received) 7 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ต.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accept) 26 ต.ค. 2565

prevention service according to age group risk, primary care services and rehabilitation service 2) Service in the community includes providing home health care 3) Referral services for patients includes coordinating with other health care settings for transferring patients to receive appropriate treatment 4) Service provision through Information Technology includes giving health counselling and regular follow up via application, providing health education and keeping nurse notes with information technology systems 5) Prevention and infection control in community service includes planning, developing, implementing and evaluating infection prevention and control activities. These findings indicated that nursing activities of nursing service management of an Aob Aoon nursing community clinic as a basis for providing standardized nursing services and meeting the needs of service recipients.

Keyword: Nursing service management, Community Nursing Clinic

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2540 โดยได้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนชาวไทย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ¹ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยปัญหาในระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพพบว่า ปัญหาในการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมหลายประการ เช่น เกิดความแออัดของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล และระบบบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ² เป็นต้น ซึ่ง สปสช. ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และได้จัดตั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้แก่ประชาชน โดยใช้ชื่อว่า “เครือข่ายหน่วยบริการชุมชนอบอุ่น” และในปี พ.ศ. 2561 สปสช. ร่วมกับสภาการพยาบาลกำหนดให้มีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยบริการร่วมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการในระดับปฐมภูมิให้แก่ผู้รับบริการในชุมชนที่มีสิทธิบัตรทองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย³

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น คือ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล เริ่มดำเนินการนำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ณ ขณะนั้นมีคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์เข้าร่วม จำนวน 5 คลินิก โดยมี

ขอบเขตการให้บริการ ดังนี้ 1) สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ตามขอบเขตวิชาชีพ) เช่น การฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด การวางแผนครอบครัว เป็นต้น 2) ให้บริการผู้ป่วยนอก เช่น การสวนปัสสาวะ การทำแผล เป็นต้น และ 3) บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ³ แต่หากมีกิจกรรมบริการอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองตามอัตราที่คลินิกกำหนด⁴ จากที่กล่าวถึงขอบเขตการให้บริการ จะเห็นได้ว่าการให้บริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนี้ เป็นการแสดงถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการบริการพยาบาลให้แก่ชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชน และเติมเต็มช่องว่างระบบบริการสุขภาพให้สมบูรณ์มากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า พยาบาลระดับปฏิบัติการ มีการเปิดคลินิกพยาบาลเพื่อบริการสุขภาพเบื้องต้น เช่น ในประเทศสวีเดน⁵ ออสเตรเลีย⁶ และอังกฤษ⁷ ซึ่งประชาชนให้ความสนใจและเข้ารับบริการจำนวนมาก เนื่องจากคลินิกพยาบาลสร้างความพึงพอใจในบริการ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผล

จากการประเมินผลการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในระยะแรก ของสภาการพยาบาล⁴ พบว่า คลินิกให้บริการเกี่ยวกับ 1) การบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การทำแผล การตัดไหม และ 2) การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การคัดกรองมะเร็งเต้านม การตรวจสุขภาพ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การฉีดวัคซีน และการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งการให้บริการทั้งหมดตามขอบเขตการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น พบว่า การให้

บริการดังกล่าว เป็นเพียงการให้บริการบางส่วนของการบริการผู้ป่วยนอก และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนการให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ยังไม่มีการดำเนินการดังกล่าว นอกจากนี้ จากการประเมินผลของสภาการพยาบาล⁴นี้ พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้ให้สัมภาษณ์ว่า ขอบเขตการให้บริการเป็นการกำหนดกว้าง ๆ ไม่มีคู่มือในการให้บริการ โดยเฉพาะการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ จากปัญหาดังกล่าวพอสรุปได้ว่าการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน การให้บริการ และการประสานงานกับหน่วยบริการอื่นๆ เนื่องจากคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เน้นการบริการเชิงรับในคลินิก แต่ยังไม่มีการดำเนินการให้บริการเชิงรุกในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สอดคล้องกับนโยบายของ สปสช. และความต้องการของผู้รับบริการ และเตรียมพร้อมรองรับการขยายตัวของโครงการฯ ไปทั่วภูมิภาคของประเทศ ให้มีการจัดบริการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยในบริบทที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ไม่มีตำราหรือเอกสารใดๆกล่าวไว้ จึงใช้วิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDFR เพื่อศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นให้เกิดความชัดเจน และมีประสิทธิภาพในการให้บริการด้านสุขภาพ และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คำถามการวิจัย

การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ควรมีลักษณะอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR นี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ความคิดเห็น

ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ 1) ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ⁹ 2) การจัดบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขพื้นที่¹⁰ 3) การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ¹¹ และ 4) การจัดบริการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว¹² ที่นำบูรณาการเพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสร้างข้อคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDFR เพื่อศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) รวบรวมรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาล เจาะจงตามคุณสมบัติ ศึกษาจากประวัติความเชี่ยวชาญ ผลงานการวิจัย ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงาน ร่วมกับการบอกต่อของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Snowball sampling) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ 17 คน จำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย (Key Informants) ได้แก่

1. กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5 คน มีคุณสมบัติ คือ 1) มีวุฒิปริญญาโทขึ้นไปที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลศาสตร์/สาธารณสุขศาสตร์/วิทยาศาสตร์สุขภาพ และ 2) เป็นคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อย 1 ปี

2. กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น 5 คน มีคุณสมบัติ คือ 1) มีวุฒิปริญญาตรีทางการพยาบาลขึ้นไป 2) มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และ 3) เป็นผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อย 1 ปี

3. กลุ่มนิติกรที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข 3 คน มีคุณสมบัติ คือ 1) มีวุฒิปริญญาตรีขึ้นไป สาขาพยาบาลศาสตร์และ/หรือนิติศาสตร์/นิติบัณฑิต 2) มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งนิติกรของสปสช./สภาการพยาบาล อย่างน้อย 3 ปี

4. กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล จำนวน 4 คน มีคุณสมบัติ คือ 1) มีวุฒิปริญญาโทขึ้นไปในสาขาพยาบาลศาสตร์/บริหารการพยาบาล/สาธารณสุขศาสตร์ 2) เป็นอาจารย์หรือนักวิชาการที่มีประสบการณ์การสอนหรือการจัดบริการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี 3) มีผลงานวิชาการ/บทความที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลในระดับปฐมนุญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) จากประสบการณ์การของท่าน ท่านคิดว่าการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่ใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับปฐมนุญ และ 2) การจัดบริการในด้านดังกล่าว ควรมีกิจกรรมบริการย่อย อะไรบ้าง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้จากการนำข้อมูลการสัมภาษณ์ และคำตอบของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา โดยมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 69 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนมแนมความสำคัญ โดยมีคำถามคือ ท่านมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการพยาบาลนั้นมีความสำคัญระดับใดมากที่สุด-น้อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 69 ข้อ เช่นเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ โดยมีคำถามคือ ท่านมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการพยาบาลนั้นมีความสำคัญระดับใดมากที่สุด-น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จะแฝงอยู่ในกระบวนการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 17 คน โดยในระหว่างที่สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุป

สะสมข้อมูล (Cumulative summarization technique) คือ การสรุปทบทวนข้อมูลแต่ละช่วงของการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญฟังเป็นระยะๆ และผู้เชี่ยวชาญมีการปรับแก้สำนวนภาษา เพื่อให้มีความตรงตามเนื้อหา และมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) จากการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ หากยืนยันคำตอบเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่าข้อมูลมีความเที่ยงสูง⁸ ซึ่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3 ในการวิจัยครั้งนี้มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบร้อยละ 5.97 โดยคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เลขที่ 171.1/64 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการติดต่อผู้เชี่ยวชาญและขออนุญาตก่อนการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายทุกครั้ง พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ และผู้เชี่ยวชาญมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อที่ต้องการ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา พร้อมทั้งการจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเทปบันทึกเสียงและแบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ 17 คน จากนั้นจึงนัดหมาย โดยนำเอกสารแบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 และโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อให้ผู้เชี่ยวชาญศึกษาก่อน พร้อมทั้งนัดวันเวลา และสถานที่ที่จะสัมภาษณ์

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ภายหลังจาก

นัดหมายผู้เชี่ยวชาญ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลด้วยตนเอง แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกสัมภาษณ์ผ่าน Zoom application 8 คน สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 2 คน สัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า 5 คน และขอตอบแบบสัมภาษณ์ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ 2 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาถอดข้อความแบบคำต่อคำ และนำข้อมูลจากการคำตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำมาจัดกลุ่ม (Category) เนื้อหาเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม คำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์แต่ละข้อคำถาม ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป แสดงถึงรายชื่อนั้นมีระดับความสำคัญมาก และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าเท่ากับ 1.50 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการให้บริการในคลินิก ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

1) บริการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพวัยต่างๆ ได้แก่ วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ และ บริการการผดุงครรภ์

2) บริการป้องกันโรค โดยบริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย ได้แก่ วัยทารก วัยหัดเดิน-วัยเรียน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และ วัยสูงอายุ

3) บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย บริการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุ การเจ็บป่วย การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่ง

การรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น และ บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ 2564

4) บริการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการเจ็บป่วย ฟื้นฟูสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล และสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รวมถึงสอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย กิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย และกลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความพิการรุนแรง

3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกินขีดความสามารถในการดูแล ประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการรักษา เมื่อประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย ประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหา ไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ประสานงานกับแหล่งชุมชนต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นได้เหมาะสม และ ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง

4. ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็นการเยี่ยมปกติที่บ้าน ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code และ เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ ประกอบด้วย วางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่

กระจายเชื้อในชุมชน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และ รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19, ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย ด้านการให้บริการในคลินิก การให้บริการในชุมชน ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ ซึ่งเห็นได้ว่าการจัดบริการดังกล่าวเป็นการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน สอดคล้องกับสภาการพยาบาล ที่กล่าวว่าคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีการให้บริการการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น พันฟูสภาพ รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ ซึ่งกระทำภายใต้ขอบข่ายสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการในระดับปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง อันจะส่งผลให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้รับบริการ จึงขออภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ด้านการให้บริการในคลินิก

ด้านย่อยที่ 1 บริการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ วัยเด็ก เช่น บริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EPI) แก่เด็กแต่ละวัย เป็นต้น วัยผู้ใหญ่ เช่น การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก เป็นต้น วัยสูงอายุ เช่น การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น และบริการการผดุงครรภ์ เช่น การดูแลก่อนการตั้งครรภ์ บริการให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัว และบริการฝากครรภ์ (ANC) บริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อธิบายได้ว่า องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ถือได้ว่าเป็นบริการด้านแรกในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนและเป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดี¹⁴ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อให้บรรลุซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์¹⁵

ด้านย่อยที่ 2 บริการป้องกันโรค โดยบริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย ได้แก่ 1) วัยทารก เช่น วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นต้น 2) วัยหัดเดิน-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นต้น 3) วัยรุ่น เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา เป็นต้น 4) วัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เป็นต้น และ 5) วัยสูงอายุ เช่น การปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก เป็นต้น อธิบายได้ว่า การป้องกันโรค เป็นบริการพื้นฐานของทุกกลุ่มวัยในระดับปฐมภูมิ ซึ่งสภาการพยาบาลกำหนดลักษณะการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ให้มีการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์⁴

ด้านย่อยที่ 3 บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 โดยมีบริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย บริการการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย และ บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ อธิบายได้ว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย พบว่า พยาบาลจะมีบทบาทรับผิดชอบงานการรักษาเบื้องต้นของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากที่สุด เนื่องจากพยาบาลมีศักยภาพในการให้บริการเพื่อแก้ปัญหาแก่ผู้รับบริการเป็นพื้นฐานได้¹⁶ ดังนั้น กิจกรรมของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงต้องครอบคลุมทั้งการให้บริการรักษาโรค, ปัญหาสุขภาพ และการเจ็บป่วยเบื้องต้น ซึ่งสภาการพยาบาล¹⁷ ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ว่าสามารถตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาโรคและให้ยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค บรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลามของโรค และการปฐมพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

ด้านย่อยที่ 4 บริการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค โรคประจำตัวที่มีผลต่อความพิการ/การเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล และการสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสอนผู้ดูแลและ

ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง อธิบายได้ว่า การฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความพิการหรือมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการตามศักยภาพสูงสุดที่จะเอื้ออำนวย การที่ผู้รับบริการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันและลดความพิการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁸ โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้แก่ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสภาพ ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ³

2. ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต. / ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ **1) กลุ่มสุขภาพดี** เน้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้การวางแผนครอบครัว เนื่องจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่เพียงแต่ให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องให้บริการแก่ผู้ที่สุขภาพดีด้วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน¹⁹ **2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน** โดยติดตามการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น ติดตามการเลี้ยงดูบุตร และส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ซึ่งจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการบริการกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยระบุว่าต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ จนกระทั่งได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร เพื่อส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างสมวัย²⁰ ซึ่งการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและตายของมารดาและทารก ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ²¹ **3) กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้** อธิบายได้ว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และพบแนวโน้มปัญหาของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงขึ้นทุกปี โดยโรคเรื้อรังมีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ หากได้รับการปรับเปลี่ยนจะช่วยลดเกิดโรคได้ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น²² ทั้งนี้

สภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น³ โดยมีบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลนอกคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น **4) กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการรู้ความสามารถเล็กน้อย** อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ดูแลต้องได้รับการสอนและสาธิตการดูแลในกิจกรรมต่างๆ²⁵ ดังนั้น พยาบาลมีส่วนช่วยดูแลโดยการเยี่ยมบ้านเชิงรุก มีหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ให้ข้อมูล คอยกระตุ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม²⁶ รวมถึงมีการประสานงานวิชาชีพอื่น และชุมชน เพื่อลดสภาพการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ **5) กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง** อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการกลุ่มนี้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด อยู่ในภาวะนอนติดเตียง ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแล จึงต้องได้รับการสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแล ซึ่งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง จะช่วยให้ครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ เกิดการฟื้นตัวและหายเร็วขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁴

3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) การประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกิดขีดความสามารถในการดูแล อธิบายได้ว่า หากเกินขีดความสามารถในการดูแลเบื้องต้นของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ต้องมีการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ²⁵ กำหนดให้ระบบบริการปฐมภูมิ ต้องมีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว เมื่อหน่วยบริการไม่สามารถดูแลได้เอง ทั้งด้านการส่งต่อข้อมูล หรือส่งต่อผู้รับบริการไปยังทีมสหวิชาชีพภายในเครือข่าย หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้รับบริการ **2) การประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการบำบัด** เมื่อประเมินผู้ป่วยพบว่า มีภาวะซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจต้องได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐานโดยผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น เมื่อพยาบาลชุมชนอบอุ่นพบผู้ป่วยดังกล่าว จึงต้องส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพจิต และจิตเวช เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป อธิบายได้ว่า พยาบาลชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร

พยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สามารถดูแลผู้ป่วยทั่วไปได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ หากผู้รับบริการที่มีอาการเจ็บป่วยเฉพาะทางจึงจำเป็นต้องดำเนินการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีความเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม³ 3) การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหา ไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับแหล่งชุมชนต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสม อธิบายได้ว่า การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนนั้นจะต้องมีการประสานงานร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น และเครือข่ายในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมถึงการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสานมีบริการต่อเนื่อง และติดตามผลการให้บริการ²⁶ 4) การประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการให้บริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีการเชื่อมโยงการดูแลและการส่งต่อ ผู้รับบริการกับหน่วยบริการร่วมอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้น การทำงานจึงต้องมีการประสานงานกัน โดยเฉพาะข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ เพื่อเครือข่ายจะได้นำมาจัดทำแผนการดูแล และกำกับติดตามประเมินผล การประสานการดูแลกับทีมทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ และนำผลการประเมินมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง²⁷

4. ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ

สำหรับการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วยกิจกรรม การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น การให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งแรกพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน ส่วนการเยี่ยมครั้งต่อไปสามารถส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code อธิบายได้ว่า การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการให้บริการ ช่วยอำนวยความสะดวกในการบริการ ด้วยช่องทางการติดต่อสื่อสารหลายทางที่สะดวกและรวดเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์ โลก เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลยุคไทยแลนด์ 4.0 ต้องสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีนวัตกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมาให้บริการตั้งแต่ก่อนเยี่ยม ขณะเยี่ยม และหลังเยี่ยม เพื่อให้การเยี่ยมบ้านเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้รับบริการ²⁸

5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ ประกอบด้วยกิจกรรมการวางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ การสอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ การเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน การติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และ รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19, ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เนื่องจากประเทศไทยได้ประกาศโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เพื่อยกระดับในการเฝ้าระวังป้องกันโรค ควบคุมโรค และสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน²⁹ ทั้งนี้ พยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการป้องกัน และควบคุมการระบาดของ COVID-19 ในชุมชน เช่น สร้างความตระหนักให้ประชาชนเฝ้าระวังการแพร่ระบาด เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลสามารถใช้ทักษะการประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานทุกฝ่ายทุกระดับในการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การประสานสถานที่กักกันตัว การส่งต่อ เป็นต้น³⁰

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการให้บริการชุมชน ที่มีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเข้าเป็นสมาชิกของเครือข่ายสุขภาพฯ ของสปสข. และสภาการพยาบาล
2. เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือให้เหมาะสมกับบริบทการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นของสปสข. และสภาการพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการจัดอบรมพยาบาลที่ให้บริการในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นของสภาการพยาบาล

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้รับบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

References

1. Wibulpolprasert S. Thai public health 1997-1998 . Bangkok 1999. (in Thai)
2. Chunharas S. Health Service Delivery Systems VS Health Insurance Systems : Problems and Recommendation for Development. Health Systems Research Institute 2006. (in Thai)
3. Nursing and Midwifery Council. Newsletter of the Nursing Council. January-February. 2020. (in Thai)
4. Nursing and Midwifery Council. Report of a project to monitor, supervise and evaluate nursing and midwifery clinics that are co-service units in the National Health Security System. Bangkok: Council of Nursing 2020. (in Thai)
5. Nymberg, P., & Drevenhorn, E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. 2016;30(20):349.
6. Hakanson, C., Douglas, C., Robertson, J., & Lester, L. Evaluation of a rural nurse-led clinic for female sexual dysfunction. Australian Journal of Rural Health.2019;22(1)33-9.
7. Banks, J., Sharp, D., Hunt, L., Shield, J. Evaluating the transferability of a hospital- based childhood obesity clinic in primary care: A randomized controlled trial. British Journal of Genetal Practice 2012;62(594):e6-12.
8. Poolpatarachewin J. Futures Research. Bangkok 2016. (in Thai)
9. Srisupan W, Sujchaya P, Nantabut K & Hattakij A. Nurses and the Health Service System at Primary Care level. Thailand Nursing and Midwife Council 2003. (in Thai)
10. Warachit P. Handbook for management Tambon health promoting hospital. Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health 2012. (in Thai)
11. Thai Government Gazette. Act of the Primary Health System B.E. 2562, 2019;136. (in Thai)
12. Nursing Division. Guidelines for providing nursing services in primary care cluster. 2018. (in Thai)
13. Linstone, H. A., & Turoff, M. The Delphi method: Technique and application. Massachusetts: Addison-Wesley. 1975.
14. World Health Organization. Declaration of Alma Ata, international conference on primary health care 1978.
15. Chaichana J. & Prachusilpa G. A Study of Professional Nurse Roles in Sub-District Health Promotion Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(supp)193-202. (in Thai)
16. Chanprasert S., et al. The study of the roles and responsibilities of nurses in driving the primary health care system. Research Report on the Roles and Responsibilities of Nurses in Driving Primary Health Care Systems. 2019. (in Thai)
17. Nursing Council. Operational missions of nurses in the Primary Care Cluster. 2017. (in Thai)
18. Association of Rehabilitation Medicine of Thailand. Development of care for rehabilitation patients (Subacute Rehabilitation) and remove the operating lessons. under the Ministry of Public Health 2016. (in Thai)
19. Sereewitchayasawat N. & Sriprasarn P. The roles of home health care nurse in the university hospital. Journal of Public Health Nursing 2016;28(2):92-108.
20. Ministry of public health. Strategy and planning of primary care service 4.0 (2017-2036). 2016. (in Thai)
21. Crum K. Nursing care during the fourth trimester. In: Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal and child nursing care. 8th ed. Maryland Heighte, M: Mosby Elsever 2010;392-437.

22. Phongphetdit B. Participatory community-based in promoting self-care of patients with chronic diseases to prevent Stroke. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2018; 29(2):2-11. (in Thai)
23. Prasarithikom W. Home Health Care Concept. In Documentation of training workshops on nursing patients and families 2014. (in Thai)
24. Chaikongkiat, P., Hasamoh, M., Somjaree, C., Dumrongseri, P., Rachakun, W., & Mearnrak, K. The Home Health Care Model of District Health Promotion Hospitals in Yala Province. Princess of Naradhiwas University Journal. 2016;8(3):27-40. (in Thai)
25. Department of Health Service Support. Primary Care Award: PCA. Bangkok Office Of National Buddhism Press 2009. (in Thai)
26. Sasipuminrit K. A study of the primary health care units' readiness in the networks for network operation. [Master's thesis]. Chulalongkorn University Intellectual Repository 2016.
27. Nursing Council. Operational missions of nurses in the Primary Care Cluster. 2017. (in Thai)
28. Intahphuak S. and Tipwareerom W. Home visit: Community nurses in Thailand 4.0 era. Journal of Nursing Science & Health. 2019; 42(4):140-8. (in Thai)
29. Prutipinyo C. Surveillance, prevention, and control measures of COVID-19 pandemic. Public Health Policy and Laws Journal. 2020;6(2): 467-85. (in Thai)
30. Pattarateeranon P, Sriyoha N, Sreeprasarn P, & Saowanee R. Role of community nurses in health promotion and prevention of coronavirus 2019 pandemic in 8 community responsible area, Ramathibodi Hospital. Thai Journal of Health Education 2021;44(1): 1-11. (in Thai)

การพัฒนาแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็ก ก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of a Management for The Prevention of Non - Communicable
Diseases in Preschool Children Risk Group Among Care Giver Through
Community Participation in Warinchumrab District, Ubonratchathani Province

นาฏอนงค์ แผงพงษ์ ธมกร เจริญฤทธิ์เดช*

Natanong Feangphong Thamakorn Thienphuridej*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190

Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1. ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนไม่เพียงพอ ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพไม่เหมาะสม และต้องการที่จะเรียนรู้แนวทางในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2. กลวิธีในการพัฒนาแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียน 2) สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ และ 4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3. ผลการดำเนินการ ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมเหมาะสมขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังการพัฒนาได้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทในชุมชน

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, เด็กก่อนวัยเรียน, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้ดูแล

Abstract

The objective of this action research was to develop guidelines for the prevention of non-communicable diseases in preschool children risk group among care giver through community. The target group consisted of 24 care giver children in the non-communicable diseases risk group, six village health volunteers and two officials from Health Promoting Hospital. The situation analysis. The tools used in this research interviews, in-depth interview and discussion group guidelines and the record of the observation of the participation in the activities. Content analysis was employed to analyze qualitative data and descriptive statistics were used to analyze quantitative data.

The study results revealed: 1. The situation analysis of the risk of preschool care giver children group included low knowledge of non-communicable diseases in preschool children and self-efficacy and inappropriate health care behavior. 2. The brainstorming meeting was held for planning development of practice guideline for prevention of non-communicable diseases preschool children risk group among care giver through community participation. The guideline was as follows: 1) improve knowledge of non-communicable diseases, 2) improve self-efficacy, 3) organize activities to improve health care behaviors, 4) having home visits and follow-up through the social network 3. The result after the development: the risk of preschool care giver children group, s knowledge, self-efficacy and health care behaviors were increased significantly ($p < .05$). An effective model for the prevention of non-communicable diseases preschool children risk group among care giver in community was developed.

keywords: non-communicable diseases risk group, pre-school children, community participation, caregivers

บทนำ

โรค NCDs (Non-communicable chronic disease) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่กลุ่มโรคหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็ง นับเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในคนไทย ซึ่งองค์การอนามัยโลกทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจจำนวน 23 ล้านคน¹

โรค NCDs มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคหลายด้าน ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งมีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุลระหว่างการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เช่น การบริโภคหวาน มัน เค็ม การรับประทานผัก ผลไม้ไม่เพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เป็นต้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร การขยายตัวของสังคมเมือง เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลต่อวิถีชีวิตและ

ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระยะของการแฝงตัวนานก่อนการเกิดโรคอาจเริ่มต้นระยะแฝงตัวของการเกิดโรคตั้งแต่วัยเด็กเด็กที่มีภาวะอ้วนเป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความผิดปกติของระดับไขมันในหลอดเลือดและความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น ซึ่งมีปัจจัยร่วมกันหลายประการ เช่น น้ำหนักแรกเกิด โรคทางพันธุกรรมบางอย่าง ประวัติอ้วนในครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การออกกำลังกายไม่เพียงพอ เป็นต้น²

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นตัวแปรที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่ดีขึ้น³ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล หากการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ย่อมแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลตามสภาพการณ์นั้นๆ อาจกล่าวได้ว่า หากเราเชื่อว่าเรามีความสามารถเราย่อมแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา บุคคลที่เชื่อว่า

ตนเองมีความสามารถจะมีความมุ่งมั่นอดทน ไม่ท้อถอยและ
ในที่สุดจะประสบความสำเร็จ

ข้อมูลจากรายงานสถิติประจำปี ด้านภาวะ
โภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนใน พ.ศ. 2561-2563 คือ
ร้อยละ 8, 8 และ 10 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า เด็กก่อนวัยเรียน
ที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็น
กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตต่อไป การจัดการ
และการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง
จึงเป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานด้านสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย
และประชาชนในชุมชนต้องให้ความสำคัญในการจัดการกับ
ปัญหานี้อย่างจริงจัง เพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ และเป็นสาเหตุ
สำคัญของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁴

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับ
ความรู้ ทักษะและความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยและการเลี้ยงดู
ของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{4,5} แต่การศึกษา
เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบ
มีส่วนร่วมของชุมชนยังมีอย่างจำกัด นอกจากนั้นข้อมูล
สถานการณ์เบื้องต้นในพื้นที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน
ส่วนใหญ่ที่ขาดความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังของเด็กก่อนวัยเรียน บางส่วนมีพฤติกรรม
เลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพไม่เหมาะสมหลายประการ เช่น การให้
เด็กรับประทานขนมขบเคี้ยว เครื่องดื่มรสหวาน การปรุงรสชาติ
อาหารหวาน มัน เค็มจัดตามที่เด็กชอบ เป็นต้น นอกจากนั้น
ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนและผู้นำชุมชนมีความสนใจและต้อง
การเรียนรู้ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเด็ก
ก่อนวัยเรียนก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา รวมทั้ง
หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่มีรูปแบบในการป้องกัน
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากการ
มีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างชัดเจน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบ
การจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็ก
ก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีการรับ
รู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และมีการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม
และชุมชนได้เป็นผู้ร่วมรับรู้สถานการณ์ ปัญหา และนำไปสู่การ
มีส่วนร่วมในการวางแผน การพัฒนา การติดตามและการ

ประเมินผลด้วยตัวของชุมชนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็ง
และการพัฒนาด้านสุขภาพในชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้อง
กับบริบทพื้นที่ ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนเจริญเติบโตสมวัย
มีพัฒนาการและสุขภาพที่ดีต่อไปอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ
ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษากฎวิธีและรูปแบบการจัดการป้องกันการ
เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของ
ผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการ
ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียน
กลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ
มีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)
โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
(Self-efficacy)³ มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
คือ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (Situation
Analysis) วางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแล
(Planning: P) ปฏิบัติตามแผน (Action: A) การสังเกต
(Observation: O) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection: R) พื้นที่
ที่ศึกษาเป็นหมู่บ้านชุมชนเมืองกึ่งเกษตรกรรม จำนวน 1
หมู่บ้าน ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่พบเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังจำนวนมากที่สุด ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน
2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 โดยเลือกกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการ
วิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 32 คน
ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 24 คน โดยมีคุณสมบัติในการเลือก
คือผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2-5 ปี) ที่เด็กมีภาวะอ้วน
โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เมื่อเทียบกับกราฟ
แสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง
สำหรับเด็กแรกเกิด - 5 ปี ของกรมอนามัย พ.ศ.2558 ที่มีค่า
มากกว่า 1.5 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+1.5 S.D.)⁶ และ
เด็กไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ เป็นผู้
ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลเมืองศรีไค

มานานกว่า 5 ปี โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก มีบทบาทหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการ สื่อสารภาษาไทยได้ และเป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแล้วพบว่า เป็นกลุ่มผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 8 คน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ดูแล 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเลี้ยงดูด้านโภชนาการ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ หากตอบใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบไม่ใช่, ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น 7 สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดค่า (rating scale) โดยคำตอบเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด จนถึง ไม่มีความมั่นใจเลยว่าจะปฏิบัติได้ การแปลผลคะแนนที่ใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับโดยคิดค่าคะแนนจาก $\bar{X} (3.19) \pm SD (0.64)^a$ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองมาก การรับรู้ความสามารถของตนเองปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดูแล ข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ โดยคำตอบเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ จนถึง ไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลคะแนนที่ใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับโดยคิดค่าคะแนนจาก $\bar{X} + SD (2.37) \pm SD (0.58)$ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมเหมาะสมมาก พฤติกรรมเหมาะสม พฤติกรรมไม่เหมาะสม ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในประเด็นสถานการณ์ปัญหาและการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ชุดที่ 3 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในประเด็นการดูแลการจัดการด้านสุขภาพและความต้องการของชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมในการร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกกระบวนการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำมาหาความเชื่อมั่นพบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิเคราะห์โดยใช้คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) KR-20 เท่ากับ .82 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหารและพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2565 เลขที่ UBU-REC--37/2565 โดยได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทั้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (t-test) มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ (normal distribution) โดยพิจารณาจากค่าสถิติชาปิโร-วิลค์ (Shapiro-wilk test) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ดูแล ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามระเบียบวิธีวิจัย
เชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การใช้แนวคิดทฤษฎีและ
กระบวนการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ให้ครบ
ทุกประเด็น 2) การตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจเชื่อถือได้
3) การจัดบันทึกและการทำดัชนีข้อมูล 4) การสรุปชั่วคราวและ
การกำจัดข้อมูล 5) การสร้างบทสรุป

**ขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน
ดังนี้**

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความ
ต้องการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Situation Analysis)
ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) การสัมภาษณ์
และสนทนากลุ่มในผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 24 คน เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมความเสี่ยงด้าน
สุขภาพ ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที และการสนทนากลุ่ม
ร่วมกัน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก
ในเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที
และ 3) การสนทนากลุ่มในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านจำนวน 6 คน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการ
ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของ
ผู้ดูแล (Planning: P) วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มผู้ร่วม
ดำเนินการวิจัยได้รับการสะท้อนผลการศึกษาและการคืน
ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจากการศึกษา
ในขั้นตอนที่ 1 โดยใช้ระยะเวลา 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ซึ่งในการประชุมจะประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กก่อนวัย
เรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 24 คน อสม. 6 คน เจ้าหน้าที่
รพ.สต. 2 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผล
การศึกษาศถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน
จากนั้นกระตุ้นให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยร่วมกันสรุปประเด็น
ปัญหา ร่วมกันเสนอความคิดเห็นในการวางแผนกำหนดรูปแบบ
ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง
ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผนงาน (Action: A)
การดำเนินการตามแผนงานโดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ใช้ระยะ
เวลา 20 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตประเมินผล (Observation:
O) ดำเนินการติดตามประเมินผลจากการสังเกตในทุก
กระบวนการของการวิจัย โดยใช้แบบบันทึกการสังเกต

พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง รวมทั้งผลลัพธ์จากการพัฒนาความรู้ การรับรู้ความ
สามารถของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงด้าน
สุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 5 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection: R)
โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติว่ากิจกรรมใดที่ได้รับการพัฒนา
เป็นไปตามแผนที่วางไว้ และกิจกรรมใดที่ต้องได้รับการปรับปรุง
แก้ไข เพื่อส่งต่อข้อมูลให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา ความต้องการในการป้องกัน
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 24 คน
พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 42 ปี เกือบครึ่งหนึ่ง
เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดา ร้อยละ 45.8 จบการศึกษาระดับ
มัธยมศึกษา ร้อยละ 65.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและ
รับจ้าง ร้อยละ 29.2 รองลงมาเป็นข้าราชการหรือพนักงาน
รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยทุกคนรวมกัน
ในครอบครัว 20,001 – 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.8
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 83.4 ประเด็นที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือ เครื่องดื่มรส
หวาน เช่น โอวัลตินเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น ทำให้เด็ก
ได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกาย (ร้อยละ 8.3)
รองลงมา คือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะมีการดำเนินโรคอย่าง
ช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรค
แล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรค (ร้อยละ 33.3) ด้านการรับรู้
ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.81 (SD = .60) ประเด็นที่อยู่ในระดับต่ำคือ ท่านมี
ความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลให้เด็กกินอาหารประเภทผลไม้
วันละ 3 ส่วน เช่น กล้วยน้ำว้า 1 ผลกลาง ส้มเขียวหวาน
2 ผลกลาง ฝรั่ง ½ ผลกลาง เป็นต้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42
(SD = .50) ด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพในเด็กก่อนวัย
เรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดูแล โดยรวมพฤติกรรม
เหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 (SD = .60) ประเด็นที่พฤติกรรม
ไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ ท่านซื้อหาขนมขบเคี้ยว เช่น
ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ เป็นต้น ให้กับเด็ก
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .87 (SD = .34)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน

ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลเด็กด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการเล่นของเด็กด้านสุขภาพไม่เหมาะสม และมีความต้องการที่จะเรียนรู้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังคำพูดของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ว่า “แม่ก็รู้ว่าจะทำให้ลูกกินผัก กินนมได้มัย เค้กกินยาก ชอบกินแต่นม” (FG-01-006) “ยายเคยให้เค้กกินมัยจึ้นนะ แต่เค้กไม่กิน บอกว่ามันจืดไม่อร่อย” (FG-01-012) “แม่ไม่รู้ว่าเปลี่ยนได้แคไหนเหมือนกัน โรคนี้แม่ก็ไม่ค่อยรู้จัก” (FG-01-021) สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเล่นเด็กด้านโภชนาการ “เด็กๆ ชอบกินขนม น้ำอัดลม เลยอดที่จะซื้อให้ไม่ได้ละ” (FG-01-002) “ผลไม้ไม่ค่อยได้ซื้อหรอกคะ เค้กไม่ค่อยกินคะ บังคับก็ไม่กิน” (FG-01-014) “ที่บ้านยายกินหมูย่าง หมูกระทะบ่อย หลานชอบ” (FG-01-024) สะท้อนถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการจัดหาอาหารและดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหาร นอกจากนั้นจากการสนทนากลุ่มในกลุ่ม อสม. และการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบว่าในชุมชนยังไม่ได้มีการดำเนินการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนที่ชัดเจน การดูแลและการจัดการด้านสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งไปที่กลุ่มผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะอ้วน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีเท่านั้น อีกทั้งผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงมีความต้องการในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวด้วย

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วม มีวิธีการและรูปแบบซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

2.1 กิจกรรมพัฒนาความรู้ โดยเพิ่มความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจและสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำไปสู่การตัดสินใจในปฏิบัติการเลี้ยงดูด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง มีรูปแบบกิจกรรมดังนี้ 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมดังนี้ ทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการอบรมเพื่อประเมินความรู้ กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม และการระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ไขตามใบงานการเรียนรู้ที่มอบหมาย และกิจกรรมการเรียนรู้ตามฐานเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ของผู้ดูแล 2) การสร้างความตระหนักโดยการให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเรียนรู้จากเรื่องเล่าของผู้ดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมการร่วมสะท้อนคิดจากการเรียนรู้

2.2 กิจกรรมพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองในผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จในการป้องกันโรค ได้แก่ กิจกรรมโภชนาการดี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกิจกรรมในการเรียนรู้ธงโภชนาการและอาหารทดแทน และเรียนรู้ในการเลือกเมนูอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อแนะนำ “สัดส่วน” “ปริมาณ” และ “ความหลากหลาย” ของอาหาร โดยกิจกรรมมีเมนูอาหารทั้งหมด 8 เมนู และมีเพียง 4 เมนูที่เหมาะสมกับเด็กกลุ่มเสี่ยง และให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงเลือกเมนูอาหารที่คิดว่าเหมาะสมเด็กกลุ่มเสี่ยงของตนเอง พร้อมทั้งบอกเหตุผล หลังจากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ “สัดส่วน” “ปริมาณ” และ “ความหลากหลาย” ของอาหารที่มีผลต่อความต้องการของร่างกายใน 1 วัน 2) กิจกรรมนำเสนอตัวแบบคือ กิจกรรมลดเสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนำผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านสุขภาพที่เหมาะสมมาเล่าประสบการณ์การเล่นดูเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้เหมือนตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงรู้สึกจะสามารถปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการสร้างบรรยากาศให้เป็นไปอย่างผ่อนคลายเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงรู้สึกอยากร่วมกิจกรรม

2.3 กิจกรรมส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน ได้แก่ การเลือกซื้อหาอาหาร การจัดเตรียมอาหาร การประกอบอาหาร การดูแลเด็กให้รับประทานและปลูกฝังสุขลักษณะนิสัยการกินที่ดี รวมถึงการดูแลให้เด็กมีพฤติกรรมทางกาย โดยก่อนเริ่มกิจกรรมมีการกำหนดเป้าหมายและการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอสม. โดยมีทีม อสม.เป็นผู้ติดตามและเป็นผู้เสริมกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านสุขภาพเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

2.4 การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่
รพ.สต. และอสม. เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนช่วยเหลือ
ในการปฏิบัติกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง
เด็กด้านสุขภาพที่บ้าน

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหาร
จัดการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ดูแลเด็กก่อน

วัยเรียนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ได้ดำเนินการติดตามและประเมินผลทั้งในระหว่างดำเนินการ
การและภายหลังเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการ โดยมีผลการวิจัย
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพเด็กก่อน
วัยเรียนของผู้ดูแลก่อนและหลังการพัฒนา (n = 24)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา Mean (SD.)	ระดับ	หลังการพัฒนา Mean (SD.)	ระดับ	t	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	.59 (.09)	ปานกลาง	.89 (.06)	สูง	12.71	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.81 (.31)	น้อย	3.72 (.26)	ปานกลาง	9.40	.000
พฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ	1.46 (.14)	เหมาะสม	2.53 (.10)	เหมาะสมมาก	8.07	.000

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและ
หลังการพัฒนาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงภายหลัง
การพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนา
อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .59 หลังการพัฒนา
อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .89 ซึ่งระดับความรู้เพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.71, p < .05$)

2) การรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลัง
การพัฒนาพบว่า โดยรวมผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้
ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) อยู่ในระดับ ค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.81 ภายหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t = 9.40, p < .05$)

3) พฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพเด็กก่อนวัย
เรียนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง
ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรม
ก่อนการพัฒนาเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ภายหลังการพัฒนา
พบเหมาะสมเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ซึ่งเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.07, p < .05$)

การพัฒนาแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชน เกิดขึ้นจากความร่วมมือของกลุ่มผู้ร่วม

ดำเนินการวิจัยในการมองสถานการณ์ปัญหาร่วมกัน ระดม
ความคิดและออกแบบวางแผนการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม สอดคล้อง
ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม สอดคล้อง
กับบริบทและตรงตามความต้องการของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน
กลุ่มเสี่ยงและชุมชนอย่างแท้จริง เกิดการมีส่วนร่วมในการรับรู้
และเข้าใจสถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต
การติดตามและประเมินผล เพื่อสะท้อนผลการพัฒนาปรับปรุง
และสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการแก้ไขปัญหาอย่าง
สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁹ ซึ่งมุ่งเน้น
การบูรณาการปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานหรือสถานการณ์
ปัญหาที่พบเป็นประจำให้ดียิ่งขึ้น โดยการนำสถานการณ์ที่เกิด
ขึ้นมาวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกัน ใช้แนวคิดทางทฤษฎีและ
ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในการเสาะหาข้อมูล
วางแผนและวิธีการในการที่จะแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม และสะท้อนวิธี
การดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น
ซึ่งเป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอนในรูปแบบวงจร
รูปเกลียวในการพัฒนา

การพัฒนาแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลโดยการ
มีส่วนร่วมของชุมชน มีการดำเนินการจนได้รูปแบบของกิจกรรม
ดังนี้ 1) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง ประกอบด้วย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการสร้างความตระหนักรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์และบุคคลตัวอย่าง 2) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การนำเสนอตัวแบบการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงเกิดความมั่นใจรู้สึกรู้ว่าสามารถปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ และการกระตุ้นทางอารมณ์ร่วมด้วย 3) ส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การจัดทําอาหาร การดูแลให้รับประทานอาหาร และการเพิ่มกิจกรรมทางกาย 4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย การสื่อสารและการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีม อสม.ในหมู่บ้าน และเครือข่ายการติดตามประเมินผลการเลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพที่บ้าน

ผลที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการจัดการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาจากระดับปานกลางเป็นสูง 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จากเดิมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงได้ผ่านกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 กิจกรรมหลัก จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura โดยกิจกรรมการนำเสนอตัวแบบเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นและเสริมแรงทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นในการพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ 3) พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านสุขภาพ ภายหลังการพัฒนาเหมาะสมมากขึ้น โดยผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูด้านสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง ผ่านรูปแบบและกิจกรรมการพัฒนาร่วมกันของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงและชุมชน อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ในบางครั้งจะประสบปัญหาในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กด้านสุขภาพ แต่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเครือข่ายในชุมชนจึงทำให้กิจกรรมต่างๆ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำการวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาการเลี้ยงดูด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงในบริบทพื้นที่อื่น ๆ ของชุมชนอีสานที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลกระทบต่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะนำไปสู่การมีรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของสังคมแต่ละพื้นที่

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Research plan for prevention and control of diseases and health threats. 2019-2021. Bangkok; Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2019. (in Thai)
2. Non-communicable diseases research unit Health Science Research Institute. A study of risk factors during pregnancy and the first year of life with metabolic syndrome and vascular disease in a 30-year follow-up study. Retrieved 24 September 2021.
3. Bandura, A. Self-efficacy. In the corsini encyclopedia of psychology (4ed). Hoboken, New jersey: John Wiley & Son; 2010.
4. Sukdee S, Ittarakamhang U, Duangjan P. Health Behaviors of Non-Communicable Disease Risk Groups by Participatory Process in Community Knowledge Management in Bang Kluea Subdistrict Chachoengsao Province. Journal of Health Education. 2017; 40(1). 38-52.

5. Thienpuridej T, Samekhumhom D, Wanngamwiset S. Factors influencing nutritional status of pre-school age children development centers in subdistrict municipality Mueang Si Khai subdistrict Warinchamrab district, Ubonratchathani province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 23(3). 149-57. (in Thai)
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Implementation of the World Health Organization Growth Standards 2006 in children from birth to 5 years. Bangkok; Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2015. (in Thai)
7. Best JW. Research in education. New jersey. Prentice-Hall; 1977.
8. Best JW. Research in education. New jersey. Prentice-Hall; 1981.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer 3rded. Victoria. Deakin university; 1988. Polit, D.F., & Beck, C. T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

The Effectiveness of an Exercise Promoting Program for Prediabetic Older Adults in Mueang Loei District, Loei Province

นิตยา มลอยู่พะเนา¹ สุทธิพร มุลศาสตร์^{*1} กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา²
Nittaya Molyoopenao¹ Sutteeporn Moolsart^{*1} Kitsanaporn Tipkanjanaraykha²

¹มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

¹Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

²มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี 12110

²Rajamangala University of Technology Thanyaburi 12110

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง วัดจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุต่อแรงงูใจ พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล. และไม่ออกกำลังกาย 70 คน สุ่มแบบง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองของเดซีและไรอันกิจกรรม ได้แก่ อบรมเชิงปฏิบัติการและรำเซิ้งผีตาโชน ติดตามด้วยนาฬิกาอัจฉริยะและสมุดบันทึกสุขภาพ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ และ 2) แบบสอบถามแรงงูใจและพฤติกรรมการออกกำลังกาย (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .96 และ .91) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ t-test, Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signs ranked test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแรงงูใจและพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โปรแกรมเหมาะกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เพื่อสร้างแรงงูใจและพฤติกรรมออกกำลังกาย ลดน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, การออกกำลังกาย, ผู้สูงอายุ

Abstract

The study's design was a two-group pretest-posttest quasi-experiment. The samples included elderly prediabetic people who had blood sugar levels between 100 and 125 mg/dl and did not exercise. The samples were chosen at random and divided into two groups of 35 each—one was used as the experimental group and the other as the control group. The research instruments consisted of 1) the program for prediabetic older individuals that encourages activity by utilizing Deci and Ryan's theory. A workshop and

Corresponding Author: *E-mail: sutteeporn@yahoo.com

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

วันที่รับ (received) 10 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 มิ.ย. 2566

a Phi Ta Khon traditional folkdance workout made up the activities. The course lasted for ten weeks; a manual for a fitness program for older people with prediabetes; a smart watch for monitoring heart rate while exercising; a health notebook; and 2) questionnaires on exercise behavior and exercise motivation. The respective Cronbach's alpha coefficients were .96 and .91. Descriptive statistics, the t-test, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon signed rank test were used to evaluate the data.

The outcome demonstrated that the experimental group's exercise motivation and behavior were statistically superior than both the control group and before entering the program, with a p-value of .05. The experimental group's body weight and blood sugar levels were lower than they were prior to beginning the program and significantly lower than those of the control group, with a p-value of .05. This program is appropriate for older adult with prediabetes for encourage the exercise motivation and exercise behavior, lose weight, lower blood sugar levels, and reduce the incidence of new diabetes

Keywords: Pre-diabetes, Exercise, Older adults

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ประเทศไทยพบอัตราสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2563 มีความชุกร้อยละ 9.5¹ สถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 472.19, 470.19 และ 490.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ² จังหวัดเลยพบอัตราเกิดโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 705.24, 685.91 และ 690.29 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอำเภอเมืองเลยพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัดเลย อัตราป่วย 665.71, 628.56 และ 678.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่พบในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำนวน 20,574, 20,837 และ 21,841 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ 3.40, 2.58 และ 3.02 ตามลำดับ ส่วนใหญ่โรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 14.95, 13.02 และ 15.38 ตามลำดับ และจากการคัดกรองพฤติกรรมกลุ่มดังกล่าว พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 79.83, 80.01, และ 78.21 ตามลำดับ³ จากสาเหตุดังกล่าวเนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานซึ่งเป็นกลวิธีเชิงรุกที่สำคัญ

ปัจจุบันคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเลย จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยให้คำปรึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รายกลุ่มตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการทางด้านอารมณ์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เน้นให้ความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ให้เหมาะสมมากกว่าการสร้างแรงจูงใจ ขาดการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง การทบทวนการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การกำหนดเป้าหมายการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การออกแบบหรือจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ทั้งระดับบุคคล และกลุ่ม ไม่พบการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory: SDT)⁴ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความต้องการทางด้านจิตวิทยาขั้นพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะ (Competence) ความเป็นอิสระ (Autonomous) และความสัมพันธ์ในกลุ่ม (Relatedness) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายตามหลักของ ฟิตท์ (FITTE) เนื่องจาก

เป็นหลักการที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ^{5, 6} โดยคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่องสม่ำเสมอ และยังส่งผลให้ลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุต่อแรงจูงใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุต่อน้ำหนักของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการออกกำลังกาย ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีน้ำหนักน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination theory) ของเดซี และไรอัน⁴ มาประยุกต์ใช้สร้างแรงจูงใจและพฤติกรรมออกกำลังกายภายใต้การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิทยาขั้นพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะ (Competence) 2) ความเป็นอิสระ (Autonomous) และ 3) ความสัมพันธ์ในกลุ่ม (Relatedness) ในการศึกษา ครั้งนี้จึงได้ประยุกต์หลักการดังกล่าวมากำหนดกิจกรรมดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

1. การพัฒนาสมรรถนะ (Competence)
 - 1.1 การสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย
 - 1.2 การพัฒนาความพร้อมของร่างกายและจิตใจต่อการออกกำลังกาย
 - 1.3 การพัฒนาความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย
2. การส่งเสริมความเป็นอิสระ (Autonomous)
 - 2.1 การตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายด้วยตนเอง
 - 2.2 การวางแผนการออกกำลังกายของตนเองและของกลุ่ม
 - 2.3 การติดตามเป้าหมายและการนำแผนการออกกำลังกายไปใช้
3. การสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม (Relatedness)
 - 3.1 การสร้างเครือข่ายออกกำลังกาย
 - 3.2 การสร้างพลังกลุ่มเพื่อบรรลุผลลัพธ์ในการออกกำลังกาย

1. แรงจูงใจในการออกกำลังกาย
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. น้ำหนัก
4. ระดับน้ำตาลในเลือด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิด 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานในอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย จำนวน 1,529 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ≥ 100 -125 mg/dl และไม่ออกกำลังกาย อาศัยอยู่ในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling random) จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน โดยจับคู่กับอายุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหอบหืด หรือโรคถุงลมโป่งพอง ไม่มีการอักเสบของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) และไม่มีปัญหาการรู้คิด (AMT > 7 คะแนน) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายหรือมีภาวะบาดเจ็บร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินการรู้คิด (AMT) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) แบบประเมินสุขภาพก่อนออกกำลังกาย และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดเดซี่แอนด์ไรอัน และหลักของพิทท์ คู่มือออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และเครื่องมือควบคุมกำกับโปรแกรม ได้แก่ นาฬิกาอัจฉริยะสมุดจดบันทึกข้อมูลสุขภาพ
3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการออกกำลังกายพัฒนาจากงานวิจัย เอกสาร และตำราประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ มีข้อความจำนวน 25 ข้อ ด้านสมรรถนะ 9 ข้อ ด้านความเป็นอิสระ 7 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ในกลุ่ม 9 ข้อ และข้อความที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แผลผลคะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึงระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการออกกำลังกายพัฒนาจากงานวิจัย เอกสาร และตำรา มีข้อความ 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ แผลผลคะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึงระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือด

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการออกกำลังกาย และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลชุมชน 3 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 1 คน ได้ค่าความตรง (Content validity Index: CVI) เท่ากับ .98 และ .96 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน และนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมในแต่ละข้อ หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของ

แบบสอบถามเท่ากับ .96 และ .91 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เวลา 10 สัปดาห์ ในการดำเนินการกับกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยดำเนินการที่ห้องประชุมคลินิกหมีครอบครัว โรงพยาบาลเลยสาขากุดป่อง ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลยตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินความพร้อมด้านร่างกายของตนเอง อบรมเชิงปฏิบัติการ บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความรู้เรื่องการออกกำลังกาย พัฒนาทักษะสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการออกกำลังกายด้วยหลักของ FITTE ประกอบด้วย ความถี่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนักระดับปานกลาง วัตต์อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดร้อยละ 50-70 รวมระยะเวลาครั้งละ 44 นาที มีขั้นตอนการออกกำลังกาย 3 ระยะ 1) ระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 5 นาที 2) ระยะออกกำลังกาย 34 นาที 3) ระยะผ่อนคลายใช้เวลา 5 นาที แบบแอโรบิกโดยการรำเซิ้งจังหวะผิเตาโชน และมีความสนุกสนาน สาธิตการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ และการคำนวณอัตราการเต้นของหัวใจ ฝึกวิธีการบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ สรุปและวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคร่วมแนวทางแก้ไขร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 3 5 7 และ 9 กิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันที่ลานออกกำลังกายทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ และออกกำลังกายที่บ้านทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี โดยการรำเซิ้งจังหวะผิเตาโชน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน ติดตามพฤติกรรมออกกำลังกาย บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจในขณะที่ออกกำลังกาย จากการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และเสริมความรู้การออกกำลังกาย ติดตามกระตุ้นเตือนให้กำลังใจโดย แกนนำ อสม.

สัปดาห์ที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ ประเมินผลในระหว่างการทดลองผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แต่ละคนเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการออกกำลังกาย และวิเคราะห์ปัญหารวมทั้งพฤติกรรมออกกำลังกาย ประเมินน้ำหนัก น้ำตาลในเลือด ติดตามความก้าวหน้าการประเมินการบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง และการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ ทบทวน และคำนวณอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาแลกเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย

น้ำหนัก น้ำตาลในเลือด ติดตามความก้าวหน้าการประเมินการบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองและการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ ทบทวนและการคำนวณอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 10 อบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมกลุ่มจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “วิเคราะห์พฤติกรรมออกกำลังกายของตนเอง กิจกรรมการสานสัมพันธ์ต่อเนื่อง สร้างพลังกลุ่ม “กิจกรรมสานสัมพันธ์ 70 วันฉันทำได้สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงวัยร่วมใจออกกำลังกาย ห่างไกลเบาหวาน”

กลุ่มเปรียบเทียบให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานสัปดาห์ที่ 1-10 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทดสอบ ที (t-test) ทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ค่าเฉลี่ยของแรงงูใจ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกายมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signs ranked test ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลย เลขที่ 03/2566 วันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม ความปลอดภัยความเสี่ยง และขอความยินยอมในการให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.45 ปี (SD = 4.51) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 69.51 ปี (SD = 5.93) ทั้งสองกลุ่มมีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-70 ปี สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.58 กลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 51.43 4) ราย ได้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 4,641.54 บาทต่อเดือน กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 7431.31 บาท 5) การศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.14 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 51.43 และ 6) อาชีพ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.00 และ 45.71 ตามลำดับ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ต่อแรงจูงใจ พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

แรงจูงใจในการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			z	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. ด้านสมรรถนะ (9 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.50	0.49	น้อยที่สุด	1.78	0.67	น้อย	-1.724	.85
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.27	0.42	มาก	2.02	0.79	น้อย	-7.584	<.001*
2. ด้านความเป็นอิสระ (7 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.48	0.53	น้อยที่สุด	1.76	0.68	น้อย	-1.940	.052
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.13	0.64	มาก	2.24	0.17	น้อย	-7.244	<.001*
3. ด้านความสัมพันธ์ในกลุ่ม (9 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.47	0.39	น้อยที่สุด	1.74	0.59	น้อย	-1.940	.052
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.32	0.52	มาก	1.57	0.11	น้อย	-7.244	<.001*
แรงจูงใจในการออกกำลังกายรวมทั้ง 3 ด้าน (25 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.48	0.47	น้อยที่สุด	1.76	0.64	น้อย	-1.724	.085
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.24	0.46	มาก	1.94	0.93	น้อย	34.138	<.001*

* p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับแรงจูงใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายระดับน้อยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05 ที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			z	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.45	0.42	น้อยที่สุด	1.66	0.56	น้อย	-1.437	.151
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.50	0.43	มาก	1.34	0.16	น้อยที่สุด	-7.245	<.001*

* p-value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายจากระดับน้อยเพิ่มเป็นระดับมากและ

ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

น้ำหนัก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 35) กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)				t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	61.11	12.15	61.28	11.89	-.060	.486
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	60.27	11.63	61.89	11.83	-.579	.282

* p-value < .05

จากตารางที่ 3 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุต่อน้ำหนัก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ

น้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	118.02	7.75	106.80	6.43	-5.049	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	93.40	8.65	128.11	37.29	-5.014	<.001*

* p-value < .05

ตารางที่ 4 ผลของค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานต่อแรงจูงใจ พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานพบว่ากลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้มี

การตัดสินใจ และมีอิสระในการเลือกวิธีปฏิบัติวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รับคู่มือสื่อวีดิทัศน์ประยุกต์การรำเชิงจังหวัดผาไท เพื่อสร้างความสนุกสนาน ความเพลิดเพลิน และเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,8} พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายมีผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการควบคุมกำกับการออกกำลังกายโดยใช้แผนผังอัจฉริยะสนับสนุนการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน การติดตามให้กำลังใจทำให้เกิดการรวมกลุ่มออกกำลังกายมากขึ้น โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตด้วยตนเอง ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการออกกำลังกาย โดยใช้

กรอบแนวคิด self-determination ในการจัดกิจกรรม กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และพูดคุยปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งให้กำลังใจและ ชมเชยในการส่งเสริมให้ทุกคนเห็นความสำคัญของตนเองและ ในกลุ่ม และเห็นประโยชน์จากการออกกำลังกาย พบว่าหลังการ ทดลองกลุ่มควบคุมมีไกลโคไซด์โฮโมโกบินลดลงมากกว่าเกณฑ์ ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมทั้งยังส่งผล ให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน พบว่าโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายผสมผสาน วัฒนธรรมท้องถิ่นกับการออกกำลังกายโดยการรำเชิงจังหวะ ผีตาโชน และมีการประเมินอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดขณะ ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษา^{10,11} การออกกำลังกาย โดยการฟ้อนหมอลำกลอนและทำรำพื้นบ้านเป็นการออกกำลังกาย โดยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างต่อเนือง ทำให้กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น และมีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีศักยภาพ และมีความมั่นใจในการออกกำลังกายมากขึ้น

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีน้ำหนัก ลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ พบว่า การออกกำลังกายตามหลักของ ฟิตท์ (FITTE) และเป็นแบบ แอโรบิค (Aerobic exercise) สามารถลดน้ำหนักได้ และ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ จากการศึกษาที่ผ่านมา¹² การออกกำลังกายแบบ ใช้ FITTE หลังจากดำเนินการออกกำลังกายมากกว่า 5 วันต่อ สัปดาห์ ใช้เวลา 80-210 นาทีต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 12-26 สัปดาห์ ความหนักระดับปานกลาง แบบแอโรบิคมีผลให้กลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลง 1.4 กิโลกรัม ส่วนกลุ่มเปรียบ มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.0 กิโลกรัม และสอดคล้องกับ การศึกษา¹³ เรื่องการสร้างแรงจูงใจด้วย SDT เพื่อลดน้ำหนัก พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงร้อยละ 7.29 ในระยะเวลา 12 เดือน เวลาเฉลี่ยในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นจาก 138 นาที เป็น 156 นาที

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับ น้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตาม

สมมติฐานพบว่าการออกกำลังกายตามหลักของฟิตท์ (FITTE) ที่มีความหนักเพียงพอ และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้แก่ ความถี่ ของการออกกำลังกายโดยรำเชิงจังหวะผีตาโชน 5 ครั้งต่อ สัปดาห์ ความหนักระดับปานกลาง โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจ ร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด รวมระยะเวลา 44 นาที มีอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดร้อยละ 62 ตามเป้าหมาย ที่กำหนด สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ เกี่ยวกับการออกกำลังกายและสถานการณ์ การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การออกกำลังกาย 150 นาที ระดับความหนักปานกลางจะสามารถลดความเสี่ยงการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 26 แต่ถ้าเพิ่มการออกกำลังกาย ความหนักเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจะสามารถลดความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 36 การผสมผสานใช้ ทำรำพื้นบ้านอีสานประยุกต์ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 44 นาที เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดร้อยละ 50-70 ความหนัก ระดับปานกลางการกำหนดความหนักและเป้าหมายอัตราการ เต้นของหัวใจ¹⁵ พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สามารถลดระดับ น้ำตาลในเลือดจากค่าเฉลี่ย $105.48 (\pm 10.80)$ mg/dl ลดเป็น $99.72 (\pm 7.2)$ mg/dl ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶ พบว่าการจัดโปรแกรมสร้างแรงจูงใจให้ความรู้ การวางแผนและ บันทึกรติดตามการออกกำลังกายทำให้พฤติกรรมออกกำลังกาย ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งจากการศึกษาที่ผ่านมา^{17,18} การจัดกิจกรรม ที่มีความหลากหลายมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม เพื่อนมีการติดตามกระตุ้นเตือนให้กำลังใจซึ่งกันและกันจะช่วย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานได้ เพิ่มขึ้น การสร้างแรงจูงใจถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูง อายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น โปรแกรมนี้มุ่งเน้นสร้าง แรงจูงใจจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ อีกทั้งการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นยังช่วยให้ช่วยลด ระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจทำให้มี พฤติกรรมในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ลด ระดับน้ำตาลในเลือดได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มอายุอื่นในหน่วยงาน อื่นที่สอดคล้องที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ทั้งทางด้านระยะเวลา และรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ในระยะ 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมในการออกกำลังกาย น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ และมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ไปใช้ในการควบคุมโรค

References

1. International Diabetes Federation [Internet]. IDF Diabetes Atlas Tenth edition 2021. Brussels, Belgium;2021.
2. Ministry of Public Health Bureau of non-communicable disease. Annual Report 2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. 2021. (in Thai)
3. Health Data Center Dashboard. Health status Loei Province [Internet]. 2020. (in Thai)
4. Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory. SAGE Publications. 2012;39(1):416-37.
5. Ferriolli E. Diabetes and Exercise in the Elderly. Medicine and Sport Science, 2014;60(1):122-9.
6. American College of Sports Medicine and American Diabetes Association. Exercise and Type 2 Diabetes. Medicine & Science in Sport & Exercise, 2010;42(12):2282-303.
7. Boonkaew N, Jitramontree N, Wirojratana V. The Relationship between intrinsic motivation and glycemic control behaviors among older persons with type 2 diabetes, Nursing Journal, 2015;42(1):84-93. (in Thai)
8. Schulze MB, Hoffmann K, Linesen J, Rohrmann S, Boeing H, Mohlig M. et al. An accurate risk score based on anthropometric, dietary, and lifestyle factors to predict the development of type 2 diabetes. Diabetes Care, 2007;30(3):510-5.
9. Lalam P. Impacts of an individualised lifestyle adjustment program on hemoglobin glycosylate of hemoglobin levels in older people with type 2 diabetes. Thai Journal of Nursing Council, 2019;34(1):42-58. (in Thai)
10. Phinyo 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)
11. Khongruangrat Y. Effect of Fawn Mor Lum Klorn exercise on hemoglobin A1C level among persons with type 2 diabetes. Nursing Journal 2012;39(3):105-16. (in Thai)
12. Bond DS, Manuel KM, Wu Y, Livingston J, Papasavas KP, Baillot A, Pescateio SL. Exercise for counteracting weight recurrence after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery, 2023;19(6):641-50.
13. Silva MN, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Matos MG, Sardinha BL. et al. Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: A randomized controlled trial in women. Journal of Behavioral Medicine, 2010;33(2): 110-22.
14. Kalyani RR, Egan MJ. Diabetes and altered glucose metabolism with aging. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 2013;42(2):333-47.
15. Slentz CA, Duscha BD, Johnson JL, Ketchum K, Aiken LB, Samsa GP. et al. Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRIDE--a randomized controlled study. The Journal of American Medical Association, 2004;164(1):31-9.

16. Phungdee T. The Effectiveness of Exercise Behaviors Promotion Program of Diabetes Mellitus Type 2 Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(1):291-8. (in Thai)
17. Sarakshetrin A, Tongpeth J, Sriwonsa A. The Effectiveness of health literacy enhancing and developing program on A1C blood pressure level health literacy and diabetes and hypertension control behaviors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 2022;23(1): 333-42. (in Thai)
18. Kim BR, Lim ST. Effects of Leisure-Time Physical Activity on Cognitive Reserve Biomarkers and Leisure Motivation in the Pre-Diabetes Elderly. *Healthcare*, 2022;10(4):1-12.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริบาลผู้สูงอายุ ของเภสัชกรคลินิกในจังหวัดนครปฐม

Factors Related to Elderly Care Among Clinical Pharmacists in Nakhonpathom Province

พิกรม อโศกบุญรัตน์*¹ สุรเดช สำราญจิตต์² จันทร์จारी เกตุมาโร² มิ่งขวัญ ศิริโชติ²
Pikrom Asokbunyarat*¹ Suradej Samranjit² Chanjaree Getmaro² Mingkwan Sirichote²

¹โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง, นครปฐม, ประเทศไทย 73120

¹Luangphorper Hospital, Nakhonpathom, Thailand 73120

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย 10240

²Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติและพฤติกรรมการบริบาลผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการบริบาลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐมจำนวน 131 คนโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วนได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของเภสัชกรคลินิก 2) เจตคติ และ 3) พฤติกรรมการบริบาลผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีค่า IOC อยู่ที่ .67-1.00 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี 1) เจตคติต่อการบริบาลผู้สูงอายุ ($M = 3.98, SD = .433$) และ 2) พฤติกรรมการบริบาลผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกในระดับมาก ($M = 3.69, SD = .683$) ทั้งนี้ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกน้อยที่สุด และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริบาลผู้สูงอายุและพฤติกรรมการบริบาลผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .510$)

ข้อเสนอแนะผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำมาพัฒนาการบริบาลผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิก เพื่อแก้ไขปัญหาทักษะด้านการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายการขยายในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

คำสำคัญ : เจตคติ, พฤติกรรมการบริบาลผู้สูงอายุ, เภสัชกรคลินิก

Abstract

This descriptive research purposed for study on elderly care attitude, behaviors and relationship between attitude and behavior toward elderly care. The stratified random samples were 131 clinical pharmacists in Nakhonpathom Province. The research questionnaire had 3 parts, 1) the background characteristics 2) elderly care attitudes and 3) elderly care behaviors among clinical pharmacists in Nakhonpathom Province. The validity of content was .67-1.00 by IOC. The overall reliability was .98 by

*Corresponding Author Email: Pikrom.asok@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.ค. 2566

Cronbach's Alpha Coefficient. Data were statistically analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient for correlation test.

The results reveal that samples had high 1) attitude toward elderly care ($M = 3.98$, $SD = .433$) and 2) elderly care behavior among clinical pharmacist ($M = 3.69$, $SD = .683$). Moreover, elderly care team workings were least in subscale. Furthermore, there was substantial association between attitude and behaviors toward elderly care, statistically significant at .001 ($r = .510$).

The suggestion from these study result can be used for improve elderly care among clinical pharmacist to solve multidisciplinary team working for efficient and safe drug usage.

Keywords: Attitude, Elderly Care Behavior, Clinical Pharmacist

บทนำ

ระหว่างปี ค.ศ. 2015–2050 จำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 แต่ละประเทศจึงเผชิญหน้ากับปัญหาสังคมผู้สูงอายุเกิดความท้าทายในการตอบสนองในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ ผู้สูงอายุมักมีสถานะทางสุขภาพที่ซับซ้อนที่เรียกว่า กลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) เช่น เปราะบาง กลืนปัสสาวะไม่อยู่ หกล้ม หลงลืมหรือแผลกดทับ¹ ในประเทศไทยสถิติผู้สูงอายุประจำปี พ.ศ. 2564 มีประชากร 66.7 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคนหรือร้อยละ 18.7²

ความเปราะบางของผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ร่วมกับปัจจัยทางโภชนาการและการเคลื่อนไหวร่างกาย³ เป็นสภาวะซับซ้อนของผู้สูงอายุอันเกี่ยวเนื่องกับโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2563 ผลสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในประเทศไทยพบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 75.7 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 40.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 30.2⁴ ส่วนหนึ่งของกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุคือการได้รับยาหลายขนาน⁵ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาจากการใช้ยาต่อมาและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา⁶

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้สูงอายุเป็นเวชปฏิบัติของเภสัชกรคลินิกที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรกเป็นการรักษาด้วยยาที่ตั้งเป้าหมายให้ผู้ปวยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี⁷ โดยเภสัชกรคลินิกจะบูรณาการความรู้ประสบการณ์และการตัดสินใจอย่างมีเป้าหมาย⁸ เช่น การจัดการปัญหาได้รับยาหลายขนานและให้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการใช้ยา⁹ การคัดกรองคำสั่งการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ¹⁰ การแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ หรือ

อันตรกิริยาระหว่างยา¹¹ ร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อลดปัญหาจากการใช้ยา¹² เป็นต้น

นโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นด้วยระบบปฐมภูมิ ซึ่งจังหวัดนครปฐมมีผู้อาศัยเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 17.3 ในปี พ.ศ. 2564² อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุต้องขับเคลื่อนด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพและปัญหาจากการใช้ยาก็นับเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เภสัชกรคลินิกจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารผู้สูงอายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹³

การศึกษานี้จะช่วยระบุสถานการณ์การบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม โดยอาศัยทฤษฎี Bloom's Taxonomy¹⁴ ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมที่แสดงออกทางปัญญาและการคิด เป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ปลูกฝังจนเกิดเจตคติ ผลการศึกษาที่มีก่อนหน้านี้พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมแต่เป็นทักษะที่ปฏิบัติโดยทั่วไป¹⁵ หรือศึกษาระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุในแพทย์¹⁶ พยาบาล¹⁷ แต่ไม่มีการศึกษาในเภสัชกรคลินิก ผลที่ได้ในครั้งนี้จะใช้เป็นข้อมูลสำหรับประกอบการบริหารทรัพยากรทางสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาเจตคติและพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม

คำถามการวิจัย

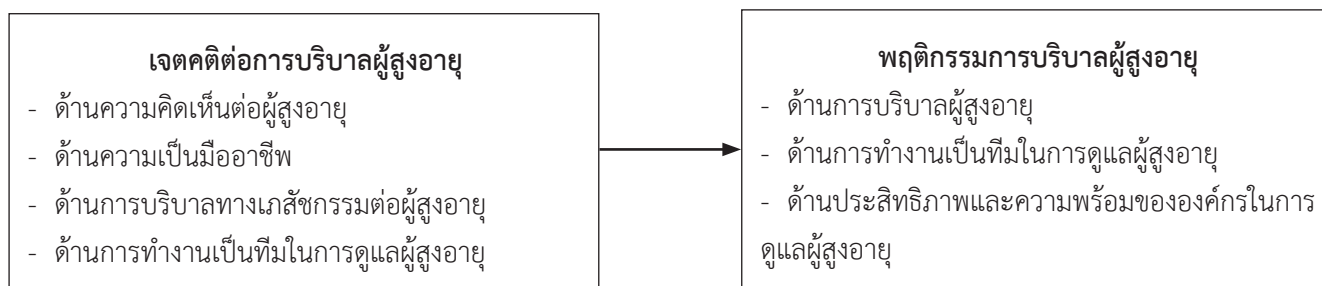
1. เจตคติและพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับใด
2. เจตคติและพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

เจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎี Bloom's Taxonomy¹⁴ โดยอาศัยปัจจัยด้านเจตคติต่อการแสดงพฤติกรรมจากการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า¹⁵ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากทฤษฎี Bloom's Taxonomy และการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเภสัชกรคลินิก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด ประสบการณ์และสถานที่ปฏิบัติงานหลัก เป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 2 เจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิก จำนวน 40 ข้อ มี 4 ด้าน 1) ด้านความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านความเป็นมืออาชีพ จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ 4) ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 – 1 ซึ่งหมายถึงมีเจตคติสอดคล้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Bloom's Taxonomy เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิก

ประชากรที่ศึกษาคือเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม จำนวน 197 คน 18 กลุ่มตัวอย่างคือเภสัชกรคลินิกคำนวณขนาดตัวอย่างตามเครซี่และมอร์แกน¹⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 131 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิซึ่งอาศัยการกระจายตัวของเภสัชกรประมาณการอัตราส่วนเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลต่อเภสัชกรร้านยาที่ 90:10²⁰ เกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือร้านยา ไม่จำกัดอายุ เพศ และยินยอมเข้าการศึกษา เกณฑ์คัดออกคือไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Best²¹ โดยแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึงระดับเจตติน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึงระดับเจตติปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึงระดับเจตติมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม จำนวน 50 ข้อ มี 3 ด้าน 1) ด้านการบริหารผู้สูงอายุ จำนวน 28 ข้อ 2) ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านประสิทธิภาพและความพร้อมขององค์กรในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท 5 ระดับ ตั้งแต่ 5-1 ซึ่งหมายถึงมีพฤติกรรมสม่ำเสมอเป็นประจำ เป็นปกติ นานๆ ครั้ง และน้อยครั้งที่สุดตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Best²¹ โดยแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึงระดับพฤติกรรมน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึงระดับพฤติกรรมปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึงระดับพฤติกรรมมาก

คุณภาพการตรวจเครื่องมือ

แบบสอบถามถูกตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านคือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้ช่วยศาสตราจารย์เภสัชกร และอาจารย์นักสาธารณสุข โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 นำแบบสอบถามฉบับนี้ไปทดลองใช้กับเภสัชกรคลินิกในจังหวัดอุบลราชธานี พบความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .98 ในส่วนเจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกได้ .95 และพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐมได้ .98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม หมายเลข 32 / 2565 วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ เผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามจะถูกส่งไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาล ร้ายยาในจังหวัดนครปฐมพร้อมหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อ

การวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นด้วยตนเอง จะส่งไปรษณีย์กลับมายังผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันสำหรับทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกและพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐม การแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอาศัยเกณฑ์ของ Davis²² เมื่อสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันมีค่า .7-1.0 แปลว่าสัมพันธ์อย่างมาก .5-.69 แปลว่าสัมพันธ์ค่อนข้างสูง .3-.49 แปลว่าสัมพันธ์ปานกลาง .1-.29 แปลว่าสัมพันธ์ต่ำ .01-.09 แปลว่าสัมพันธ์เล็กน้อยและ 0 แปลว่าไม่มีความสัมพันธ์

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 ราย มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 34.69 ปี (SD = 8.507) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 9.94 ปี (SD = 8.731) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 71.8 และ 28.2 ตามลำดับ การศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 80.2 และมีสถานที่ทำงานหลักคือโรงพยาบาล และร้านยาคิดเป็นร้อยละ 88.5 และ 11.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ระดับเจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิก

เจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิก	ระดับความคิดเห็น		ระดับ
	M	SD	
ด้านความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุ	3.78	.602	มาก
ด้านความเป็นมืออาชีพ	3.85	.578	มาก
ด้านการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผู้สูงอายุ	4.08	.519	มาก
ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุ	4.19	.628	มาก
รวม	3.98	.433	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าเจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกอยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$, $SD = .433$) โดยด้านที่มีระดับเจตคติเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุ ($M = 4.19$, $SD = .628$) และด้านความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุมีระดับความคิดเห็นเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 3.78$, $SD = .602$)

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิก

พฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิก	ระดับพฤติกรรม		ระดับ
	M	SD	
ด้านการบริหารผู้สูงอายุ	3.76	.656	มาก
ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุ	3.45	.965	ปานกลาง
ด้านประสิทธิภาพและความพร้อมขององค์กรในการดูแลผู้สูงอายุ	3.80	.788	มาก
รวม	3.69	.683	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกอยู่ในระดับมาก ($M = 3.69$, $SD = .683$) โดยด้านที่มีพฤติกรรมเฉลี่ยสูงสุดคือด้านประสิทธิภาพและความพร้อมขององค์กรในการดูแลผู้สูงอายุ ($M = 3.80$, $SD = .788$) และด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด ($M = 3.45$, $SD = .965$)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุและพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุ	พฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุ							
	ด้านการบริหารผู้สูงอายุ		ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุ		ด้านประสิทธิภาพและความพร้อมขององค์กรในการดูแลผู้สูงอายุ		พฤติกรรมในภาพรวม	
	r	p	r	p	r	p	r	P
ด้านความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุ	.252	.004*	.205	.019*	.408	<.001*	.299	.001*
ด้านความเป็นมืออาชีพ	.398	<.001*	.404	<.001*	.505	<.001*	.467	<.001*
ด้านการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผู้สูงอายุ	.423	<.001*	.305	<.001*	.306	<.001*	.402	<.001*
ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุ	.375	<.001*	.302	<.001*	.362	<.001*	.387	<.001*
เจตคติในภาพรวม	.477	<.001*	.395	<.001*	.519	<.001*	.510	<.001*

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกและพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐมโดยรวมทุกด้านของทั้งสองตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริหารผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกจังหวัดนครปฐมในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .510$, $P < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

เจตคติต่อการบริหารเภสัชกรของเภสัชกรคลินิก จังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับมากเกิดจากประสบการณ์ที่สั่งสม มา เกิดเป็นความรู้สึกนึกคิดผ่านกระบวนการ internalization ตามทฤษฎี Bloom's Taxonomy¹⁴ เจตคติด้านความคิดเห็น ต่อผู้สูงอายุอาจจะได้รับมาในช่วงศึกษาระดับปริญญาตรี ได้เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้รับการช่วยเหลือผู้สูงอายุ และได้ให้คุณค่ากับความรู้สึกนั้น สอดคล้องกับการศึกษา ในนักศึกษาพยาบาลที่พบว่าเจตคติด้านความคิดเห็นต่อ ผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกันใน²³ และต่างประเทศ²⁴ หรืออาจจะเกิดขึ้นระหว่างที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุในฐานะ วิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาเจตคติการบริหารเภสัชกร ที่มีเจตคติเชิงบวกทั้งแพทย์¹⁶ และพยาบาล¹⁷ นอกจากนี้ ด้านความเป็นมืออาชีพเป็นปัจจัยถูกให้คุณค่าแสดงพฤติกรรม จากการพัฒนาความชำนาญในวิชาชีพผ่านการฝึกฝนและ สร้างเสริมทักษะจะช่วยส่งเสริมเจตคติด้านนี้ให้มีระดับที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาเภสัชศาสตร์ เมื่อผ่านการฝึกฝน วิชาการบริหารเภสัชกรแล้วเพิ่มเจตคติการบริหารเภสัชกรได้²⁵

พฤติกรรมการบริหารเภสัชกรของเภสัชกรคลินิก จังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับมาก ครอบคลุมการจัดทำประวัติ การให้ยา การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การจัดการจ่ายยา การติดตามผลการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและตรงตาม ความต้องการ การจัดการแพ้ยา ปฏิกริยาระหว่างยา การบริการ ข้อมูลทางยาแก่สหวิชาชีพและผู้ป่วยเกี่ยวกับยา²⁶ แต่ในปัจจุบัน มีการพัฒนางานความรู้ด้านผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้องค์ความรู้ เช่นการใช้เครื่องมือคัดกรองความเหมาะสมของยาสำหรับผู้ สูงอายุ เช่น Beer's criteria หรือ START/STOPP criteria เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ การศึกษาของแพทย์ที่พบว่าพฤติกรรมการรักษาด้วยเครื่องมือ สำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย¹⁶ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมายการรักษาควรได้รับการบริหารจากสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่เมื่อเภสัชกรร่วมกับสหวิชาชีพ จะช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาได้¹²

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมการบริหารเภสัชกรของเภสัชกรคลินิกมีความสัมพันธ์กันในระดับ ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาในเภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการบริหารทางเภสัชกรรม ทั้งด้านการบริหารผู้ป่วย ด้านการทำงานเป็นทีมในการดูแล ผู้ป่วย และด้านประสิทธิภาพและความพร้อมขององค์กร

ในการดูแลผู้ป่วย¹⁵

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1) ด้านนโยบาย ควรพัฒนาทรัพยากรทางด้าน สาธารณสุขโดยเฉพาะเภสัชกรคลินิก ซึ่งมีเป้าหมายในการ สร้างเสริมเจตคติที่ดีให้รอบด้าน อาจเป็นโครงการพัฒนา ศักยภาพสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ

2) ด้านการปฏิบัติ ควรส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรม ด้านนี้ เช่นมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการกับสหสาขา วิชาชีพ ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการที่เภสัชกรคลินิกเป็นส่วนหนึ่ง ของสหสาขาวิชาชีพ

3) ด้านวิชาการ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการบริหารเภสัชกรอาจจัดขึ้นโดยอาศัยเจตคติ ทั้ง 4 ด้านที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริหารเภสัชกร ของเภสัชกรคลินิกได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้สูงอายุนั้นเป็น สถานการณ์ที่พบได้ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย ควรศึกษา เรื่องความพร้อมและอุปสรรคในการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้สูงอายุ ทั้งในพื้นที่เมืองและพื้นที่ชนบท เพื่อให้สะท้อน สถานการณ์ความพร้อมภายใต้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน จะช่วยให้วางแผนเชิงกลยุทธ์ได้เท่าทันสถานการณ์ในระดับ ประเทศต่อไป

References

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. National Statistical Office. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2022.
3. Klinputtan N, Tongma S, Klinchet N, Srithumsuk W. Nurses' Role in Home Care's Older Adult with Frailty. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 50-7. (in Thai)

4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021. (in Thai)
5. Artsanthia J, Kampraw P. Modality of Care for the Older Adults in Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(3): 123-7. (in Thai)
6. 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 The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(3): 504-11. (in Thai)
7. National Health Service. What is a clinical pharmacist. London: Change; 2016.
8. Somchan P, Leethongdeesakul S, Loyh K. Pharmaceutical care system for acute upper respiratory tract infection and acute bronchitis patient care to promote rational use of antibiotic in Nachaluai hospital, Nachaluai District, Ubon Ratchathani Province. *UBRU Journal for Public Health Research* 2020; 9(2): 148-59. (in Thai)
9. Ploylearmsang C, Kanjanasilp J, Ubonsarn J, Khamjan N, Namprai P. Effect of Drug Counseling at Home on Medication Adherence and Safety in Elderly at Donviangjun Community. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2018; 1(1): 1-16. (in Thai)
10. Ketweerapong P, Ruengorn C, Niwatananun K. Effect of Pharmaceutical Care on Appropriateness of Medication Prescribing for Elderly Patients: A Randomized Controlled Trail. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2022; 17(2): 176-82. (in Thai)
11. Vejoubon V, Kiatiwat P, Sriboonruang T. Effect of Pharmaceutical Care on Drug Related Problem in Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2021; 13(1): 127-42. (in Thai)
12. Byrne A, Byrne S, Dalton K. A pharmacist's unique opportunity within a multidisciplinary team to reduce drug-related problems for older adults in an intermediate care setting. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2022; 18: 2625-33.
13. Tungsuay T, Niamhun, Phosuya. Outcome of Elderly Diabetic Patients Care in Primary Care System by "Pharmacist's Workshop of Drug Therapy (PWDT)" Process. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2021; 13(2): 215-30. (in Thai)
14. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives. New York: David McKay Company; 1961.
15. Awiphan R, Thadapark U. Pharmaceutical Care Scales and Thai Hospital Pharmacists' Attitude toward Pharmaceutical Care. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2003; 27(1-2): 59-71. (in Thai)
16. Orit D, Ntege P, Nakayiwa D, Namboozee J, Olikira S, Kabwama S. Knowledge, Attitudes and Treatment Practices of Medical Doctors towards Care of Elderly Patients Accessing Clinical Care at Hospitals in Kampala Uganda. *Journal of Geriatric Medicine and Gerontology*. 2021; 7(2): 114.
17. Salia SM, Adatara P, Afaya A, Jawula WS, Japiong M, Wuni A, et al. Factors affecting care of elderly patients among nursing staff at the Ho teaching hospital in Ghana: Implications for geriatric care policy in Ghana. *PLOS ONE*. 2022; 17(6): e0268941.

18. Strategy and Planning Division. Report on Public Health Resource 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
20. Chanthapasa K, Chai-saard R, Kessomboon N. Migration and Distribution of Pharmacists in Thailand: Past and Present. Journal of Health System Research. 2008; 2(1): 45-7. (in Thai)
21. Best JW. Research in Education. 4th Ed. New Delhi: Prentice Hall Of India Pvt. Ltd; 1981.
22. Davis JA. Elementary survey analysis. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
23. Ankanawin U, Untaja P, Yuroong A, Bohplian S. Perception of Royal Thai Army Nursing Students towards Elderly Care before Studying Gerontological Nursing. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 140-9. (in Thai)
24. Won L, Jang H. Factors Influencing Elderly Care Willingness of Nursing Students. International Journal of Advanced Culture Technology. 2020; 8(4): 306-17.
25. Lee JK, Tomasa L, Evans P, Pho VB, Bear M, Vo A. Impact of geriatrics elective courses at three colleges of pharmacy: Attitudes toward aging and eldercare. Currents in Pharmacy Teaching and Learning. 2019; 11(12): 1239-47.
26. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy. 1990; 47(3): 533-43.

คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของ ครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ : การวิจัยแบบผสมวิธี

Quality of life of Early Childhood Rearing in Skipped-Generation Families was
Divided by Love in Chaiyaphum Province: Mixed Method Research

ยุภาดี สงวนพงษ์* จารุมาส จันทกุล

Yuphadi Sa-nguanphong* Jarumars Janthakul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000

Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Thailand. 36000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานวิธี เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางและปัจจัยด้านความรักของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของเด็ก เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ดูแล ระยะที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ เป็นวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีประเด็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อให้เด็กมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ สรุปได้ 2 ประเด็น คือ 1) เชิงบวก ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) มีความรักเด็ก (2) อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน และ (3) เสริมกำลังใจกัน 2) เชิงลบ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ขาดการใช้เวลาคุณภาพ (2) ค่าใช้จ่ายของครอบครัวไม่เพียงพอ (3) เด็กติดสื่อดิจิทัล ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยความรักของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก พบว่า ความรักของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01

ข้อเสนอแนะ การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักความเข้าใจและความพร้อมของครอบครัว ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต เด็กปฐมวัย ครอบครัวแห่งกลาง ความรัก

Abstract

This mixed method research aimed to study the quality of life of early childhood, and to study the relationship between family love factors with quality of life of early childhood in the skipped-generation families in Chaiyaphum Province. The research was divided into 2 phases. First phase: to study the quality of life of early childhood in the skipped-generation families of caregivers as the qualitative method used semi-structured and in-depth interviews. Phase 2: to study the relationship between family love factors, caregivers, and children with quality of life of early childhood in the skipped-generation families in Chaiyaphum Province. It is quantitative research.

Corresponding Author: *E-mail: tiktik_9922i@hotmail.com

วันที่รับ (received) 2 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 พ.ย. 2566

The results revealed that: 1) positive result showed in three issues as 1.1) Caregivers are loving for children, 1.2) Caregiver is close to the child, commitment occurs and 1.3) Encourage each other, 2) negative result shown in three issues as 2.1) Lack of quality time, 2.2) Inadequate family expenses and 2.3) Digital media addiction. Second phase: to study the relationship between family love factors with quality of life of early childhood as the quantitative method. The survey result of family love factors and quality of life of early childhood had a positive relationship at 0.01 level of significance.

Suggestions for raising children with love, understanding and readiness of the family. It is considered the starting point for improving the quality of life of children.

Keywords: Quality of life, Skipped-Generation Families, early childhood, love

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570)¹ ตามเป้าหมายหลักการพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ ให้เด็กปฐมวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสมตามดัชนีความก้าวหน้าของคน² จากสัดส่วนครัวเรือนแห่งกลางสูง³ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการย้ายถิ่นสูงที่สุด นักเศรษฐศาสตร์ได้คาดการณ์สัดส่วนที่เด็กในชนบทช่วงอายุก่อน 5 ปี จะอาศัยอยู่ในครัวเรือนแบบแห่งกลาง คิดเป็นร้อยละ 11 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ในช่วงประถมศึกษา ซึ่งมีระดับที่สูงกว่าเด็กในสังคมเมือง⁴ การเพิ่มขึ้นของจำนวนครอบครัวแห่งกลางมีจากหลายสาเหตุการไปทำงานต่างถิ่น การหย่าร้างที่สูงขึ้น ด้วยสาเหตุเหล่านี้ทำให้เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ปู่ย่าตายายหรือผู้ดูแล ต้องรับหน้าที่ในการเลี้ยงดูหลานอย่างปฏิเสธไม่ได้⁵ ผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่เด็ก

การศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง ประกอบด้วย 7 ด้าน² ได้แก่ 1) สุขภาพ 2) การศึกษา 3) ชีวิตการทำงานและรายได้ 4) ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ชีวิตครอบครัว 6) การสื่อสาร และ 7) การมีส่วนร่วม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย พบว่าเด็กในครอบครัวแห่งกลางมีปัญหาในด้านคุณภาพชีวิตของเด็ก ไม่ว่าจะเป็น IQ ต่ำ ผลการสอบต่ำ ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย ปัญหาการสื่อสาร ความเครียดของผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงดูเด็ก⁶ การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักของครอบครัวมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ความรัก⁷ ถือเป็นสิ่งแรกที่เด็กสามารถรับรู้และเข้าถึงความรู้สึกนี้ได้ตั้งแต่เกิด จะส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวได้ ดังนั้นความรักจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างลักษณะนิสัยของมนุษย์แต่ละคนขึ้น สร้างคุณค่าในความเป็นคน

แก่นมนุษย์ด้วย รวมทั้งการใช้สื่อดิจิทัลมากเกินไปส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กแย่งได้ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กอย่างมาก⁸

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศ ในปี พ.ศ. 2562 ผลิตภัณฑ์มวลรวมเฉลี่ยต่อคนต่อปี 63,079 บาทต่อคนต่อปี (รายงานประมาณการเศรษฐกิจจังหวัดชัยภูมิ ฉบับที่ 3/2562) มีปัญหาครอบครัวแห่งกลางเพิ่มจำนวนมากขึ้น ความยากจน รายได้น้อย การศึกษาเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน และประชาชนเริ่มมีสังคมที่เปลี่ยนแปลงเป็นสมัยใหม่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์เกี่ยวกับความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านเด็ก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ หรือไม่

สมมติฐาน

ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านเด็ก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

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

ระยะที่ 1. การศึกษาสถานการณ์ความรักของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 เก็บข้อมูลวิจัย โดยการสังเกต การเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปพัฒนา และสร้างเครื่องมือในระยะต่อไป

ระยะที่ 2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลาง จำนวน 16 คน

2. เชิงปริมาณ ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30,643 คน และกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรเครซีและมอร์แกน¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Stratified Multi-Stage Random Sampling) คือ เลือกอำเภอ 8 อำเภอ แต่ละอำเภอเลือก 1 ตำบลได้ 8 ตำบล จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ดูแล แล้วสุ่มอย่างง่ายเลือกตัวอย่างผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

การวิจัยเชิงคุณภาพ (1) ผู้ดูแลหลัก เป็นผู้มีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็ก (อายุ 3 ปีบริบูรณ์ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน

29 วัน) ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปี - 70 ปี มีสุขภาพปกติ (2) อาศัยอยู่ในครอบครัวแห่งกลาง มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ (3) ผู้ดูแลหลักในการทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กนาน 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ และ (4) ผู้ดูแลยินดียุติเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้ดูแลย้ายที่อยู่ออกจากจังหวัดชัยภูมิ หรือ ไม่พร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปริมาณ เช่นเดียวกับเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เชิงคุณภาพ เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็ก หมายถึงอะไรบ้าง ประกอบด้วยด้านใด ท่านมีวิธีการเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักของครอบครัวอย่างไรบ้าง

2. เชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เชิงคุณภาพ นำมาสร้างแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านผู้ดูแล ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านเด็ก มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check Lists) ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็ก และ ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยแบบสอบถามตอนที่ 3 และ 4 เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ และแบ่งเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง และน้อย

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. เชิงคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

2. เชิงปริมาณ มีขั้นตอนสร้างแบบสอบถามดังนี้
1) ผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาของแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยตามดัชนีความก้าวหน้าของคน ประจำปี 2563 และปรับจากผลการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของการศึกษาครั้งนี้ 2) แบบสอบถามค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.65 จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน 3) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และ 4) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็ก คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองให้ดำเนินการวิจัยได้ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ใบรับรอง HE-072-2566 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการทุกคน ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และสิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุว่าการให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้ และกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา โดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับ ปกปิดชื่อที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอข้อมูลในภาพรวม จะลบเทปบันทึกเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในจังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูล ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 8 ตำบลตามเกณฑ์ที่คัดเลือกไว้ ต่อจากนั้นได้ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สอบถามความสมัครใจลงรายมือชื่อในใบยินยอม ก่อนให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ผู้ดูแล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ มิถุนายน 2566 ถึง กรกฎาคม 2566 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลด้วยการเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมาย ในสถานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน มีการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง ทำการสัมภาษณ์ ครั้งละ 30-40 นาที การบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ กำหนดเป็นรหัส และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูล 4 ส่วนได้แก่ ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก ด้านความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์

เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยดึงข้อมูลสำคัญผ่านโปรแกรม Atlas ti 6.1 การยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล และนำเสนอข้อมูล อธิบายประเด็น แปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิมตัว¹¹

2. เชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านความรักของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation: r) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านผู้ดูแล และด้านเด็กกับคุณภาพชีวิตของเด็ก ใช้สถิติ Biserial correlation และ Point-biserial correlation ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับความรักของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง สรุปประเด็นหลัก ได้ 2 ด้าน รายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านเชิงบวก พบว่า ผู้ดูแลและเด็กมีความรู้สึกในการเลี้ยงดูเด็กที่ดีซึ่งกันและกัน สรุปได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้ดูแลมีความรักเด็ก 2) อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน และ 3) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ดังตัวอย่างข้อความการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1.1.1 ผู้ดูแลมีความรักเด็ก พบว่า ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักเด็กเป็นฐานเดิม ฝึกดุพฤติกรรมที่น่ารักของเด็ก ตัวอย่างดังนี้

“...ยายเลี้ยงเหมือนลูกคนหนึ่ง รักมากกว่าลูกของตัวเอง เด็กรักทำอะไรก็น่ารัก...” (ID01-03)

1.1.2 อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน พบว่าผู้ดูแลได้เลี้ยงดูเด็กตั้งแต่เกิด อยู่ด้วยกันตลอดเวลามีความใกล้ชิดและเกิดความผูกพัน ถ้าเด็กไม่ได้อยู่ด้วย จะเฝ้ารอวันเด็กกลับตัวอย่างดังนี้

“...ย่าเลี้ยงเขามาตั้งแต่เกิด แม่เด็กคลอด

ออกมาก็ทิ้งไว้ให้ยายเลี้ยงเลย ย่าเลี้ยงเหมือนลูกคนหนึ่ง ไปไหนก็ไปด้วยกัน ไม่เคยห่างเด็กเฝ้าดูและอยู่ตลอดเวลา ห่วงเขาก่อนนอนก็กอดเขาทุกคืน...” (ID01-12)

1.1.3 การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พบว่า ผู้ดูแลและเด็กจะให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วย จะดูแลและช่วยเหลือกัน ตัวอย่างดังนี้

“...ตามไม่ค่อยสบาย ลูกนั่งลำบาก มีหลานนี้ล่ะคอยนวดแขนขาให้ ช่วยเหลือเท่าที่เขาช่วยได้ ตอนเด็กเราดูแลเขาทุกอย่าง พอโตขึ้นเขาก็คอยช่วยเหลือเรา ให้กำลังใจเวลาทำงานเหนื่อยๆ ขึ้นใจ...” (ID01-09)

1.2 ด้านเชิงลบ พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่อการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดการใช้เวลาคุณภาพ 2) ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ และ 3) เด็กติดสื่อดิจิทัล ตัวอย่างดังนี้

1.2.1 การใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก พบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กภายในครอบครัว ไม่ได้เล่นกับเด็ก เวลาส่วนมากจะเป็นเวลาในการทำงาน เตรียมอาหารเสื้อผ้าให้เด็กมากกว่า ส่วนเวลา ร่วมกิจกรรมการเล่นกับเด็ก ผู้ดูแลไม่ได้มีเวลา ตัวอย่างดังนี้

“...ย่าไม่ค่อยมีเวลาได้เล่นกับหลาน เห็นเขายังเล็กอยู่ทำอะไรก็ไม่เรียบร้อย ย่าจะเป็นคนทำทุกอย่างให้กับเด็ก ปล่อยให้เขาเล่นผู้เดียว ปล่อยให้ดูโทรศัพท์คนเดียว ย่าจะได้มีเวลามาทำอย่างอื่น” (ID01-14)

1.2.2 ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ พบว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวทั้งหมด ต้องหารายได้เสริมเข้าครอบครัว ต้องกู้ยืมเงินจากกองทุนของชุมชน ไม่ได้รับเงินจากพ่อแม่เด็ก ตัวอย่างดังนี้

“... ย่ามีรายได้จากเงินผู้สูงอายุได้ 600 บาทต่อเดือน พอได้ซื้อของใช้ภายในบ้าน เขามีรับจ้างตรงไหน ย่าก็ไป มีกู้เงินของกองทุนหมู่บ้านมาใช้ พ่อกับแม่เด็กไม่เคยส่งเงินมาช่วยเลย.....” (ID01-16)

1.2.3 เด็กติดสื่อดิจิทัล พบว่า ผู้ดูแลไม่ได้มีเวลาให้คำแนะนำจะปล่อยให้เด็กเล่นหรือดูโทรทัศน์ตามลำพัง โดยขาดการชี้แนะที่ถูกต้องแก่เด็ก ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถใช้สื่อดิจิทัลได้อย่างเต็มศักยภาพ ทำให้เด็กมีพฤติกรรมติดสื่อดิจิทัล เป็นต้น ตัวอย่างดังนี้

“...ยายไม่มีเวลา ต้องทำอย่างอื่น ย่าจะให้เด็กอยู่กับโทรศัพท์มือถือ เห็นเขาสนใจ เล่นอยู่ได้ทั้งวัน แต่ถ้าเข้าใจ เอาโทรศัพท์ออกมา เขาจะร้องให้ดิ้นกับพื้นเลย ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็ต้องปล่อยให้เขาดูต่อ” (ID01-06)

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางมีประเด็นสำคัญทั้งในด้านเชิงบวกและด้านเชิงลบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิต จากการศึกษาในระยะที่ 1 จึงนำผลการศึกษาที่ได้ มาทำแบบสอบถามและดำเนินการศึกษาในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

2.1 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

ข้อมูลผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.80 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 50.00 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นยาย ร้อยละ 64.00 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.50 รายได้ อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 70.50 ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมร้อยละ 45.00 ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวร้อยละ 63.50 มีเวลาทำกิจกรรมกับเด็ก 3-4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 62.00

2.2 ปัจจัยด้านเด็ก

ข้อมูลผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 54.00 อายุ 3 ปี ร้อยละ 59.00 สาเหตุที่เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ เนื่องจากไปทำงานร้อยละ 63.00 และเด็กใช้เวลาในการอยู่กับสื่อดิจิทัล ร้อยละ 84.50

2.3 ระดับด้านความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

ระดับความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ ด้านความใกล้ชิด ด้านความสนใจ และด้านความผูกมัด ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

ความรักของครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความใกล้ชิด	4.34	0.52	มาก
ด้านความสนใจ	4.37	0.55	มาก
ด้านความผูกมัด	3.59	0.64	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	4.10	0.55	มาก

จากตารางที่ 1 ระดับความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ด้านความสนใจมีค่าระดับสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.55$) ส่วนด้านความผูกมัด มีค่าต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.64$) ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.55$)

2.4 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านชีวิตการงานและรายได้ 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 5) ด้านชีวิตครอบครัว 6) ด้านการสื่อสาร และ 7) ด้านการมีส่วนร่วม ผลการศึกษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านสุขภาพ	3.92	0.45	มาก
1.1 ด้านร่างกาย	4.23	0.55	มาก
1.2 ด้านอารมณ์-จิตใจ	4.41	0.52	มาก
1.3 ด้านสังคม	3.55	0.73	ปานกลาง
1.4 ด้านสติปัญญา	3.49	0.64	ปานกลาง
2. ด้านการศึกษา	3.98	0.58	มาก
3. ด้านชีวิตการงานและรายได้	3.50	0.70	ปานกลาง
4. ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	4.39	0.57	มาก
5. ด้านชีวิตครอบครัว	2.61	0.76	ปานกลาง
6. ด้านการสื่อสาร	3.36	0.54	ปานกลาง
7. ด้านการมีส่วนร่วม	4.10	0.74	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.62	0.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่ง จังหวัดชัยภูมิ ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.55$) ส่วนด้านที่มีระดับต่ำสุด คือด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.61$, $SD = 0.76$) ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.49$)

2.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็กกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านความรักของครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของเด็กด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation: r) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ด้านความรักของครอบครัว	0.632**
ด้านความใกล้ชิด	0.572**
ด้านความสนใจ	0.622**
ด้านความผูกมัด	0.626**
2. ด้านผู้ดูแล	
ความเพียงพอของรายได้	0.137**
3. ด้านเด็ก	
เพศ	0.147**

**p<.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล และด้านเด็กมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ ทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 รายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว พบว่า ความใกล้ชิด ความสนใจ ความผูกมัด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.572 0.622 และ 0.626 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.137

ปัจจัยด้านเด็กปฐมวัย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง จังหวัดชัยภูมิ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.147

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ สรุปได้ 2 ประเด็นสำคัญคือ 1) ด้านเชิงบวก พบว่า ผู้ดูแลและเด็กมีความรู้สึกรักในการเลี้ยงดูเด็กที่ดีซึ่งกันและกัน สรุปได้ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ผู้ดูแลมีความรักและเอ็นดูเด็ก (2) อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน

และ (3) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวแห่งกลางซึ่งไม่มีพ่อแม่เด็กอาศัยอยู่ด้วย แต่ผู้ดูแลก็เลี้ยงดูเด็กบนฐานของความรัก การได้เลี้ยงดูเด็กอยู่ใกล้ชิดเด็กทุกวันทำให้เกิดความผูกพัน และในขณะที่มีปัญหาสุขภาพ เด็กและสมาชิกในครอบครัวจะสอบถาม เด็กจะนอนอยู่กับผู้ดูแลและช่วยนวดแขนขาเพื่อให้ผ่อนคลาย เป็นต้น สอดคล้องกับ¹² ความรักความเข้าใจของครอบครัวมีอิทธิพลต่อเด็กในทางบวก มีการตระหนักปลูกฝังให้เด็กมีคุณธรรมจริยธรรม รวมทั้งหน่วยงานของรัฐควรช่วยสนับสนุนและเสนอแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กด้วย ในขณะเดียวกันผู้ดูแลยังมีปัญหาและอุปสรรคต่อการเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ (1) ขาดการใช้เวลาคุณภาพ (2) ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ และ (3) เด็กติดสื่อดิจิทัลทั้ง 3 ปัญหาเหมือนเป็นห่วงโซ่ที่มีผลต่อเนื่องซึ่งกันและกัน ทั้งการใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก ส่วนมากผู้ดูแลจะใช้เวลาไปทำงานเพื่อหารายได้เข้าครอบครัว ในช่วงระหว่างวันที่เลี้ยงดูเด็ก จะปล่อยให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือตามลำพัง ผู้ดูแลยังขาดความรู้ของประโยชน์และโทษของการใช้สื่อดิจิทัลกับเด็ก แต่ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กมีความสนใจ ตั้งใจเรียนรู้เรื่องราวจากสื่อต่างๆ ได้ทุกวัน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการทำงานทำกิจวัตรประจำวัน และดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านได้ สอดคล้องกับ¹³ พบว่าผู้ดูแลหลักเป็นปู่ย่าตายายมีลักษณะของครอบครัวแห่งกลาง ผู้ดูแลไม่มีเวลา รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ และปล่อยให้เด็กดูโทรศัพท์มือถือไม่มีค่าชี้แนะเช่นเดียวกับ¹⁴ พบว่าวิธีการสื่อสารในครอบครัวสะท้อนให้เห็น

ถึงคุณค่าในตนเอง ถ้าการสื่อสารในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ มีช่องว่างระหว่างวัย ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดน้อยลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนในครอบครัวข้ามรุ่น¹⁵ พบว่า ควรมีนโยบายในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ดูแลเด็กครอบครัวแห่งกลางในการเฝ้าระวังการใช้สื่อกับเด็ก การรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล เพื่อเฝ้าระวังการใช้สื่อและการเสพสื่อที่ไม่เหมาะสม ภาควิชาครุศาสตร์ ควรมีนโยบายในการสำรวจภาวะขาดแคลน ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของเด็ก

2. ระดับความรักของครอบครัว อยู่ในระดับมาก และระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง อยู่ระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างด้านความรักของครอบครัว ผู้ดูแล และเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 จากผลการศึกษานี้ พบว่า ถึงแม้ระดับของความรักของครอบครัวที่มีต่อเด็กอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อดูในรายละเอียดของระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่ง อยู่ระดับปานกลาง สรุปประเด็นสำคัญของผลการศึกษานี้ได้ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

2.1 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็ก ด้านชีวิตของครอบครัวมีระดับต่ำที่สุด ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการให้เด็กได้ร่วมทำกิจวัตรประจำวันโดยให้เด็กคิดและลงมือปฏิบัติเอง การใช้ความรุนแรงกับเด็ก และสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และยาบ้า เป็นต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งภาควิชาครุศาสตร์ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กร่วมกันส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กอย่างเร่งด่วนเพื่อให้เด็กที่อาศัยในครอบครัวแห่งกลางนี้ได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน มีความอยู่ดีมีสุข และป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้เพียงหน่วยงานเดียว ปัจจุบันการที่เด็กติดสื่อจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ดังนั้นสหสาขาวิชาชีพ¹⁶ จึงเป็นส่วนที่มีบทบาทในการให้คำแนะนำการใช้สื่อดิจิทัลกับผู้ดูแล การป้องกัน เฝ้าระวัง ผลกระทบจากการใช้สื่อ ส่งเสริมการใช้สื่ออย่างถูกวิธี ประสานงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2.2 ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่ง จังหวัดชัยภูมิ ในด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านพบว่า ด้านสติปัญญา อยู่ในระดับต่ำที่สุด รองลงมาด้านสังคม สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพด้านร่างกายเด็ก ซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ ควรเร่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการส่งเสริม

พัฒนาการเด็กเป็นไปตามวัย สอดคล้องกับ¹⁷ ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้ดูแลควรมีสมรรถนะหลัก 3 ด้านคือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อสามารถส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านความรักของครอบครัว ด้านผู้ดูแล ด้านเด็กกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางของผู้ดูแลจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ปัจจัยด้านความรักของครอบครัว สรุปได้ดังนี้

3.1 ความรักของครอบครัว พบว่า ด้านความใกล้ชิด ด้านความสนใจ ด้านความผูกมัด มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางจังหวัดชัยภูมิ จึงเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย การนำฐานความรักของครอบครัวมาใช้ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานลำดับที่ 3 ของมนุษย์ ตามลำดับขั้นความต้องการ¹⁸ โดยปริมาณของความรักที่เหมาะสมถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนาเด็ก ซึ่ง¹² ผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กด้วยความเอาใจใส่ให้ความรักแก่เด็กอย่างสม่ำเสมอช่วยให้เด็กเป็นคนที่มีความประพฤติดี

3.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลาง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.137 ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้และมีเงินเก็บจะมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินเก็บหรือรายได้ไม่พอใช้สอดคล้อง¹⁹ พบว่า รายได้ของครอบครัวที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี โดยเด็กที่มีผู้ดูแลมีรายได้พอเพียงมีส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่า

3.3 ปัจจัยด้านเด็ก พบว่า เพศของเด็ก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.147 การศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นยายและย่า คิดเป็นร้อยละ 86.80, 64.00 และ 28.14 ตามลำดับ ผู้ดูแลมีบทบาทในการทำกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับวัยและเพศของเด็กโดยผ่านการเล่นในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย สอดคล้อง²⁰ พบว่า เพศเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแต่ละคนมีบุคลิกลักษณะที่แตกต่างกันการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กแต่ละเพศไม่เหมือนกัน

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ

ให้เจริญและมั่นคง การเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะเด็กที่พ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงดู การส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กด้วยความรักความเข้าใจของครอบครัวเป็นประเด็นสำคัญ ทั้งด้านชีวิตของครอบครัว มีความสมบูรณ์ เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย จากผลการวิจัยพบว่า

1. การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักที่เหมาะสมบนฐานความเข้าใจและความพร้อมของครอบครัว ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กให้เจริญเติบโตเป็นคนที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเสริมความรักความเข้าใจในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กเพิ่มเติม เช่น ด้านชีวิตของครอบครัว การใช้ความรุนแรงในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของเด็ก การใช้สื่อดิจิทัลกับคุณภาพชีวิตของเด็ก เป็นต้น

2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กในครอบครัวแห่งกลางในบริบทอื่นๆ เช่น เขตนครชัยบุรินทร์ เป็นต้น

References

1. Office of the National Economic and Social Development Council. The Thirteenth National Economic and Social Development Plan (2023-2027). Bangkok: The Council; 2023.
2. Office of the National Economic and Social Development Council. Human Achievement Index – HIA (2020). Bangkok: The Council; 2023.
3. Kirduang P. Well-Being and Economic Factors of Skipped-Generation Households in Thailand. Bangkok: Thailand Science Research and Innovation (TSRI); 2019. [in Thai]

4. Lekfeakfu N, Matcharunboonmee T. The Role of Household Condition on Quality Development for Future Labor Force. Bangkok: The Thailand Research Fund (TRF) Press. 2018. [in Thai]
5. Thianlai, K. & Hutaphaed, W. Distance People: Communication of Skipped-Generation Household. Journal of Social Development. 2019; 21(1): 59-75. [in Thai]
6. Runghairun U. A Study of the Quality of life of elderly in Skipped-Generation Families in Northeast Thailand; Panyapiwat Journal. 2021;13(3): 226-39. (in Thai)
7. Sternberg, R.J. A Triangular Theory of Love. Psychological Review.1986; 93(2):119-35.
8. Hinkley T, Verbestel V, Ahrens W, Lissner L, Molnar D, Moreno LA, Bourdeaudhuij ID. Early childhood electronic media use as a predictor of poorer well-being: a prospective cohort study. Jama pediatrics. 2014;168(5): 485-92.
9. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. California. SAGE Publications. 2011.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
11. Denzin NK. Triangulation 2.0. Journal of mixed methods research. 2012;6(2): 80-8.
12. Rodklai M. The Influence of Family's Love and Understanding on Morality and Ethics of Thai Children and Youth. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)

13. Sa-nguanphong Y, Phatisena T. Quality of Life among Early Childhood Children Aged 2-4 Years in Na Fai Child Development Center, Mueang District, Chaiyaphum Province. Journal Regional Health Promotion Center 9. 2020; 14(35): 389-409. (in Thai)
14. Sansupa K, Kulnapadol P, Purananon D. The Research and Development of Family Counseling Model to Enhance Family Transgeneration Communication. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1): 274-82. (in Thai)
15. Sessri J., Yoosamran W. Quality of life of school-age children in cross-generational families. Journal of social synergy. 2022;13(1): 1-13.
16. Kaenkrai A., Ketkaew K. Nurse's Roles on Electronic Screening Media Use in Early Childhood: Recommendations on Empirical Evidences. Thai Journal of Health Education. 2021;44(1): 39-48. (in Thai)
17. Sa-nguanphong Y, Phatisena T, Satayavongthip B. Early Childhood Rearing in Skipped-Generation Families among Caregiver in Chaiyaphum Province: Mixed Method Research. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 149-59. (in Thai)
18. Maslow, A. H. Motivation and personality. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1970.
19. Isaranurug, S., Nanthamongkolchai, S., Kaewsiri, D. Factors Influencing development of children aged one to under six years old. Journal of the Medical Association of Thailand. Med Assoc Thai. 2005;88(1):86-90.
20. Shweder, R. A. On savages and other children. American Anthropologist. 1982. 84(2), 354-66.

การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ในหอผู้ป่วยจักษุ

The Development of a Fall Risk Assessment Form for Elderly Patients with Visual Impairment at the Ophthalmic Ward

กษิรา จันทรมณี¹ พัทยา แก้วสาร*¹ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา²

Kasira Chantharamani¹ Pattaya Kaewsarn*¹ Kitsanaporn Tipkanjanaraykha²

¹สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

¹School of Nursing, Sukhothai Thammathirat University, Nonthaburi Thailand 11120

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี ประเทศไทย 12110

²Faculty of Nursing, Raja Mangala University of Technology Thanyaburi, Phathumthani Thailand 12110

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มสนทนาจำนวน 6 คน 2) กลุ่มพยาบาลปฏิบัติการจำนวน 20 คน 3) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น จำนวน 42 คน การพัฒนาแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันของการใช้แบบประเมิน 2) การพัฒนาแบบประเมิน ผ่านการทดสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.91 และ 3) ประเมินความเหมาะสมของแบบประเมิน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .86 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 มีความไวสูงร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะร้อยละ 90

ผลการวิจัยพบว่า 1) แบบประเมินเดิมยังขาดความเหมาะสมในการใช้งาน 2) แบบประเมินที่พัฒนามีปัจจัยเสี่ยง 9 ด้าน คือ (1) อายุ (2) ประวัติการหกล้ม (3) ประวัติการไ้ยา (4) ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว (5) การเดิน/การเคลื่อนไหว (6) ความบกพร่องด้านการมองเห็น (7) ความบกพร่องด้านการรับรู้ (8) การข้บถ่าย และ (9) สิ่งแวดล้อม และ 3) แบบประเมินมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด และไม่พบอุบัติการณ์หกล้ม

คำสำคัญ: แบบประเมิน, ภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ความบกพร่องด้านการมองเห็น

Abstract

The objective of this research was to develop a fall risk assessment form to use on elderly patients with visual impairment at ophthalmic ward of Surat Thani Hospital. The sample population, which was chosen through purposive sampling, consisted of 3 groups: for phase 1-analysis of the present situation of the use of fall assessment form with 6 optical health experts; for phase 2—development of a new fall risk assessment form—the developed form was evaluated and found to have a content validity index of 0.91. for phase 3—evaluation of the suitability—20 registered nurses at the ophthalmic ward used the form to assess 42 elderly patients who had come in. then followed up on the incidence of falls, and evaluated the suitability of the

Corresponding Author: *E-mail: pattayakaew22@gmail.com

¹ นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 25 ม.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 มิ.ย. 2566

form. The evaluation form had a content validity index of 0.86 and a reliability score of 0.89. the sensitivity was 100% and the specificity was 90%. There were 3 major findings of the research: 1) Experts' evaluation of the previously used fall risk assessment form showed that it was not specifically designed 2) The new fall risk assessment form that comprised 9 risk factors (1) age, (2) fall history, (3) medication use history, (4) illness history/chronic conditions, (5) walking/mobility, (6) vision disorders, (7) perception disorders, (8) bladder/bowel function, and (9) environment. Lastly, 3) registered nurses rated the newly form as "highly suitable" and there were no reports of falls.

Keywords: Assessment form, fall risk, elderly, visually impaired

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 684,000 คน เฉลี่ยวันละ 1,160 คน โดยพบร้อยละ 28-35 เป็นผู้ที่มียู่มากกว่า 65 ปี¹ สำหรับประเทศไทย จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560-2564² พบว่ามีผู้สูงอายุหกล้มปีละ 3,030,900-5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,700-10,400 คน

สาเหตุของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายใน (intrinsic factors) ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย กล้ามเนื้อ ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อายุ เพศ ความบกพร่องด้านการมองเห็น การทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ปัจจัยภายนอก (extrinsic factors) จะเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ห้องน้ำลื่น ไม่มีที่ยึดจับ ไม่มีสัญญาณขอความช่วยเหลือ แสงสว่างไม่เพียงพอ เตี้ยสูงเกินไป มีสิ่งกีดขวางทางเดิน^{3,4,5,6}

การพลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจดังนี้ คือ ด้านร่างกายพบลักษณะการบาดเจ็บร้อยละ 50 เป็นอาการปวดหลัง มีแผลถลอก รอยฟกช้ำ แผลฉีกขาด และร้อยละ 2.5 มีความรุนแรงจนถึงขั้นกระดูกหัก ผลกระทบด้านจิตใจพบว่าทำให้ เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า วิดกกังวล ด้านเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว สูญเสียเวลาทำงานของผู้ป่วย ญาติ⁷

ความบกพร่องด้านการมองเห็นเป็นปัจจัยภายในสำคัญที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม⁸ พบว่าการมองเห็นที่ลดลงความสามารถในการแยกความตื้น-ลึก ความมืด-ความสว่าง

ลานสายตาที่แคบ และโรคทางตา ส่งผลทำให้การกะระยะวัตถุ ผิดพลาด ทำให้เกิดการชนหรือสะดุดวัตถุและหกล้มได้ สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นยังมีจำกัด พบเพียงการศึกษาของนิภา หาทอน⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นเท่านั้น

จากการทบทวนงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง^{10,11,12,13,14} พบว่ามาตรการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มประกอบไปด้วย 3 กระบวนการคือ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ 3) การจัดระบบของหน่วยงาน/องค์กร ซึ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แม้ว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่นิยมใช้ในโรงพยาบาลจะเป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน แต่ยังไม่พบข้อจำกัดของการนำแบบประเมินไปใช้เนื่องจากการใช้แบบประเมินจำเป็นต้องคำนึงถึงสภาพผู้ป่วย ลักษณะการเจ็บป่วย ลักษณะหน่วยงาน สถานที่ และแบบประเมินต้องมีความไวและความจำเพาะสูง มีระยะเวลาประเมินที่เหมาะสมจึงจะสามารถคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{15,16}

กระทรวงสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับมาตรฐานความปลอดภัยในการบริการสุขภาพโดยมุ่งการบริการสุขภาพที่คงไว้ซึ่งความปลอดภัยทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ (Patient and Personnel safety: 2P Safety)^{17,18} จากรายงานของคณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีในปี พ.ศ. 2562-2564 พบการพลัดตกหกล้มเป็น 1 ใน 5 ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดเป็น 0 แต่พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มในภาพรวม

เท่ากับ 0.15 ครั้ง (46 ราย), 0.18 ครั้ง (49 ราย) และ 0.23 ครั้ง (42 ราย) ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ หน่วยงานที่พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มมากที่สุดได้แก่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และห้องฉุกเฉิน ตามลำดับ ซึ่งอุบัติการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงระดับ A-D ร้อยละ 80-90 ความรุนแรงระดับ E-F ร้อยละ 5-10 และความรุนแรงระดับ G-I ร้อยละ 1-2 ซึ่งในปี 2565 มีความรุนแรงระดับ I คือเสียชีวิต 1 ราย

หอผู้ป่วยจักษุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตาและการมองเห็นที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปจนถึงสูงอายุ จากสถิติข้อมูลผู้มารับบริการย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2562-2564) พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นจำนวน 1,319, 1,409 และ 1,603 ราย คิดเป็นร้อยละ 65, 63.07 และ 69.03 ตามลำดับ พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มทั้งหมด 15 ครั้ง เป็นผู้ป่วยอายุร้อยละ 79. 90 (12 ราย) ผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มพบว่า ล้มบริเวณข้างเตียง เดินสะดุดสิ่งกีดขวาง หกล้มในห้องน้ำ หกล้มบริเวณด้านข้างหอผู้ป่วย และตกเตียง ซึ่งแบบประเมินพลัดตกหกล้มที่ใช้อยู่ปัจจุบันในหน่วยงานคือแบบประเมิน Hendrich II Fall Risk Assessment ซึ่งได้นำมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานโดยการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการมองเห็นเข้าไปและตัดบางปัจจัยออก ทำให้แบบประเมินปัจจุบันที่ใช้อยู่ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 7 ปัจจัย คือ 1) อาการสับสน ไม่รู้วัน เวลา 2) อาการซึมเศร้า 3) การขับถ่ายที่ผิดปกติ 4) อาการเวียนบ้านหมุน 5) การใช้ยากลุ่มเสี่ยง

6) การมองเห็นที่ผิดปกติ 7) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แต่พบว่าแบบประเมินดังกล่าวยังขาดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและยังขาดความจำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่มีเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและมีประสิทธิภาพขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มและสภาพการณ์การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นในหอผู้ป่วยจักษุ ผู้วิจัยได้ดำเนินงานโดยการวิเคราะห์อุบัติการณ์และสภาพการณ์การใช้แบบประเมินพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยผ่านการสนทนากลุ่มร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง^{3,5,10,11,12,13,14} โดยมีขั้นตอนดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1(R1)

ศึกษาสภาพการณ์การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นทบทวนวรรณกรรม

- ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี
- ทบทวนอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม

สนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญจักษุ

- สภาพการณ์การใช้แบบประเมินฯ
- แบบประเมินฯที่ต้องการพัฒนา

การพัฒนาระยะที่ 2 (D1)

พัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ร่างแบบประเมิน

- ร่างแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม
- ร่างแบบประเมินความเหมาะสม
- ร่างแบบประเมินผลอุบัติการณ์

ตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

- Content analysis
- ความตรง (validity)
- ความเชื่อมั่น (reliability)

การวิจัยระยะที่ 3 (R 2)

การนำแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มไปใช้ประเมินผล การใช้แบบประเมิน

- ประเมินความเหมาะสม
- ประเมินอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการพัฒนาและเก็บข้อมูล 8 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565-สิงหาคม 2565 มีวิธีดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ระยะที่ 2 พัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มฯ ซึ่งประกอบด้วยการร่างแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มและการประเมินคุณภาพแบบประเมิน

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การนำแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มฯ ที่พัฒนาไปใช้ประกอบการประเมินความเหมาะสมและประเมินผลปฏิบัติการการพลัดตกหกล้ม

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มสนทนา เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจักษุได้แก่ จักษุแพทย์ผู้ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจักษุ 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุชายและหญิง 2 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุอาวุโส 2 คน รวม 6 คน โดยมีระยะเวลาดำเนินการในเดือนมกราคม 2565

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลประจำการ เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจักษุที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ คือมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 20 คน เป็นผู้ประเมินความเหมาะสมในการใช้โดยมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2565 รวมเวลา 7 เดือน

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นจำนวน 42 คน ทำการคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 221 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 154 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีระดับสายตาข้างที่แย่ที่สุดเมื่อมองด้วยตาเปล่า (Visual Acuity : VA) < 20/70 มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งมีผู้ป่วยสูงอายุที่คัดเลือกเข้าตามเกณฑ์ทั้งหมด 44 คน คัดออก 2 คน จากการเลื่อนผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับ

แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม

การวิเคราะห์สภาพการณ์การใช้แบบประเมินฯ ผ่านการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางจักษุ โดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและร่างแนวทางการสนทนากลุ่มซึ่งได้ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่ใช้อยู่ปัจจุบัน 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นที่ควรจะเป็นและ 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นรูปแบบใหม่ที่ต้องการพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม

การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มฯ ทำโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาบูรณาการร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้ปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 9 ปัจจัยได้แก่ 1) อายุ 2) ประวัติการหกล้ม 3) ประวัติการใช้ยา 4) ประวัติการเจ็บป่วย 5) การเดิน 6) ความบกพร่องด้านการมองเห็น 7) ความบกพร่องด้านการรับรู้ 8) การขับถ่าย และ 9) สิ่งแวดล้อม จากนั้นกำหนดเกณฑ์คะแนน และจัดรูปแบบตาราง ซึ่งแบบประเมินที่พัฒนาได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตามเกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ¹⁹ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.91 และทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) กับผู้ป่วยคนละกลุ่มที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนครึ่งละ 30 คน ในช่วงเวลาที่ห่างกัน 2 สัปดาห์ หาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ (Coefficient of Stability) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 ซึ่งผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁰

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนา

หลังการพัฒนาแบบประเมินฯ ได้นำแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มไปให้พยาบาลประจำการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 20 คน ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 42 คน และประเมินผล 2 ส่วนคือ 1) ประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มและ 2) ประเมินผลปฏิบัติการการพลัดตก

หกล้มในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น

การประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินฯ ประกอบด้วยการประเมินดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยง 2) เกณฑ์คะแนน 3) ด้านเวลา 4) ด้านความยากง่าย 5) ด้านความชัดเจนของปัจจัยเสี่ยง 6) ด้านการมองเห็นแนวทางการจัดกิจกรรมป้องกันความเสี่ยง โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.86 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลและนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคลใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ด้านปัจจัยเสี่ยงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multiple Regression เพื่อดูปัจจัยการทำนายการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ส่วนความเหมาะสมด้านอื่นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.2 ประเมินผลอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น

การประเมินผลอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ใช้แบบบันทึกติดตามอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มซึ่ง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ 1) โรคที่มารับการรักษา 2) การผ่าตัด 3) ผู้ดูแลหลัก 4) ระดับความเสี่ยงจากการประเมิน และหากเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มจะประเมินเพิ่มเติมในเรื่อง อุบัติการณ์ วัน เวลา รายละเอียดการหกล้ม บริเวณที่หกล้ม กิจกรรมที่สัมพันธ์กับการหกล้ม การบาดเจ็บ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 15/2564 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2564 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 076/2564 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2564 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทำโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูล ระยะเวลาของการศึกษา สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษา รวมทั้งการเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แนวคำถามการสนทนากลุ่มใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาและ Multiple Regression

ผลการวิจัย ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 สภาพการณ์ปัจจุบันของแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์สภาพการณ์และปัญหาในการใช้งานของแบบประเมินพลัดตกหกล้มเดิมพบว่า ยังขาดความจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยทางจักษุ รวมทั้งรูปแบบตารางไม่เหมาะสมในการประเมิน

ระยะที่ 2 แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนา

แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ในการประเมินทั้งหมด 9 ปัจจัย กำหนดค่าคะแนนปัจจัยย่อย ปัจจัยรวม รูปแบบเป็นตารางประเมินหน้าเดียว และเพิ่มเติม Early Warning Sign เพื่อการประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะดังภาพที่ 2

แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น				Early Warning Sign พลัดตกหกล้ม				
ปัจจัย	เกณฑ์คะแนน	ปัจจัย	เกณฑ์คะแนน	ปัจจัย	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
				ความเสี่ยง	ความเสี่ยง	ความเสี่ยง	ความเสี่ยง	
				ช บ ค	ช บ ค	ช บ ค	ช บ ค	
1. History		2. Physical & Functional Factor						
1.1 ประวัติการหกล้ม		2.1 อายุ						
ไม่เคยหกล้มใน 1 ปี	0	อายุ 60-69 ปี	1	ปัจจัยเสี่ยง				
เคยหกล้มใน 1 ปี	1	อายุ 70-79 ปี	2	สับสน/ไม่รู้วันเวลา สถานที่				
เคยหกล้มใน 6 เดือน	2	อายุ ≥ 80 ปี	3	ข้บถ่ายคิดปกคิเข้าห้องน้ำบ่อย				
เคยหกล้มใน 3 เดือน	3	2.2 การเดิน/การทรงตัว		เวียนบ้านหมุน				
1.2 การใช้อาณัติ		เดินได้ปกติ	0	ได้รับยาคุมเสี่ยง				
ไม่มียาคุมเสี่ยง	0	ลูกเดินได้แต่ไม่มั่นคง/ไม่ต้องการอุปกรณ์ช่วย	1	ลูกนั่งเดินบ่อยครั้ง				
Narcotic (ยาบรรเทาปวด)	1	ลูกเดินได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย ไม่ใช้walker	2					
Anticoagulant (ยาต้านชัก)	1	เดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง/ใช้รถเข็น	3					
Antihypertensive (ยาความดัน)	1	2.3 การรับรู้/ความจำ		สิ่งแวดล้อม				
Diuretic (ยาขับปัสสาวะ)	1	การรับรู้เวลาสถานที่บุคคลปกติ	0	เตียงสูง				
Antipsychotic (ยาจิตเวช)	1	ความจำเสื่อม/หลงลืม/ลืมตราบางเวลา	1	เตียงไม่มีที่ lock ล้อ				
Benzodiazepines (ยานอนหลับ)	1	ความจำเสื่อม/หลงลืม/ลืมตราตลอดเวลา	2	ไม่ได้อยู่ในห้องคนเดียว				
Antihistamine (ยาแก้แพ้)	1	สับสน/ลืมตรา/สมองเสื่อม	3	พื้นค่างระดับ สิ้น ขาว/ดำ				
1.3 โรคประจำตัว		2.4 ความบกพร่องด้านการมองเห็น		ห้องน้ำ สิ้น/ไม่มีราวจับมิด				
ไม่มีโรคประจำตัว	0	(ระดับสายตาข้างที่ตึกมองด้วยตาเปล่า)		ทางเดินเปียก สิ้น มิด				
HT (ความดัน)	1	VA 20/70 - 20/200 หรือ VF 30-20	1	ไม่มีญาติเฝ้า				
DM (เบาหวาน)	1	VA 20/200 - 10/200 หรือ VF 20-10	2	ความเสี่ยงเพิ่มเติม.....				
COPD (หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง)	1	VA < 10/200 - blind หรือ VF < 10	3	1.....				
Stroke (โรคหลอดเลือดสมอง)	1	2.5 การขับถ่าย		2.....				
Epilepsy (โรคลมชัก)	1	การขับถ่ายปกติกลับปัสสาวะได้	0	3.....				
Musculoskeletal (กล้ามเนื้อ/กระดูก)	1	มีปัสสาวะเล็ดเป็นบางครั้ง	1					
Osteoarthritis (ข้อเข่าเสื่อม)	1	มีปัสสาวะรดบ่อยครั้ง	2					
Vernigo (โรคปื้นเหิม)	1	กลับปัสสาวะไม่ได้เลย	3	การประเมิน				
ระดับความเสี่ยง		2.6 สถานที่เสี่ยง		มีเหตุการณ์ (/)				
ความเสี่ยงต่ำ 0-9 คะแนน		สถานที่เสี่ยงเล็กน้อย ไม่มีความเสี่ยง	0	ไม่มีเหตุการณ์ -				
ความเสี่ยงสูง >9 คะแนน		เตียงสูง/ไม่มีที่กันเตียง/ไม่มีที่ lock ล้อ	1	การเฝ้าระวัง : คัดบ้อเฝ้าระวังความเสี่ยงหน้าเฝ้าประ รัลปั๋ว หน้าเคอง หน้าห้อง				
		พื้นค่างระดับ สิ้น ขาว/ดำ	1	ความเสี่ยงค่า : ประเมินวันละ 1 ครั้ง (เวรเช้า) ความเสี่ยงสูง : ประเมินทุกเวร				
		ห้องน้ำ สิ้น/ไม่มีราวจับแสงสว่าง ไม่เพียงพอ	1					
		ทางเดินเปียก สิ้น วางของ ไม่เป็นระเบียบมิด	1	การประเมิน : ประเมินในปั๋วสูงอายุ - 60 ปีที่มีระดับสายตาข้างที่ตึก VA < 20/70				
คะแนนรวม								

ภาพที่ 2 แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น

ระยะที่ 3 ผลการนำแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาไปใช้ในหอผู้ป่วยจักษุ

3.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมินทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60 โดยอายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 57 ปี มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการร้อยละ 30 ระดับชำนาญการร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 90 ระดับปริญญาโทร้อยละ 10 ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 31 ปี จบการศึกษาเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางจักษุร้อยละ 40

3.2 ผลการประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนา

การประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินจะแยกวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วนด้วยกันคือ 1) ประเมินความเหมาะสมด้านปัจจัยเสี่ยงเพื่อทำนายปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มและ 2) ประเมินความเหมาะสมด้านเกณฑ์คะแนน ระยะเวลา ความยากง่าย ความชัดเจน การมองเห็นแนวทางจัดกิจกรรม และความเหมาะสมในภาพรวม ดังจะแสดงรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้สถิติ Multiple Regression (N = 20)

ตัวแปร	B	SE	Beta
อายุ	.116	.184	.121
ประวัติการหกล้ม	.318	.205	-.337
การใช้ยากลุ่มเสี่ยง	.214	.247	.222
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	.628	.241	.650
การเดินการเคลื่อนไหว	.373	.551	-.426
ความจำ/การรับรู้	.218	.159	.231
ความบกพร่องด้านการมองเห็น	1.09	.501	1.234
การขับถ่าย	.454	.203	-.464
สิ่งแวดล้อม	.239	.203	-.234

$R^2 = .993$ $SEE = .362$ $F = 322.94^*$ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทั้ง 9 ปัจจัย สามารถพยากรณ์การพลัดตกหกล้มได้ถึงร้อยละ 99 และเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ถึงการพลัดตกหกล้มจากมากไป

น้อยสามารถเรียงลำดับได้ดังนี้คือ 1) ความบกพร่องด้านการมองเห็น 2) การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว 3) การขับถ่าย 4) การเดิน/การเคลื่อนไหว 5) ประวัติการหกล้ม 6) สิ่งแวดล้อม 7) ความจำ/การรับรู้ 8) การใช้ยากลุ่มเสี่ยง 9) อายุ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสม ในการใช้แบบประเมิน (N = 20)

ความเหมาะสม	พยาบาลผู้ทดลองใช้แบบประเมิน		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านเกณฑ์คะแนน	4.40	0.50	มาก
2. ด้านระยะเวลา	4.55	0.51	มากที่สุด
3. ด้านความยาก/ง่าย	4.55	0.51	มากที่สุด
4. ด้านความชัดเจนของปัจจัยเสี่ยง	4.55	0.51	มากที่สุด
5. ด้านการมองเห็นแนวทางกิจกรรม	4.60	0.59	มากที่สุด
6. ความเหมาะสมในภาพรวม	4.56	0.51	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่าความเหมาะสมในการใช้แบบประเมินพลัดตกหกล้มมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด โดยความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$ $SD = 0.51$) สำหรับเวลาในการประเมินพบว่าใช้เวลาประเมินต่ำสุด 1.25 นาที สูงสุด 5.45 นาที เฉลี่ย 2.50 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสม

การอภิปรายผลการวิจัย

แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่ใช้อยู่ปัจจุบันพบว่ามีค่าความไวของแบบประเมิน (Sensitivity)

ร้อยละ 78.6 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 75 แบบประเมินยังขาดความจำเพาะเจาะจงด้านปัจจัยเสี่ยง การแสดงตารางและวิธีใช้ยังไม่ชัดเจน ประเมินยาก ใช้เวลานาน ส่วนแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีรูปแบบเป็นตารางซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 9 ปัจจัย แต่ละปัจจัยกำหนดประเด็นย่อยที่ชัดเจน มีที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ มีข้อกำหนดคะแนนที่ชัดเจน ประเมินง่าย ใช้เวลาในการประเมินเหมาะสม มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตา ซึ่งเป็นลักษณะที่ดีของแบบประเมินพลัดตกหกล้ม^{15,16} ส่วนการประเมินความ

เหมาะสมพบว่า (1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทั้ง 9 ปัจจัย สามารถพยากรณ์การพลัดตกหกล้มได้ถึงร้อยละ 99 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้คือ ความบกพร่องด้านการมองเห็น การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว การขับถ่าย การเดิน/การเคลื่อนไหว ประวัติการหกล้ม สิ่งแวดล้อม ความจำ/การรับรู้ การใช้ยา กลุ่มเสี่ยง และอายุ ตามลำดับ (2) ความเหมาะสมด้านเวลา ใช้เวลาเฉลี่ย 2.50 นาทีซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับแบบประเมินคือ 1-17 นาที¹⁶ (3) ความเหมาะสมด้านอื่นๆ ได้แก่ ความง่ายในการประเมิน ความชัดเจนของปัจจัยเสี่ยง การมองเห็นแนวทางจัดกิจกรรมป้องกันความเสี่ยง และความเหมาะสมโดยรวมของแบบประเมินฯ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($M = 4.56$ $SD = 0.51$) สำหรับอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม หลังการนำแบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มฯ ไปใช้ร่วมกับมาตรการการป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นระยะเวลา 5 เดือนไม่พบว่ามีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับ แนวเวชปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งได้กล่าวว่าแบบประเมินและมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ดีจะสามารถป้องกันอุบัติการณ์การหกล้มได้¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนา ควรนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยทางจักษุ รวมทั้งสถานพยาบาลต่างๆ ที่ดูแลผู้สูงอายุ
2. แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนา ควรมีการประเมินผลและติดตามการปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาและติดตามผลลัพธ์การใช้แบบประเมิน ภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มฯ โดยใช้ระยะเวลานานขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแบบประเมินที่มีประสิทธิภาพ
2. แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับบทบาทของญาติ โดยกำหนดให้เป็นปัจจัยหนึ่งในการประเมินปัจจัยเสี่ยง
3. แบบประเมินภาวะเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่พัฒนา ควรพัฒนารูปแบบและมาตรการป้องกันให้มีความ จำเพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการมองเห็นที่ระดับ สายตาบอด (Blind) ให้มากขึ้น

References

1. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in older Age. World Health Organization Geneva Switzerland; 2021.
2. Srichang N, Kawee L. Fall Forecast Report among the Elderly (aged 60 years and over), 2017-2021. Division of Non-Communicable Diseases. Journal of the Department of Disease Control. 2020; 46(4):2-9. (in Thai)
3. World Health Organization. WHO global Report on Falls Prevention in older age. World Health Organization Geneva Switzerland; 2019.
4. Assantachai P. Common health problems in the elderly and prevention. Journal of Primary Care and Family Medicine. 2015; 40(5):37-40. (in Thai)
5. Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention: a systematic review. Journal of Minerva Medical. 2014; 105(4): 275-81.
6. Crandall M, Duncan T, Mallat A, Greene W, Violano P, Christmas AB, et al. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention: a systematic review. Journal of Minerva Medical. 2014; 105(4):275-81.
7. Ekpakorn W. Survey of Thai People's Health by Physical Examination. 6th, 2019-2020. Thai Public Health Survey Office. Public Health Systems Research Institute. 2022. (in Thai).
8. Saftari, L.N., & Kwon, OS. Ageing vision and falls: a review. Journal of Physiological Anthropology. 2018; 37(1):1-14.
9. Haton W. The Development of Nursing Practice Guidelines for Fall Prevention and Care in Elderly Patients with Visual Impairment in Ophthalmic Wards. Khon Kaen Hospital (Master of Nursing Thesis Unpublished). Mahidol University. Bangkok. 2013. (in Thai)

10. Institute of Medicine for the Elderly Somdet Phra Sangkharajyanasangvara, Clinical practiceguideline for the prevention and assessment of falls in the elderly. Department of Medical Services, Ministry of Public Health Bangkok: CG Tool; 2019. (in Thai)
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls in Older People: Assessing Risk and Prevention. 2013.
12. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et Al. Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021; 12 (2): 105-95.
13. American Geriatrics Society/British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(7):1400-4.
14. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older. 2017.
15. Marta Aranda-Gallardo, Jose M Morales-Asencio, Jose C Canca-Sanchez, Silvia Barrero-Sojo, Claudia Perez-Jimenez, Angeles Morales-Fernandez. et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: A systematic review. *Journal of Biomedical-Health research*. 2013; 69(1):122-3.
16. Seong -Hi Park. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review. *Aging clinical and experimental research*. 2018; 37(1):1-16.
17. Limpanyalert P. 2P safety patient and personnel safety. Northeast Reginal HA Forum 4th ed; 2017 Jul Pullman KhonKaen Raja Orchid Hotel. Khon Kaen. 2017. (in Thai)
18. Cheevakasemsook A. New Clinical Nursing Supervision with 2P Safety: Concept and Application. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(2):9-17. (in Thai)
19. Polit, D.F. & Beck, C.T. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.^{ed.}) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. 2015.
20. Srisathitnarakoon B. Research methodology in nursing science. *Journal of health and nursing Research*. 2010; 39(2):68-80. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน

Predictors of Executive Function Development in Preschool-Age Children

นัตยา แสงใส* ยูนี พงศ์จตุรวิทย์ วณิดา ขวัญสำราญ

Nattaya Sangsai* Yune Pongjaturawit Wanita Kwansumran

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20130

Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province, Thailand 20130

บทคัดย่อ

พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน มีความสำคัญตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่ส่งผลต่อความสามารถและความสำเร็จในชีวิต การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารและปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเป็นมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 87 คน ที่เข้ามารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้าน แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ และ แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 57.38$, $SD = 6.74$) และพบว่าลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์เป็นตัวทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียนได้ร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$, $p < .05$) จากผลการศึกษานี้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่ดีมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร, ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์, เด็กวัยก่อนเรียน

Abstract

Executive function development is important that effect on the abilities successful life from infancy through adulthood. This predictive correlational research aimed to study the level of executive function development and predicting factors of executive function development in preschool children. A multi-stage random sampling was used to recruit a sample of 87 mothers and their preschool children who were receiving service at child care centers in the municipality of Chonburi province. Research instruments included a demographic questionnaire, the Home Observation for the Measurement of Environment (HOME), the child temperament questionnaire, executive function development in preschool child questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression

Results showed that the overall executive function of preschool children was at good level. ($\bar{X} = 57.38$, $SD = 6.74$). The child temperament was significant predictor of the development of executive function skill among preschool children ($R^2 = .210$, $p < .05$) These findings suggest that nurses and health care

Corresponding Author: * E-mail: nattayas@buu.ac.th

วันที่รับ (received) 5 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 พ.ย. 2566

providers should promote for child temperament. Consequently, preschool children would have more appropriate executive function development.

Keywords: Executive function development, Temperament, Preschool-Age Children

บทนำ

การคิดเชิงบริหาร (Executive Functions: EF) หรือ หน้าที่การบริหารจัดการของสมอง เป็นกระบวนการทางความคิด การทำงานของสมองส่วนหน้า (frontal cortex) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านความคิดความรู้สึก และการกระทำ การตั้งใจคิดไตร่ตรอง การควบคุมอารมณ์ การยืดหยุ่นทางความคิด การตั้งเป้าหมาย วางแผน ความมุ่งมั่น การจดจำ ประสบการณ์ที่ผ่านมา และนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการและทักษะที่มีความจำเป็นต่อการเรียนการทำงานรวมทั้งการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน¹ พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารจะพัฒนาอย่างมาก ช่วงเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาทองของชีวิตที่มีอัตราการพัฒนาการคิดเชิงบริหารสูงสุด จากรายงานของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพสำรวจการคิดเชิงบริหารในเด็กไทย อายุ 2-6 ปี พบว่ามีคะแนนการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 28.32 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กไทย² ซึ่งร้อยละ 18 เด็กมีปัญหาในการกำกับตนเอง ไม่รู้จักการรอคอย ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ และร้อยละ 30 มีพัฒนาการทั่วไปล่าช้าซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารด้วย¹ หากมีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรมตนเองของเด็กในช่วงอายุ 2-3 ปี อาจส่งผลกระทบต่อควบคุมอารมณ์ของเด็กเมื่อเด็กอายุได้ 5 ปี และการควบคุมอารมณ์จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จทักษะทางสังคมเมื่อเด็กอายุได้ 7 ปีเช่นกัน³ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีทักษะการควบคุมตนเองต่ำเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่ปัญหาด้านสุขภาพที่ต้อกว่า และมีอัตราการก่ออาชญากรรมสูงกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาด้านการควบคุมตนเอง หากเด็กไม่ได้รับการแก้ไขและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านทักษะการคิดเชิงบริหาร ปัญหาต่างๆ ในสังคมก็จะเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ

จากปัญหาดังกล่าวการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารควรต้องมีการวางรากฐานตั้งแต่วัยก่อนเรียนมีการศึกษาพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีทักษะการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์ อาจส่งผลกระทบต่อความพร้อมในการเรียน ทักษะด้านการอ่าน ความเข้าใจภาษา และคณิตศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)⁴ ซึ่งมีความ

สำคัญต่อการประสบความสำเร็จทั้งในเรื่องการเรียน สุขภาพการทำงาน การใช้ชีวิตในสังคม การคิดเชิงบริหารจึงเป็นทักษะพื้นฐานที่ต้องมีในศตวรรษที่ 21² เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคเด็กสามารถวางแผนหาแนวทางการแก้ไขได้ ช่วยให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ (Temperament) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการเปลี่ยน ความยืดหยุ่นในการคิด⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นอารมณ์ เข้าใจอารมณ์ตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กก่อนวัยเรียน⁶ หากพื้นอารมณ์เด็กที่มีอารมณ์ทางลบบ่อยๆ มักมีปัญหาด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม และพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยากสามารถทำนายปัญหาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารทุกด้านของเด็กวัยก่อนเรียนได้ร้อยละ 36⁷ และอีกส่วนได้รับจากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในช่วงแรกของชีวิต คือปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร สภาพแวดล้อมที่บ้านเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการปรับตัวโดยเฉพาะเด็กที่จะเจริญเติบโตขึ้น ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่บ้านเป็นแหล่งหล่อหลอมลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพของเด็กที่จะเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า⁸ จากสังคมไทยเพื่อพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคศตวรรษที่ 21 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคดิจิทัลอย่างรวดเร็ว สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์รวมทั้งเด็กวัยก่อนเรียน และพบว่าเด็กจะใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอเฉลี่ยถึงวันละ 3 ชั่วโมงในการเล่นเกมส์ ดูการ์ตูนที่มีการนำเสนอโดยการเปลี่ยนภาพทางโทรทัศน์อย่างรวดเร็ว โดยสมาคมกุมารแพทย์อเมริกันให้คำแนะนำการเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอของเด็ก อายุมากกว่า 2 ปีควรใช้เวลากับสื่อผ่านหน้าจอทุกประเภทไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน แต่ปัจจุบันการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นของเด็ก⁹ และพบว่าการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอทำให้เด็กสนใจสิ่งแวดลอมรอบตัวลดลง และมีการสื่อสารกับคนรอบข้างน้อยลง การเลี้ยงดูเด็กในช่วง

ปฐมวัยโดยใช้โทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์เป็นประจำในระยะเวลาไม่นานๆ ส่วนใหญ่จะไม่สนใจกิจกรรม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขาดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และแยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เด็กจะมีการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปและมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้น เกเร ส่งผลให้เด็กขาดการยับยั้งชั่งใจที่ดี อาจส่งผลต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กได้¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยส่วนมากศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบทต่างจากไทย และพบว่าศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว สภาพแวดล้อมที่บ้านความเครียดในการเป็นมารดา ระดับการศึกษาของมารดา พบว่าความเครียดในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.147$, $p < .05$)¹¹ การศึกษาปัจจัยทำนายพบว่ามีน้อยโดยมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งได้แก่ ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมที่บ้าน จำนวนชั่วโมงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอ เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางสร้างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่เหมาะสมให้กับเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งพยาบาลผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมเด็กให้มีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการทักษะด้านการคิดเชิงบริหารให้มีความพร้อมในการเรียน ทำงานร่วมกับครู ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางการศึกษาด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการทักษะด้านการคิดเชิงบริหารแก่เด็กวัยก่อนเรียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมที่บ้านและจำนวนชั่วโมงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอ ต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวความคิดทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา (Cognitive development theory) ของ Piaget¹² ซึ่งทักษะด้านการคิดเชิงบริหารเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการทางสติปัญญา เด็กวัยก่อนเรียนจะมีพัฒนาการ อยู่ในขั้นของการคิดก่อนปฏิบัติการ (Preoperational stage) เด็กวัยนี้มีพัฒนาการทางความคิดเพิ่มขึ้น เริ่มมีความคิดเกี่ยวกับการกระทำของตนเองและ ทักษะการคิดเชิงบริหารเกิดจากเด็กเรียนรู้จากสิ่งรอบตัวและพัฒนาความคิดเป็นลำดับขั้น ทำให้เกิดความสามารถในการคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหาและพัฒนาสู่การปรับตัวของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ มีความสามารถในการควบคุมกำกับกระบวนการทางปัญญาและความคิดวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาจนสำเร็จ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของสมองระดับสูงที่ช่วยในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และการกระทำจนเกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย³ ซึ่งมีปัจจัยจากเด็กคือพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมที่ ส่งผลต่อทักษะการคิดเชิงบริหาร ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมที่บ้าน จำนวนชั่วโมงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอ เขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุระหว่าง 3 - 5 ปี มารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลเมืองจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีทั้งหมด 9 ศูนย์และมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี และนำบุตรมารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยมีการคัดเลือกคือ เป็นมารดามีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก สามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีบุตรวัยก่อนเรียนอายุระหว่าง 3 - 5 ปี มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีความผิดปกติหรือปัญหาทางด้านพฤติกรรมสำหรับครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 4 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารโดยการตอบแบบประเมิน ซึ่งเป็นครูที่ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมาไม่น้อยกว่า 3 เดือน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ที่ใช้สถิติ Multiple regression โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรขนาดปานกลางเท่ากับ 0.15¹³ คำนวณได้ 87 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เริ่มโดยการจับสลากรายชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 3 ศูนย์จากทั้งหมด 9 ศูนย์ และจับสลากรายชื่อเด็กที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และมีอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 3 ศูนย์ตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองบ้านสวน 26 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองห้วยกะปิ 29 คน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองแสนสุข 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและครอบครัว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่เกิด จำนวนเด็กที่อยู่ในบ้านเดียวกัน จำนวนชั่วโมงในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และระยะเวลาที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้านสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสภาพแวดล้อมที่บ้านสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน¹⁴ ประกอบด้วย ข้อคำถาม มีทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้านคือ ด้านการสื่อสารและตอบสนองทางภาษา ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการตอบสนองของมารดา ด้านการกระตุ้นการเรียนรู้ ด้านการเป็นตัวแบบ ด้านการทำกิจกรรมต่างๆ และด้าน

การทำโทษ โดยให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้ ว่าในบ้านมีหรือไม่มีลักษณะตามแต่ละข้อ ถ้ามีลักษณะหรือสิ่งของนั้นๆ ในแต่ละข้อให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีให้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0 - 36 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูงหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บ้านมีความเหมาะสม คะแนนรวมยิ่งต่ำหมายถึงสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่มีความเหมาะสม

ชุดที่ 3 แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน¹⁴ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระดับกิจกรรมด้านการปฏิบัติตัวเป็นเวลา ด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งเร้า ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความรุนแรงในการตอบสนอง และด้านลักษณะอารมณ์ โดยให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 36 - 180 คะแนน ความหมายของคะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง หมายถึงเด็กมีลักษณะเลื่อง่าย ถ้าคะแนนยิ่งต่ำ หมายถึงเด็กมีลักษณะเลื่องยาก

ชุดที่ 4 แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยขอใช้แบบประเมิน MU-EF-101- 102² มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการหยุด/การยับยั้งพฤติกรรม ด้านการเปลี่ยน/ความยืดหยุ่น ในความคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการวางแผนจัดการ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) พิสัย 0 - 128 แปลผลโดยคะแนน T-Score มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตรงกับช่วงอายุและเพศของเด็ก คะแนนที่ “มากกว่า 60” หมายถึง การคิดเชิงบริหารดีมาก “56-60” หมายถึง การคิดเชิงบริหารดี “45-55” หมายถึง การคิดเชิงบริหารปานกลาง “40-44” หมายถึง การคิดเชิงบริหารควรพัฒนา และ “น้อยกว่า 40” หมายถึง การคิดเชิงบริหารควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้านสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน¹⁴แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน¹⁴ และแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน² ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลและแบบสอบถามตรงกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาจึงไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา¹ และนำไปทดลองใช้กับมารดาเด็กที่มี

คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้านสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าความเชื่อมั่น (Kuder -Richardson 20 หรือ KR-20) เท่ากับ .84 และแบบสอบถามลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 สำหรับแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน ให้ครูผู้ดูแลเด็กที่อยู่ห้องเดียว ประเมินเด็กคนเดียวกัน จำนวน 4 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Interrater reliability) ได้ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ วิจัย Sci 080/2562 ลงวันที่ 10 มกราคม 2563 และให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งสิทธิในการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอน หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลเสียต่อเด็กและมารดาไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เอกสารข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและเก็บไว้ในตู้เอกสารใส่กุญแจไว้ หลังจากทำการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการกองการศึกษาของศูนย์พัฒนาเด็กทั้ง 3 แห่ง และเก็บรวบรวมข้อมูลตาม ขั้นตอน ผู้วิจัยประสานครูประจำชั้นเพื่อขอความร่วมมือในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ข้อมูลกับผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ลงนามให้ความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม และใช้เวลาทำประมาณ 20-30 นาที ส่วนข้อมูลพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน นั้นให้ครูประจำชั้นเป็นผู้ตอบแบบประเมิน และนำแบบสอบถามที่ได้เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย สำหรับคะแนนลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน สภาพแวดล้อมที่บ้าน และพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) คือตัวทำนายและตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) เป็นอิสระต่อกัน และไม่เกิด Autocorrelation (ความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน) ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-watson ค่าที่ได้อยู่ในช่วง 1.5-2.5 ไม่มี Outliers ไม่มี Linear relationship และไม่มีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ระหว่างตัวทำนายคู่ใดและตัวทำนายทุกคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficients) ไม่สูงกว่า 0.75 จึงเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดามีอายุเฉลี่ย 28.04 ปี (SD = 2.77) มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส (ร้อยละ 79.3) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 40.1) รองลงมาคืออนุปริญญาหรือ ปวส. (ร้อยละ 29.2) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทหรือพนักงานของรัฐ (ร้อยละ 40.5) รองลงมาคือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 34.8) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 21,523 บาท (SD = 3049.97) ในครอบครัวส่วนมากมีจำนวนบุตร 2 คน (ร้อยละ 59.8) รองลงมาในครอบครัวมีจำนวนบุตร 1 คน (ร้อยละ 40.2) มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด (ร้อยละ 59.8) เด็กวัยก่อนเรียนมีอายุเฉลี่ย 48.98 เดือน (SD = 5.21) ส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้ชาย (ร้อยละ = 52.4) และเป็นบุตรลำดับแรกของครอบครัว (ร้อยละ 52) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีจำนวนชั่วโมงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอเฉลี่ยวันละ 3.28 ชั่วโมง (SD = 1.31) ระยะเวลาที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเฉลี่ย 12.14 เดือน (SD = 2.77)

ครูผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 45.25 ปี (SD = 8.77) ทั้งหมดเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญา

ตรีร้อยละ 68 รองลงมาคือปัญญาทึร้อยละ 32 ระยะเวลา
ปฏิบัติงานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเฉลี่ย 18.50 ปี (SD = 6.89)
ทั้งหมดเป็นครูที่ดูแลเด็กและสอนกลุ่มตัวอย่างมาแล้วมากกว่า
3 เดือน

ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 121.47$, SD = 4.74) สภาพแวดล้อมที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 28.19$, SD = 1.81)

ตารางที่ 1 คะแนนมาตรฐาน (T-score) ระดับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารโดยรวมและองค์ประกอบรายด้าน

การคิดเชิงบริหาร	คะแนนมาตรฐาน (T-score)	ระดับ
ด้านการยับยั้ง	56.83	ดี
ด้านการยืดหยุ่น	55.69	ดี
ด้านการควบคุมอารมณ์	56.69	ดี
ด้านความจำขณะคิด	56.08	ดี
ด้านการวางแผนจัดการ	55.88	ดี
รวม	57.38	ดี

จากตารางที่ 1 พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารโดยรวมของเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 57.38$, SD = 6.74) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบในแต่ละด้าน ด้านการยืดหยุ่น ($\bar{X} = 55.69$, SD = 5.72) อยู่ในระดับดี ด้านการควบคุมอารมณ์ ($\bar{X} = 56.69$, SD = 6.01) ด้านความจำขณะคิด ($\bar{X} = 56.08$, SD = 5.78) และด้านการวางแผนจัดการ ($\bar{X} = 55.88$, SD = 5.11) อยู่ในระดับดีทุกด้าน

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน (n = 87)

ตัวแปรทำนาย	1	2	3	4
ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์	1			
สภาพแวดล้อมที่บ้าน	.129	1		
จำนวนชั่วโมงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอ	.089	.012	1	
พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร	.298*	.142*	-.126	1

*p < .05

จากตารางที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .298$, $p < .05$) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .142$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยจำนวนชั่วโมงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ($r = -.126$, $p > .05$)

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน

ปัจจัย	B	SE	β	t	p-value
ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์	.242	.090	.279	2.676	.009

Constant = 73.76, $R^2 = .228$, Adjusted $R^2 = .210$, $F = 7.163$, $p < .05$

จากตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพบว่าคุณพบว่า ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์สามารถทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ในเด็กวัยก่อนเรียนได้ร้อยละ 21.0 (Adjusted $R^2 = .210$, $p < .05$) และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.43 (SD = 12.80) ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของมารดาจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 40.1) รองลงมาคืออนุปริญญาหรือ ปวส. (ร้อยละ 29.2) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ได้รับการศึกษาสูงกว่า ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือได้รับการศึกษามากกว่า 14 ปีจะเรียนรู้วิธีการค้นหาข้อมูลหรือพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องของการเลี้ยงดูเด็ก¹⁵ ส่งเสริมความพร้อมในการเรียนรู้ของเด็ก เช่น เลือกอาหารที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ วิธีการสื่อสารกับเด็ก การดูแลตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กได้ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจัดให้เด็กตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ¹⁶ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มพัฒนาการด้านสติปัญญาส่งผลต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่ดี ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Piaget¹² ที่อธิบายว่าเด็กวัยก่อนเรียนจะมีพัฒนาการ อยู่ในขั้นของการคิดก่อนปฏิบัติการ ทำให้เด็กมีความคิดเกี่ยวกับการกระทำของตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้มีทักษะการคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และคิดหาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาจนสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับบริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีระดับการคิดเชิงบริหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 57.28$, $SD = 7.34$)¹⁷ และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับบริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนมาตรฐานของการคิดเชิงบริหารและองค์ประกอบของการคิดเชิงบริหารอยู่ในระดับดีถึงดีมากเช่นกัน¹⁵ และระยะเวลาเฉลี่ยที่

อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 12.14 เดือน เป็นระยะเวลาที่นานพอที่เด็กเกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ค้นเคยกับครูประจำชั้นและการอยู่ร่วมกันกับเพื่อนไม่ขัดแย้งกับเพื่อน และไม่รบกวนผู้อื่นขณะทำงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานของครูผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเฉลี่ย 18.50 ปีมีประสบการณ์การสอนของครูที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความเชี่ยวชาญสามารถจัดกิจกรรมมีแผนกิจกรรม ที่ชัดเจน เหมาะสมกับวัย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการทักษะด้านการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในจังหวัดเชียงรายที่ผู้ปกครองรับรู้ว่าคุณยพัฒนาเด็กเล็กครูและผู้ดูแลเด็กให้ความรู้และส่งเสริมพัฒนาการต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ปกครอง¹⁸ และการวางแผนการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ รวมทั้งการปรับตัวของเด็กวัยนี้¹⁹

ปัจจัยทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาพบตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายพัฒนาการทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ ($\beta = .279$, $p < .05$) และเด็กวัยก่อนเรียนมีลักษณะพื้นฐานอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 121.47$, $SD = 4.74$) อธิบายได้ว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพื้นฐานอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงง่ายจะมีพัฒนาการทักษะด้านการคิดเชิงบริหารที่เพิ่มขึ้น โดยลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กง่ายเป็นพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมาให้เห็นเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองต่อบุคคลต่างๆ ปรับตัวต่อสถานที่ใหม่ ยืดหยุ่นทางความคิดได้ดี มีอารมณ์ดี สามารถปฏิบัติตัวเป็นเวลา ไม่แสดงออกโดยการมีปฏิกิริยาที่ตอบสนองอย่างรุนแรง ไม่หงุดหงิดง่าย จนกระทั่งสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนที่พบว่าเด็กเลี้ยงง่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ซึ่งเด็กเลี้ยงง่ายสามารถปรับตัวเข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ได้ง่าย และสอดคล้องกับการศึกษาเด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะพื้นฐานอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยากแสดงออกทางพฤติกรรมทางลบ อยู่ไม่นิ่งรบกวนผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยากส่งผลต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารด้วยเช่นกัน⁵ ดังนั้นข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จึงช่วยสนับสนุนได้ว่า ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ มีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน

ข้อเสนอแนะ**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายในการจัดระบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเพื่อพัฒนาเด็กให้มีความรู้ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กไทยในอนาคต

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกแบบและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน

2. ศึกษาติดตามพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารแบบศึกษาระยะยาว เนื่องจากพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาล เมืองชลบุรี กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามทำให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Anderson P. Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology* 2002;8(2):71-82.
2. Chutabhakdikul N, Thanasetkorn P, Lertawadatrakul O. Tool development and evaluation criteria for assessment of executive function in early childhood. Nakhonpathom: Institute of molecular biosciences, Mahidol university publishing; 2017. (in Thai)
3. Diamond A. Executive functions. *Annual Review of Psychology* 2013;64(1):135-68

4. Mulder H, Verhagen J, Van Der Ven HG, Slot P, Leseman Paul P.M. Early Executive Function at Age Two Predicts Emergent Mathematics and Literacy at Age Five. *Frontiers in Psychology*. 2017;8(1):1-18.
5. Volckaert A, Noël MP,. Executive Function, Chaos and Temperament: Specificities in Preschoolers with Externalizing Behaviors. *Psychol Belg* 2018;58(1):222-42.
6. Jennifer L, Lindsey B, Stephanie S, Jaline K, Sophie E,. Relationship between Social Cognition and Temperament in Preschool-aged Children. *Infant and Child Development*. 2017;26(2): 19-81.
7. Geers, M.C.K. Temperament and executive function problems in preschoolers. Netherlands: Leiden University; 2013.
8. Korucu I, Rolan E, Napoli AR, Purpura DJ, Schmitt SA. Development of the Home Executive Function Environment (HEFE) Scale: Assessing its relation to preschoolers' executive Function. *Early Childhood Research Quarterly* 2019;47(2):9-19.
9. Chonchaiya, V. Effects of Electronic Screen Media on Children and Adolescents. Bangkok: Beyond enterprise; 2018.
10. Chonchaiya, V. Guidelines for Determining the Appropriate Age Range for Children to Use Online Media Through Smartphones and Tablets. Faculty of Medicine Chulalongkorn University-Siriraj Hospital. Department of Development and Growth Department of Pediatrics Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2018 (in Thai)
11. Phinthong, B. Chaimongkol, N., & Pongjaturawit, Y. Family Factors Related to Executive Function Development in Preschool Children. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*. 2018;26(2):20-9. (in Thai)

12. Lefa B., The Piaget's theory of cognitive development : An Educational Implication. Educational Psychology; 2014.
13. Labnok S, Pongjaturawit Y, Chaimongkol N. Predictors of Executive Function Development in Preschool Children. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2020; 14(3): 56-67. (in Thai)
14. Sangsai, N., Chaimongkol, N., & Phaktoop, M. Predictors of adaptive behavior of preschoolers receiving service in child daycare center. The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University. 2011; 19(2): 97-109. (in Thai)
15. Seamkhomhom D, Nookong A, Rungamornrat S, Chutabhakdikul N. Factor related of executive functions in preschool-aged children. Thai Journal of Nursing Council. 2019; 34(4): 80-94. (in Thai)
16. Office of the Education Council. National standard for early childhood care, development and education; 2019. (in Thai)
17. Leungwatanamart, L., Sudjainark, S., Wattanaviro, N., & Meelai, W. Factors Influencing the Executive Function in Preschool-Age Children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2021; 31(3): 15-27. (in Thai)
18. Thonhinong U, Boonyapak P, Kodyee S. Predictive Factors of Parental Behaviors on Promote Development of Executive Functions (EF) Skills among Early Childhood in Chaing Rai Province. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2022; 23(1): 344-52. (in Thai)
19. Phueakphet, N., Thanasetkorn, P., Seree, P. The Impact of Learning-Experience Activities Based on Trisikkha Principle and EF Guideline on Preschoolers' Self-Regulation Skills. Ratchaphruek Journal. 2022; 20 (3): 59-72. (in Thai)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

The Development of a Nursing Practice Guideline for Preparation of Autologous Stem Cell Transplantation, Sunpasitthiprasong Hospital

วรรษยา ทิมา^{*1} เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย² สุธิดา มาสุธน³

Varachaya Thima^{*1} Premruetai Noimuenwai² Suthida Masuthon³

¹โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand 34000

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

²Faculty of Nursing Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

³โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

³Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง 2) ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เตรียมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง 20 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปทดลองใช้และหาความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิลคอกซัน

ผลการวิจัย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วยและทีมดูแลผู้ป่วย ระยะก่อน ขณะ และหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 2) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต, ผู้ป่วยมะเร็ง

Corresponding Author: * Email : Senyai_m@hotmail.com

วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 14 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 มี.ค. 2566

Abstract

The purposes of this research and development study were to 1) develop of a nursing practice guideline in preparing patients receiving autologous stem cell transplantation and 2) to study the results of a nursing practice guideline. The sample consisted of 20 patients who were planned to undergo autologous stem cell transplantation, and 10 professional nurses by purposive sampling method. The research tools consisted of 1) group discussion issues and 2) a nursing practice guideline developed by the researcher. Data collection included a questionnaire on patient anxiety, readiness for action, health behavior and satisfaction, and a professional nurse satisfaction. Five experts verified content validity of all the research tools and used to experiment and find the reliability. Data were analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon signed rank test.

The research findings were as follows. 1) The nursing practice guideline consisted of preparation of the patient and care team members at pre-transplantation, during- transplantation and post-transplantation. 2) the patient anxiety after using the developed nursing practice guideline was significantly less than before using the nursing guideline ($p<.05$), the readiness to practice health behaviors, patient satisfaction and the satisfaction of professional nurses after using the developed nursing guideline were significantly higher than before using the nursing guideline ($p<.05$)

Keywords: Clinical nursing practice guideline, Hematopoietic stem cell transplantation, cancer patients

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในพ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก 14.1 ล้านราย ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 8.2 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 21 จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก¹ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศในประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประชากรไทย พบอัตราการตายโรคมะเร็งต่อประชากร 1 แสนคน ใน พ.ศ. 2556 และ 2560 เป็น 104.0 และ 117.6 ตามลำดับ² โรคมะเร็งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว และสังคม แม้ว่าจะมีวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และการฝังแร่ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีดังกล่าวมักได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ทุพพลภาพ หรืออาจเสียชีวิตทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ปัจจุบันมีการนำวิธีการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการรักษาโรคมะเร็ง

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เป็นวิธีการรักษาโดยการนำเซลล์ต้นกำเนิดใหม่ที่ปกติเข้ามาเพิ่มจำนวนในไขกระดูกของผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้เตรียมผู้ป่วยด้วยการให้

ยาเคมีบำบัดขนาดสูง หรือร่วมกับการฉายรังสีทั่วร่างกายเพื่อกดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ทำลายเซลล์มะเร็งและเตรียมช่องว่างในไขกระดูกสำหรับให้เซลล์ต้นกำเนิดใหม่เข้าไปอยู่และสามารถทำหน้าที่ได้³ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุด ในการช่วยให้โรคทางโลหิตวิทยาและโรคมะเร็งหายขาดได้³ ซึ่งการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง และการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดของผู้บริจาค³ ซึ่งทั้ง 2 ชนิด มีความแตกต่างกันในกระบวนการรักษา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง ใช้รักษามะเร็งไขกระดูกมัยอีโบลามะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดที่มีความรุนแรงมากจนการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล³ แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะช่วยให้โรคหายขาดและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตจากโรคที่คุกคาม แต่เป็นวิธีการรักษามีความซับซ้อน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้⁵ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมจากทีมดูแลก่อนที่จะเข้ารับการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งความวิตกกังวลจากโรค วิธีการรักษา การถูกแยกจากครอบครัวมาเผชิญกับสภาพแวดล้อมภายในห้องปลอดเชื้อและบุคลากรที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ

ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมจึงมีความสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และประสบการณ์ในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และก่อให้เกิดผลลัพธ์การรักษายอดเยี่ยม⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของนอยมันน์^{7,8} ที่พบว่า การประเมินความต้องการและช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว ลดภาวะแทรกซ้อนส่งผลดีต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนรับการรักษาจากทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจ ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ในเขตสุขภาพที่ 10 ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเลือดและโรคมะเร็งด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จากสถิติ พ.ศ. 2556-2562 มีผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำเร็จ จำนวน 28 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของตนเอง 23 ราย และผู้ป่วยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของผู้อื่น 5 ราย พบอุบัติการณ์การเลื่อนคิวจำนวน 5 ครั้ง จากการทบทวนกระบวนการทำงานพบว่า เกิดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยจากปัญหาด้านเศรษฐกิจและสิทธิการรักษา ความไม่พร้อมของผู้ดูแล ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาจากความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลื่อนคิวการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ความรู้ในการปฏิบัติตัว ความพร้อมของร่างกาย ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ตลอดจนเกิดความไม่พึงพอใจ และปฏิเสธการรักษาอาจส่งผลให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรค มีผลกระทบต่อทีมสหวิชาชีพทำให้การดูแลผู้ป่วยรวมถึงส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กร จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเองขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดีและเป็นแนวทางเดียวกัน สามารถสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยมีความถูกต้องครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดความพึงพอใจต่อการ

บริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ที่ดีนี้จะนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเองที่พัฒนาขึ้นที่มีต่อความวิตกกังวล ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามแบบจำลองของโอโอะวา ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความชัดเจน การดำเนินโครงการใช้ผลงานวิจัย การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเริ่มจากตัวกระตุ้นที่พัฒนาจากการปฏิบัติที่มาจากปัญหาทางคลินิก หรือปัญหาในองค์กร หรืออาจมาจากการทบทวนความรู้ ความตระหนักในนวัตกรรม หรือจากงานวิจัย ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทำปัญหาที่ต้องการศึกษาให้กระจ่าง 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 4) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม นำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 5) การทบทวนและวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 6) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกและการทดสอบความเที่ยง 7) การปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริง ระยะที่ 2 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการนำไปใช้จริงในคลินิก และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเองที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากร

และทีมสหวิชาชีพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 ถึง กรกฎาคม 2564 รวมระยะเวลา 9 เดือน

โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การทำปัญหาที่ต้องการศึกษาให้กระจ่าง โดยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเตรียมผู้ป่วย สรุปประเด็นปัญหาจากอุบัติการณ์ การเลื่อนคิวปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต วิเคราะห์หาสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและองค์กร ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อนำมากำหนดแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 4) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยและประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสม 5) การทบทวนและวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน 6) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกและการทดสอบความเที่ยง 7) การปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริงในหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในคลินิก โดยมีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้เป็นแนวทางเดียวกัน 2) การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อความวิตกกังวล ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นทีมสหวิชาชีพ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคเลือด และมะเร็ง แพทย์เวชศาสตร์การธนาคารเลือด จิตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 34 คน 2) ระยะศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เตรียมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 25 คน และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 16 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มแบบเผชิญหน้าตามวันเวลาที่กำหนดได้

2. ระยะศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่เตรียมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเองที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ (1) อายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป (2) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง (3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย ได้ (4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า (1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป (2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนครบตามที่กำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ผู้วิจัยได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ระดับกลางเท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง ประกอบด้วย คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล แผนการสอนผู้ป่วย สื่อคอมพิวเตอร์ และแผ่นพับให้ความรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

2.1 ชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปิลเบอร์เกอร์ มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบ้าง รู้สึกปานกลาง รู้สึกมาก คิดคะแนนรวมของทุกข้อรวมกัน มีพิสัยอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน ค่าเฉลี่ย 20-40 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงค่าเฉลี่ย 71-80 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจาก B-PREPARED Scale แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายของกรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ข้อมูลการดูแลตนเอง การสนับสนุนอุปกรณ์และการบริการ และความมั่นใจ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ แสดงระดับการได้รับข้อมูลน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จนถึงได้รับข้อมูลมากที่สุดให้ 5 คะแนน โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และกำหนด

เกณฑ์การแปลคะแนน จากระดับต่ำมาก ถึงระดับสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล โดยใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลของนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์และสมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งวัดความพึงพอใจ 3 ด้าน ได้แก่ ความห่วงใย เอื้ออาทร การเข้าถึงบริการ ความสามารถเชิงวิชาชีพ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ ข้อคำถามตรงกับความพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ถึงระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน จากระดับต่ำมากถึงระดับสูงมาก

2.2 ชุดที่ 2 สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วัดความพึงพอใจ 5 ด้าน ได้แก่ ความก้าวหน้าในงาน ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับผลการปฏิบัติงาน ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และความรับผิดชอบในงาน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 8 ข้อ ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 2 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ แสดงระดับความพึงพอใจ มีคะแนนระหว่าง 1-5 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนจาก ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87, 0.85, 0.98 และ 0.82 ตามลำดับ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เตรียมรับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่เตรียมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า

ความเที่ยงเท่ากับ 0.86, 0.83, 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 1) ศึกษาสภาพการณ์ เป็นทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน ใช้เวลา ประมาณ 45-60 นาที 2) นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ร่วมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประเมินคุณภาพงานวิจัย นำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทบพวนและวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

2. ระยะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน โดยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้เป็นแนวทางเดียวกัน และให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (Pre test) 2) ผู้ป่วยที่เตรียมเข้ารับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง จำนวน 20 คน โดยการให้บริการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดังนี้ ครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม (pre-test) และพยาบาลวิชาชีพ ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย แนะนำสถานที่ ห้องปลอดเชื้อ และเครื่องเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต แจกแผ่นพับให้ความรู้ ลงชื่อผู้ป่วยในสมุดจองคิว ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับการรักษาโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ ให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม ข้อสงสัย ครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมดูแล โดยเภสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด ยาสำคัญที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะแทรกซ้อน และข้อควรระมัดระวัง การปฏิบัติตัวต่าง ๆ นักโภชนาการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม กล่าวให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ระยะศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล

ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย (Post test) พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (Post test) การเก็บข้อมูลใช้รหัสแทน ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นด้วยสถิติวิลคอกชัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เอกสารรับรองเลขที่ 078/2563 วันที่ 21 ตุลาคม 2563 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ การตอบรับหรือการปฏิเสธในการวิจัยจะไม่ผลต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม โดยระหว่างการวิจัยถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถบอกยกเลิกได้ การวิจัยในครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาระบุการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 40) รองลงมา คือ แพทย์ (ร้อยละ 30) มีอายุระหว่าง

41-50 ปี (ร้อยละ 50) วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 70) และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 100)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) อายุเฉลี่ย 53.8 ปี อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 62 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 55) รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 65) และทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งไขกระดูกมัลติโบล (ร้อยละ 100)

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเด็ก 5 (ร้อยละ 70) รองลงมาคือ หน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก (ร้อยละ 30) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 60) วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 5-10 ปี (ร้อยละ 40) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 1-2 ปี (ร้อยละ 40) และผ่านการศึกษาดูงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

1. จากการศึกษาสภาพการณ์การเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

พบว่ามีการเลื่อนคิวจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย จำนวน 5 ครั้ง เนื่องจาก 1) ปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือสิทธิการรักษาของผู้ป่วย 2) ความไม่พร้อมของผู้ดูแล 3) ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อน และ 4) ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผลการวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการเตรียมผู้ป่วยยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน พยาบาล แพทย์ ทีมสหวิชาชีพยังไม่มีแนวทางการสื่อสารการประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันที่ชัดเจน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวไม่เพียงพอ เกิดความวิตกกังวลหวาดกลัวต่อกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน ไม่ได้รับการเตรียมตัวที่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมและปฏิเสธการรักษา

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้รับการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) การเตรียมผู้ป่วย แบ่งเป็น ระยะก่อน ขณะ และระยะหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวเพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ข้อมูลการดูแลตนเอง การสนับสนุนอุปกรณ์และการบริการ และความมั่นใจ และ 2) การเตรียมทีมดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 3 ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ความวิตกกังวล	ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล			หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล			Z	p-value
	(n = 20 คน)			(n = 20 คน)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความวิตกกังวล	53.45	0.99	ปานกลาง	21.85	0.87	เล็กน้อย	3.95	.000*

Z = Wilcoxon matched pairs signed- ranks test * p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 21.85 (S.D. = 0.87) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 53.45 (S.D. = 0.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

2. เปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความพร้อมในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n = 20 คน)			หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n = 20 คน)			Z	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
ด้านข้อมูลการดูแลตนเอง	1.50	0.35	น้อยที่สุด	4.61	0.25	มากที่สุด	3.94	.000*
ด้านการสนับสนุนอุปกรณ์และการบริการ	1.43	0.42	น้อย	4.78	0.29	มากที่สุด	3.93	.000*
ด้านความมั่นใจ	1.38	0.39	น้อยที่สุด	4.80	0.16	มากที่สุด	3.94	.000*
โดยรวม	1.44	0.33	น้อยที่สุด	4.72	0.15	มากที่สุด	3.92	.000*

Z = Wilcoxon matched pairs signed- ranks test * $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 4.72 (S.D. = 0.15) สูงกว่าค่าเฉลี่ยความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเท่ากับ 1.44 (S.D. = 0.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

3. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความพึงพอใจต่อ การบริการพยาบาล	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาล (n = 20 คน)			หลังใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาล (n = 20 คน)			Z	P-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร	1.45	0.17	น้อยที่สุด	4.78	0.17	มากที่สุด	3.94	.004*
ด้านการเข้าถึงการบริการ	1.69	0.19	น้อย	4.83	0.21	มากที่สุด	3.93	.005*
ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ	1.70	0.41	น้อย	4.90	0.26	มากที่สุด	3.98	.004*
โดยรวม	1.57	0.20	น้อย	4.82	0.14	มากที่สุด	3.92	.005*

Z = Wilcoxon matched pairs signed- ranks test * $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเท่ากับ 4.82 (S.D. = 0.14) สูงกว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 1.57 (S.D. = 0.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n = 10 คน)			หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n = 10 คน)			Z	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
ความก้าวหน้าในงาน	2.20	0.42	น้อย	4.90	0.31	มากที่สุด	2.91	.004 *
ความสำเร็จในงาน	2.40	0.39	น้อย	4.45	0.36	มาก	2.82	.005 *
การได้รับการยอมรับผลการปฏิบัติงาน	2.50	0.33	น้อย	4.90	0.31	มากที่สุด	2.84	.004 *
ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	2.57	0.35	ปานกลาง	4.63	0.33	มากที่สุด	2.82	.005 *
ความรับผิดชอบในงาน	2.40	0.45	น้อย	4.80	0.25	มากที่สุด	2.83	.005 *
โดยรวม	2.45	0.26	น้อย	4.71	0.21	มากที่สุด	2.80	.005*

Z = Wilcoxon matched pairs signed- ranks test * $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 4.71 (S.D. = 0.21) สูงกว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 2.45 (S.D. = 0.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากการวิเคราะห์สภาพการณ์และปัญหาการเตรียมผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน พยาบาล แพทย์ ทีมสหวิชาชีพยังไม่มีแนวทางการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยร่วมกันที่ชัดเจน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัว

ไม่เพียงพอ เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน ไม่ได้รับการเตรียมตัวที่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมเมื่อต้องเข้ารับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพต้องวางแผนการดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม มีการประชุมทีมเพื่อวางแผนงานการดูแล ทบทวนผลลัพธ์การดูแลที่ผ่านมา พัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเข้ารับการรักษาดด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ มีความพร้อมในการเข้ารับการรักษาระดับความทุกข์ทางใจลดลงและเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล⁹

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย
1) การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อน ขณะและหลังปลูกถ่ายเซลล์

ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ข้อมูลการดูแลตนเอง การสนับสนุนอุปกรณ์และการบริการ และความมั่นใจ และ 2) การเตรียมทีมดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา การให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยเปรียบเทียบวิธีการให้ความรู้แบบดั้งเดิมกับวิธีการให้ความรู้เฉพาะรายบุคคล เน้นการให้ความรู้ตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น พบว่าร้อยละ 100 ของผู้ดูแลเห็นว่าการให้ความรู้มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ครอบคลุมทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน¹⁰

3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อน และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วย หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่ำกว่าก่อนใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียม ก่อนเข้ารับการรักษาจากพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา กระบวนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ การปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้ อย่างครอบคลุม เกิดความมั่นใจ คลายความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในระยะก่อน ขณะ และ หลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต พบว่า การต้องเผชิญกับความหวาดกลัวที่เกิดขึ้นในทุกๆระยะของปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จากภาวะของโรค การรักษาที่คุกคามชีวิต ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การขาดประสบการณ์หรือความรู้ ภาวะอารมณ์ รวมถึงภาระด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบ ต่อผลลัพธ์ของการรักษา ผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง ดังนั้นการประเมินปัญหา ความต้องการ การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จะช่วยลดความเครียด ความหวาดกลัว และความวิตกกังวล ส่งผลดีต่อการรักษา สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้⁷

4. เปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลใน

การเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้ ในการดูแลตนเองจากทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวและผู้ดูแล ค่าใช้จ่าย สิ่งแวดล้อมที่บ้าน อุปกรณ์และแหล่งสนับสนุน การเสริมพลังและสร้างความมั่นใจ ครอบคลุมทุกระยะของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเข้ารับ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตต่อความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการให้ ความรู้ที่เหมาะสมจากทีมสหวิชาชีพอย่างครอบคลุมทั้งใน ระยะก่อน ขณะและหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ ถูกต้อง และเกิดความพึงพอใจ⁹

5. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการ พยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อการบริการ พยาบาลของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนา ขึ้นทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่าง ครอบคลุม ทำให้ความต้องการการดูแลได้รับการตอบสนองที่ ตรงกับความต้องการที่แท้จริง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตนเองโดยมี พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ สนับสนุน และสร้างเสริมกำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ต่อการบริการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาการให้ข้อมูล และความรู้ตามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย

มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตและมีความพึงพอใจต่อการบริการที่เพิ่มขึ้น¹¹

6. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี มีแนวทางการสื่อสารในทีมที่มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการให้คำปรึกษา ติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด สม่าเสมอ ต่อเนื่องเพื่อให้ความช่วยเหลือและร่วมแก้ไขปัญหา ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับศึกษาระบบการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในมุมมองการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง โดยทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น¹²

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างเป็นระบบและสนับสนุนให้มีการนำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ซับซ้อนอื่น ๆ

1.2 ด้านวิชาการ นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เพื่อให้สอดคล้องครอบคลุมกับสมรรถนะที่ต้องการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและเพิ่มกลุ่มควบคุม เพื่อให้ผลการวิจัยมีระดับความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2.2 การนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาพัฒนาเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

References

1. World Health Organization. World health statistics 2013, World Health Organization. 2013.
2. Strategy and Planning Division is the center of the administration. Public Health Statistics A.D.2018. 2018; 76-9.
3. Pakakasama S. Hematopoietic Stem Cell Transplantation. 2nd ed. Samut Prakan: Nexstep D-sing & print; 2015. (in Thai)
4. Maziarz, R. T. Overview of Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In Blood and Marrow Transplant Handbook. Springer; Cham. 2015.
5. Janyatham A., Jirapaet V. Experiences of Parents in Caring for Pediatric Patients after Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(2): 59-68. (in Thai)
6. Adornetto-Garcia D. L., Neumann J., Sorensen S., & Phillips D. Preparing Patients for Transplant in Large Stem Cell Transplant Clinic—an Administrative Focus. Biology of Blood and Marrow Transplantation. 2011; 17(2), S358.
7. Neumann J. L. Patients' experience before, during and after stem cell transplantation-phenomenological study. Texas Woman's University; 2014.
8. Alnasser Q., Abu Kharmah S. D., Attia M., Aljafari, A., Agyekum, F., & Ahmed, F. A. The lived experience of autologous stem cell transplanted patients: Post transplantation and before discharge. Journal of clinical nursing. 2018; 27(7-8), e1508-18.

9. Johnson K., Madden W., & Rudolph S. Pre-Transplant Education Performed by a Designated Patient Educator: Can This Improve Knowledge, Behavior, Comprehension, and Satisfaction for Bone Marrow Transplant Patients?. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2018; 24(3), S456.
10. Metoyer L. J. Education of hematopoietic stem cell transplant caregivers in preparation for their role. *Journal of the advanced practitioner in oncology*. 2013; 4(6), 432.
11. Fyfe M. M., Alfonso C., Zawatski A., & Sikes M. Blood and Marrow Transplant Caregivers: Identifying Educational Needs. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2017; 23(3), S382.
12. Harding C., Wintermeyer-Pingel S., & Lorenz, A. Bone Marrow Transplant (BMT) Inpatient Discharge Education: Structured Problem Solving. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2017; 23(3), S115.

ผลของกลุ่มระดับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่าย โดยใช้ Line application ต่อภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น Effects of Supportive Group Therapy in Association with the Network Creation through Line Application on Depression in Adolescent Single Mothers

สุภาวดี เลิศสำราญ, สุจิตรา อูร์ตันมณี*

Supawadee Lerdsamran Sujitra Uratanamane*

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300

Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองใช้รูปแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มระดับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application ต่อภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลลำลูกกา อายุตั้งแต่ 15 – 19 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับมาก จำนวน 30 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคและกลุ่มระดับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น หลังได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มระดับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มระดับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งควรมีการติดตามประสิทธิผลโปรแกรม อย่างต่อเนื่องหลังการดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงเมื่อกลับไปเผชิญปัญหาและสามารถให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัด, ซึมเศร้า, แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น

Abstract

This research is quasi-experimental research using two groups with pre-experiment and post-experiment data collection. The objective was to study the effects of using support groups and networking via the Line application concerning depression in single adolescent mothers. The sample group were 30 teenage mothers who came for prenatal care at Lam Lukka Hospital with ages ranging from 15 to 19 years old who experienced depression ranging from low to high levels. 15 people were randomly assigned to the experimental group, and the remaining 15 were assigned for supervision. Data collection instruments include Beck's depression assessment form and the support group and networking via the Line application. Results reveal that the participants' depression scores after attending support group therapy and network-building via the Line application were lower than pre-treatment results by a statistical significance of .05. The depression scores

Corresponding Author *E-mail : address Sujitrau@hotmail.com

วันที่รับ (received) 25 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ต.ค. 2566

between the experimental group who joined support groups and networking via the Line application and the supervision group receiving normal care were significantly different at .05. Hence, the program's effectiveness should be continuously monitored upon carrying out activities after a period of 1 month, 3 months, and 6 months to see further results so as to provide solutions and appropriate assistance.

Keywords: Adolescent mother, Depression, Group therapy, Single mother

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อย ในปัจจุบันมีประชากรประมาณ 350 ล้านคนทั่วโลกที่ได้รับผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าและผลกระทบรุนแรงที่สุดของภาวะซึมเศร้านั้นก็คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งจากสถิติพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากร 800,000 คนต่อปี¹ ในประเทศไทยจากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) ที่มารับการรักษาทั่วประเทศสูงถึง 223,564 คน ซึ่งจัดว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคจิตเภทและโรควิตกกังวล² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นมีอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 18³ โดยอุบัติการณ์ดังกล่าวพบในเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่าๆ กัน⁴

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ในปัจจุบันนี้จำนวนแม่วัยรุ่นมีจำนวนสูงมากขึ้นแม้ยังไม่มีตัวเลขยืนยันการเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น แต่การเพิ่มขึ้นของแม่วัยรุ่นนี้หมายถึงจะมีวัยรุ่นที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นด้วยในข้อเท็จจริงของการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีเด็กหญิงช่วงอายุ 15 - 19 ปี ประมาณ 16 ล้านคนที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ใน 1,000,000 คนของจำนวนนี้ เป็นเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยจำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์นี้ เกิดในประเทศกลุ่มที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมากที่สุด¹ การควบคุมและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สังคมให้ความสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน คือ การดูแลมารดาวัยรุ่นให้สามารถอยู่ได้อย่างมีสุขภาพที่ดี (Well-being) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลมารดาวัยรุ่นในประเด็นปัญหาที่พบได้บ่อย และมีผลกระทบที่รุนแรง ดังเช่น ภาวะซึมเศร้า ในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าทำได้หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยจิตบำบัด⁵ รูปแบบในการทำจิตบำบัดมีหลายรูปแบบทั้งการบำบัดแบบ

รายบุคคลและการบำบัดแบบใช้กลุ่มในการช่วยบำบัด การบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) มีทั้งหมด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ ยาลอม⁶ ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง ลดอาการแยกตัว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดศักยภาพในการแก้ไขปัญหา⁷ นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความสนใจในการประยุกต์ใช้ Line application เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคม และเพิ่มความรู้สึกผูกพันทางใจภายในกลุ่มมารดาวัยรุ่น เนื่องจากมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ พบว่า Line application ผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เนื่องจากใช้งานง่าย ทำให้การสื่อสารง่ายขึ้น และใช้ในด้านสังคม การแสดงออก โดยใช้เพื่อแสดงออกด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากที่สุดเท่ากับ 3.92 รองลงมาคือ ใช้เพื่อ แสดงออกทางความคิดของตนเองค่าเฉลี่ย 3.76⁸ จากที่กล่าวมาแล้วการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอมน่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นได้ดี และจากทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่พบการใช้กลุ่มบำบัดร่วมกับการใช้ Line application มาบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการบำบัดการใช้กลุ่มระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application เพื่อฟื้นฟูด้านจิตใจ จิตสังคม รวมถึงการปรับรูปแบบความคิดและพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นสามารถแก้ไขปัญหาและจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง เพื่อให้แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นก่อนและหลังการใช้กลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยง

เดี่ยววัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้กลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application

- ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ
- การใช้ Line application สร้างเครือข่ายระหว่างสมาชิกร่วมกับกระบวนการบำบัดด้วยกลุ่ม
- ขั้นตอนการดำเนินการกลุ่มบำบัดตามระยะมี 3 ระยะ

ภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.01 ขนาดตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย 10 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน เพื่อให้ผลงานวิจัยสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินของเบค (Beck Depressive Inventory) อยู่ในระดับน้อยถึงมาก ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 10 – 29 คะแนน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยวางแผนการวิจัยรูปแบบ Control group pretest-posttest design จึงต้องทำให้น่วยทดลองที่จะทดสอบมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Homogeneous) ทั้งด้านอายุ การเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น และช่วงคะแนนซึมเศร้า และจับคู่ (Matched Pairs) จากนั้นนำไปสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโอกาสในการถูกเลือกเท่าๆ กัน ผู้วิจัยจึงกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต และไม่ได้รับยารักษาภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive Inventory) เป็นแบบประเมินความซึมเศร้า⁹ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนจาก 0 – 3 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content

validity index) .95 และค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ของครอนบาร์ค ที่ .89

เครื่องมือในการบำบัด

คือ “กลุ่มระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application” เป็นกลุ่มบำบัดมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับความคิดด้านลบ โดยพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น ผู้วิจัยค้นคว้าเอกสารตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้า การทำกลุ่มบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จากนั้นนำมาวางแผนทำโครงสร้างการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่ม ซึ่งมีการนำรูปแบบใหม่คือ การใช้ Smart phone ที่มี Line application ร่วมด้วยเนื่องจาก Line application เป็น Application พื้นฐานที่วัยรุ่นใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน การใช้ Line application เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายกลุ่มสมาชิกระหว่างการบำบัดด้วยกลุ่ม จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ เกิดความผูกพันทางใจ และเกิดเป็นเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น การดำเนินการกลุ่มระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application เป็นรูปแบบของการทำกลุ่มที่พัฒนาจากการทำกลุ่มบำบัดแบบดั้งเดิม ซึ่งมีจุดเน้นที่การปรับความคิดด้านลบ การระดับประจักษ์ทางใจ การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสร้างเครือข่ายทางสังคม โดยผู้วิจัยวางแผนการทำกลุ่ม 3 ครั้งต่อเนื่องกัน เมื่อได้แผนการดำเนินการผู้วิจัยนำเสนอไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลจิตเวชตรวจสอบ 3 ท่าน

ในการทำกลุ่มบำบัด 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาในการทำกลุ่ม 60 นาที ในการดำเนินการครั้งนี้เนื่องจากต้องการให้ปัจจัยบำบัดเกิดได้อย่างทั่วถึง จำนวนสมาชิกจึงอยู่ระหว่าง 6-10 คน/กลุ่ม ผู้วิจัยจึงต้องแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มโดยแต่ละกลุ่มมีสมาชิกที่ 6 – 8 คน โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยกลุ่มควบคุม 15 คนจะได้รับการดูแลแบบปกติ ตามระบบการฝากครรภ์ของแผนกสูติรีเวช ทั้งนี้การทำกลุ่มจะครอบคลุม 3 ระยะของสัมพันธภาพ รูปแบบการทำกลุ่ม 3 ครั้ง ซึ่งมีลำดับสาระสำคัญกิจกรรมกลุ่มบำบัดดังนี้

1. กิจกรรมที่ 1 ชีวิตไม่คิดลบ

1.1 การให้ความรู้เรื่องความคิดด้านลบ และภาวะซึมเศร้า

1.2 การสะท้อนอารมณ์ของวัยรุ่นให้เข้าใจสภาพอารมณ์ในปัจจุบัน

1.3 การฝึกปรับความคิดด้านลบ และการสะท้อนภาพความคิด

1.4 สร้างกลุ่ม Line application สำหรับแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นตั้งครรภ์ลักษณะกลุ่มปิดเฉพาะสมาชิก

2. กิจกรรมที่ 2 ชีวิตที่มีคุณค่า

2.1 การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง

2.2 การให้แรงเสริมทางบวก และกิจกรรมสร้างกำลังใจ

2.3 การวาดเส้นทางชีวิต

3. กิจกรรมที่ 3 สื่อสาร โยโย่สัมพันธ์

3.1 การสอนเทคนิคการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

3.2 การค้นหาคนเคียงข้างในครอบครัว

3.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคล

3.4 การให้ข้อมูลเครือข่ายทางสังคม

3.5 การสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น

3.6 การให้กำลังใจจากเพื่อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลเด็กตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผ่านการรับรองตามกระบวนการ หนังสืออนุมัติการผ่านจริยธรรม เลขที่ COA.1-001/2018 ลงวันที่ 16/01/2018 จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำลูกกา ในการเข้าเก็บข้อมูลวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยตกลงเข้าร่วมโครงการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และให้สิทธิในการตัดสินใจถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการเข้ารับบริการเอกสารทั้งหมดนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลของงานวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมข้อมูลการวิจัยจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัยประกอบด้วยผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มโดย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ตั้งประเด็นคำถาม กระตุ้นการสนทนา กระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ผู้จดบันทึก (Note - taker) บันทึกเทป บันทึกการสังเกตพฤติกรรม การบันทึกภาคสนาม ทีมผู้วิจัยทำความเข้าใจถึงกระบวนการทดลองการใช้กลุ่มบำบัดในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กระบวนการทดลองสามารถดำเนินการไปได้อย่างถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย

1.2 เมื่อผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ถึงโรงพยาบาลลำลูกกาเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำลูกกาขอเข้าประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น เข้าร่วมโครงการ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมงานวิจัยด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมการ

วิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิในขณะการเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

1.4 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล และการประเมินภาวะซึมเศร้า ให้แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นประเมินตนเอง เพื่อคัดเลือกแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเข้าร่วมงานวิจัย

1.5 ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติและสุมเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน

1.6 ผู้วิจัยและทีมนักวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการพบปะพูดคุยเป็นระยะ ๆ ตามแนวทางการจัดบริการของโรงพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจในการเข้าร่วมการวิจัยและความร่วมมือในการดำเนินการตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

2. ระยะทดลอง

2.1 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้จากการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เพื่อให้จำนวนสมาชิกเหมาะสมกับการทำกลุ่มบำบัด โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 3 ครั้ง โดยกลุ่มควบคุม 15 คนจะได้รับการดูแลแบบปกติในช่วงเวลาเดียวกัน โดยแยกนัดหมายกลุ่มทดลองหลังจากตรวจครรภ์

2.2 ระยะทดลองนี้กระบวนการกลุ่มแต่ละครั้งจะใช้เวลา 60 นาที โดยมีผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญในการทำกลุ่มบำบัดเป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ประเด็นในการสนทนาจะเป็นไปตามธรรมชาติและความต้องการของกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้นำ และกระตุ้น โดยใช้เทคนิคจิตบำบัดให้กลุ่มเกิดกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องและเกิดปัจจัยในการบำบัดตามทฤษฎีของยาลอมจนครบ 3 ครั้ง ในการทำกลุ่มทุกครั้ง ผู้วิจัยใช้ผู้นำกลุ่มคนเดียวกัน และใช้รูปแบบการบำบัดตามคู่มือเดียวกันทุกครั้ง ซึ่งในคู่มือที่สร้างขึ้นจะระบุขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม หัวข้อ ระยะเวลา และเครื่องมือในการทำกลุ่มแต่ละครั้งเพื่อให้มีความเที่ยงตรงในการทดลองใช้เครื่องมือ

2.3 หลังจากเสร็จสิ้นการทำกลุ่มบำบัด 1 วัน ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าประเมินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำอีกครั้ง เพื่อนำไปเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ก่อนและหลังการได้รับการบำบัด ทั้งนี้ผู้วิจัยวางแผนให้ทำแบบประเมินภายใน 1 วันเนื่องจากความผิดปกติด้านอารมณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้หากปล่อยระยะเวลาไว้นานเนื่องจาก

ปัจจัยแทรกสอดอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการทดลอง

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้ารับการบำบัด และหลังเข้ารับการบำบัด มาจัดเรียงและตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตร คิดเป็นร้อยละ 6.6 เมื่อพิจารณาอาชีพของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพคิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 13.3 โดยเมื่อพิจารณาข้อมูลรายได้พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมา คือรายได้ระหว่าง 1,001 - 5,000 ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 10.0 จากการศึกษพบว่า แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นที่ศึกษาไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่ตั้งครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาตั้งครั้งแรกครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 3.3 จากการศึกษาประวัติการแท้งบุตรพบว่า แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแท้งบุตร ด้านความพร้อมของครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตร จากการศึกษาพบว่าแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นส่วนใหญ่ครอบครัวพร้อมช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือไม่แน่ใจ คิดเป็นร้อยละ 33.3 จากการศึกษาการวางแผนการกลับไปศึกษาต่อพบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่แน่ใจในการกลับไปศึกษาต่อคิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือกลับไปศึกษาต่อแน่นอนร้อยละ 30.0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้า ของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นก่อนทดลองและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คะแนนซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง	16.93	5.28	4.80	2.33	14	7.96	.000

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นหลังได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application ลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 16.93$ และ $\bar{X} = 4.80$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คะแนนซึมเศร้ากลุ่มควบคุม	17.20	4.14	16.86	3.97	14	.837	.417

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นหลังได้รับการดูแลแบบปกติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองระหว่างแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ตัวแปรคะแนนซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังการทดลอง	4.80	2.33	16.86	3.97	2.159	.000

$P < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าการใช้กลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application สามารถช่วยลดระดับอารมณ์ซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นได้ เมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัด และสามารถลดระดับความซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เนื่องจากการใช้ “กลุ่มประคับประคองร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application” เป็นกลุ่มบำบัดมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับความคิดด้านลบ โดยพัฒนารูปแบบให้มี

ความเหมาะสมกับแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น ผู้วิจัยค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้า การทำกลุ่มบำบัด ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จากนั้นนำมาวางแผน ทำโครงสร้างการทำ จัดบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่ม ซึ่งมีการรูปแบบใหม่ คือ การใช้ Smart phone ที่มี Line application ร่วมด้วย เนื่องจาก Line application เป็น Application พื้นฐานที่วัยรุ่นใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน การใช้ Line application เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายกลุ่ม สมาชิกระหว่างการบำบัดด้วยกลุ่ม จะทำให้เกิดการเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ เกิดความผูกพันทางใจ และเกิดเป็นเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่มารดาวัยรุ่น การดำเนินการกลุ่มระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่าย โดยใช้ Line application เป็นรูปแบบของการทำกลุ่มที่พัฒนาจากการทำกลุ่มบำบัดแบบดั้งเดิม ซึ่งมีจุดเน้นที่การปรับความคิดด้านลบ การประคับประคองทางใจ การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสร้างเครือข่ายทางสังคม โดยใช้แนวคิดพื้นฐานการทำกลุ่มของ ยาลอม⁶ ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามกิจกรรมได้ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ชีวิตไม่คิดลบ เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้แก่สมาชิกเรื่องความคิดด้านลบ และภาวะซึมเศร้า เพื่อให้แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นมีความเข้าใจถึงภาวะซึมเศร้า และในกิจกรรมมีการสะท้อนอารมณ์ของวัยรุ่นให้เข้าใจสภาพอารมณ์ในปัจจุบันของตนเอง และแนะนำการปรับความคิดด้านลบ ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยม¹⁰ เชื่อว่าสถานการณ์วิกฤตในชีวิต และความคิดด้านอัตโนมัติด้านลบ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า การที่วัยรุ่นตั้งครมโดยไม่พร้อมถือเป็นสถานการณ์วิกฤตในชีวิต การให้วัยรุ่นได้รับรู้ ยอมรับ และเข้าใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เข้าใจตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้การช่วยปรับความคิดด้านลบ จะช่วยลดการมองตนเองในทางลบ มองอนาคตในทางลบ ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดในกิจกรรมครั้งที่ 1 มีความซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ศิริโล โหมขาว¹¹ ซึ่งพบว่าการใช้บำบัดพฤติกรรมทางความคิด ปรับความคิดด้านลบสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) และในช่วงท้ายของการทำกลุ่ม ได้มีการสร้างกลุ่มร่วมใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้พูดคุยผ่าน Line application มีเป็นลักษณะกลุ่มปิดเฉพาะสมาชิกที่เป็น

แม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นและผู้วิจัย การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด ตามแนวคิดของยาลอม⁶ ซึ่งปัจจัยที่ต้องการให้เกิดในครั้งนี้คือ ความรู้สึกผูกพันจิตใจต่อกัน (cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (universality) การระบายออก (catharsis)

กิจกรรมครั้งที่ 2 ชีวิตที่มีคุณค่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้น สมาชิกได้วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิต การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด ตามแนวคิดของยาลอม⁶ การมีความหวัง (instillation of hope) การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (altruism) ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะช่วยลดอาการซึมเศร้าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา มีการนำกลุ่มกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประจักษ์ ซึ่งมีกิจกรรมในการช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการศึกษพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

กิจกรรมครั้งที่ 3 สื่อสารโยงใยสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่เน้นให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น และให้สมาชิกสร้างสัมพันธ์ภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อกันเกิดเป็นเครือข่ายให้เกิดการประคับประคองทางใจ เกิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ นี้ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด ตามแนวคิดของยาลอม⁶ คือ ความรู้สึกเหมือนหนึ่งเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation) และการเรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพ (interpersonal learning) เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (altruism)¹³ ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะก่อนคลอดและหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ดังนั้นเมื่อกิจกรรมนี้มีการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และมีการสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่นลดลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพการใช้กลุ่มระดับประจักษ์ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application อย่างต่อเนื่องหลังการดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อกลับไปเผชิญปัญหา

และสามารถให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม

2. ควรนำโปรแกรมการใช้กลุ่มระดับประคอง
ร่วมกับการสร้างเครือข่ายโดยใช้ Line application โดยเพิ่ม
การพัฒนารูปแบบของการให้ความรู้และให้คำปรึกษาโดย
ผู้เชี่ยวชาญผ่านกลุ่ม Line application

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่มอบ
ทุนอุดหนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ สวนสุนันทาที่
สนับสนุน และขอขอบคุณโรงพยาบาลลำลูกกา พยาบาล
เจ้าหน้าที่ และแม่เลี้ยงเดี่ยววัยรุ่น สำหรับความร่วมมือในการ
ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

References

1. World health organization. Adolescent pregnancy
[Internet]. 2020.
2. Department of Mental Health. Phupuai Thang
Sukkhaphapchit Khong Prathet Chamnaek
Rai Changwat. Khet Truat Ratchakan 2016
[Internet]. 2556.
3. Fosbre C. Varcarolis' essentials of psychiatric
mental health nursing. 5th ed. Philadelphia:
Elsevier, Inc; 2022.
4. Videbeck SL. Psychiatric-mental health nursing.
6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/
Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
5. Manote Lotrakul, Pramote Sukanich. Chittawetchasat
Rama Thi Bodi. 4 (edition). Bangkok:
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University;
2015.
6. Yalom ID. The theory and practice of group
psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books;
1995.
7. Chaweewan Sattayatham, Phae Chansuk, and
Sukjai Charoensuk. Psychiatric and Mental
Health Nursing I. Phim khrang thī 2, chabap
prapprung. Nonthaburi: Phaboromarajchanok
Institute, Ministry of Public Health; 2014
8. Kritsanee Suayai. Usage of LINE Application,
Satisfaction and Capability for Bangkok Citizen
[M.O.A. Thesis]. [Bangkok]:National Institute of
Development Administration;2015
9. Chaowanee Longchoophol. The effect of group
supportive therapy on depression in older
person with major depressive disorder [M.N.S.
Thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University;
2006.
10. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional
disorders. New York: Meridian Book; 1979.
11. Sriwilai Mokekhaw. The Effect of Cognitive
Behavioral Therapy Program on Depression
of Patient with Major Depressive Disordered.
Thai journal of nursing council. 2011;26(2):
126–36.
12. Kaimuk Chaicharoen, Chanudda Nabkesorn, and
Duangjai Vatanasin. The Effects of Supportive
Group Psychotherapy on Self-esteem and
Depression of Persons with Type 2 Diabetes.
Journal of Phrapokklao Nursing College.
2018 ;29(1):1–16.
13. Nabkasorn, Wannee Daewisaret, Aporn Denan.
Effects of Exercise Program on Depression and
Cortisol Hormone in Female Adolescents with
Depressive symptoms. The Journal of the
Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement):
248–58.

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ Situations of Inequities in Access to Essential Health Care Services among Older People: A Qualitative Study

อรัญญา นามวงศ์*¹ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน¹ เฉลิมพล กำใจ¹ สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล²

Arunya Namwong*¹ Krittapat Fukfon¹ Chalermpon Kajai¹ Sureeporn Lertwacharasakul²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ประเทศไทย 56000

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย 11000

¹Boromarajonani College of Nursing Phayao, Thailand 56000

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand 11000

²นักวิชาการอิสระ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พะเยา ประเทศไทย 56000

²Independent academician, Phayao Ministry of Public Health, Phayao Thailand 56000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนทั้งสิ้น 18 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างแบบเจาะลึกจนข้อมูลอิ่มตัว นำข้อมูลมาถอดคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุให้มุมมอง 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 2) ความหมายและลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) วิธีการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ การศึกษาสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทำให้ทราบถึงปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบริบทในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ และสามารถนำไปใช้เพื่อปรับปรุงแบบการให้บริการสุขภาพเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าวที่เหมาะสมแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to explain perspectives on the situation of inequities in accessing essential health care services among older people in Phayao Province. The data was collected through in-depth interviews. The participants included older people, elderly caregivers, health personnel, community leaders, public health volunteers, and local government organization. A total of 18 people were selected

*ผู้แต่งหลัก (Corresponding authors) E-mail: arunya.n@bcnpy.ac.th

วันที่รับ (received) 4 มิ.ย 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ส.ค. 2566

by the purposive method. Semi-structured interviews were conducted in depth until the information was saturated. The data were transcribed word for word and analyzed using the thematic analysis method.

The results revealed that the situation of inequalities in accessing essential health services for the elderly provided four main perspectives: 1) the definition and characteristics of access to essential health care services for the elderly; 2) characteristics of inequities; 3) related factors of inequities; and 4) the methods to reduce inequities.

Recommendations: focusing on the situations of inequities in accessing essential health care services for the elderly leads to their problems and both internal and external related factors that are specific to each context, especially ethnic elderly people, and could be used to develop a model of health care services for reducing inequities appropriate to each area.

Keywords: situations of inequities, access to health care services, access to essential health care services among older people, older people

บทนำ

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้แต่ละประเทศต้องดำเนินการเตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 12.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และอีกประมาณ 20 ปี อัตราการเกิดของประชากรจะมีแนวโน้มลดลงแต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปี ขึ้นไปจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยถึง ร้อยละ 7 ต่อปี¹ จากการเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหลายโรค บางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง จนอาจเกิดภาวะทุพพลภาพได้ จึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมทุกมิติ และมีความจำเป็นในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่น² หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดรูปแบบบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง แม้จะมีการปรับรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ยังอาจเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพจน

ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้ มีการศึกษาทบทวนขอบเขตของงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ การเดินทาง และการสนับสนุนทางสังคมหรือครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการยอมรับในคุณภาพของบริการที่ได้รับ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุ³ และการศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกเนื่องจากการขาดญาติหรือผู้ดูแลพาไปโรงพยาบาล ทำให้ขาดการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้⁴ ซึ่งปัจจัยด้านความยากจนที่อยู่อาศัยห่างไกลสถานพยาบาล และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบททำให้เข้าถึงบริการได้น้อยลง⁵ ทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นควรมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมเช่นเดียวกับกลุ่มประชาชนทั่วไปตามหลักของรัฐธรรมนูญที่ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ โดยมาตรา 55 หน้า 15 กล่าวว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วถึงและเท่าเทียมกัน⁶ โดยผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง ไม่เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น

โดยเฉพาะการได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม นอกเหนือจากการคัดกรองโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น การคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะสมองเสื่อม การทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน การพลัดตกหกล้ม การมองเห็น โรคกระดูกพรุน⁷ ซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นจากหน่วยงานที่ดูแลโดยเน้นให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบริการที่เน้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสำคัญ⁸⁻⁹

จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในจังหวัดที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 101,090 คน คิดเป็นร้อยละ 29.04 และเป็น 1 ใน 10 จังหวัดแรกของประเทศไทยที่มีประชากรผู้สูงอายุเกิน ร้อยละ 20¹⁰ การศึกษาสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ โดยศึกษาจากมุมมองที่สะท้อนถึงสภาพปัญหาทั้งจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่เป็นชนเผ่าในพื้นที่สูงของจังหวัด จะทำให้ทราบถึงข้อมูลที่สะท้อนถึงสภาพการณ์ที่แท้จริงของปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าว เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบหรือกลไกในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่ออธิบายสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในมุมมองของผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2566 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลหนองห่ม อ. ดอกคำใต้ จ. พะเยา

กลุ่มอาสาสมัครในการวิจัย: เลือกรุ่นอาสาสมัคร

ในการวิจัยหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 คน ผู้อำนวยการ รพ.สต. 1 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. นักวิจัย นักวิจัยมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว และได้ผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางคำถามปลายเปิดปรับตามลักษณะของผู้ให้ข้อมูล สร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวอย่างข้อคำถาม “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ”

3. เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม (field note)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพพะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่อนุมัติ REC 004/65 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2565 โดยยึดหลักการเคารพในตัวตนบุคคล หลักสิทธิประโยชน์ และหลักความยุติธรรม ด้วยการบอกวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการใช้รหัสแทนการใช้ชื่อจริงในการเผยแพร่และเทปบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บทั้งเมื่อรายงานผลการศึกษาเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตขอเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้บริหารของเทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) ใช้เวลาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละประมาณ 45 นาที สัมภาษณ์เสร็จสิ้นเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว และการบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกจากสิ่งที่ได้จากการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ และการบันทึกสะท้อนคิด ความรู้สึกของผู้วิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบและเรียบเรียงประเด็นเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์เชิงประเด็น (thematic analysis)¹¹⁻¹² ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป 2) สร้างรหัสเริ่มต้น โดยจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ 3) ค้นหาประเด็นที่สำคัญ จากการจัดหมวดหมู่รหัสข้อมูล 4) ทบทวนประเด็นโดยกลั่นกรองประเด็นอีกครั้ง 5) การให้ความหมายและตั้งชื่อประเด็น และ 6) การรายงานประเด็นที่ได้ทั้งหมดที่เชื่อมโยงจากเหตุและผล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางของ Lincoln และ Guba เป็นสำคัญ¹²⁻¹³ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล การพิจารณาเปรียบเทียบผู้ให้ข้อมูลหลายฝ่าย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุมตามประเด็นที่ศึกษา และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านชุมชน 2 ท่าน ด้านวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ด้านสาธารณสุข 1 ท่าน รวมทั้งได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง สถานที่เก็บข้อมูล การสังเกต และการตั้งคำถามในประเด็นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลหลายคน ถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) และตรวจสอบระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล 2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) โดยทีมวิจัยร่วมกันสังเกต บันทึกภาคสนามตามสถานการณ์จริง วิเคราะห์ข้อมูล และตีความ และ 3) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ที่ได้มาจากการค้นพบตามการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง และ 4) การนำผลการวิจัยไปใช้ (transferability) ด้วยการเขียนบรรยายเกี่ยวกับบริบทในพื้นที่ศึกษา และวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อปรับไปใช้กับบริบทอื่น ๆ ที่ใกล้เคียง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 คน ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน เป็นเพศชาย 4 คน เพศหญิง 1 คน อายุตั้งแต่ 65 ถึง 84 ปี โดยผู้สูงอายุ 2 คน เป็นชาติพันธุ์ม้ง และมีโรคประจำตัวคือหลอดเลือดสมอง นานกว่า 5 ปี 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน เป็นเพศหญิง 3 คน เพศชาย 1 คน (เป็นชาติพันธุ์ม้ง) ประกอบอาชีพเกษตรกรทั้งหมด 3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care givers: CG) จำนวน 2 คน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 1 คน 5) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพสต. 1 คน 6) ผู้นำชุมชน 1 คน อายุ 58 ปี อาชีพเกษตรกร 7) ประธานผู้สูงอายุ 1 คน เป็นข้าราชการครูบำนาญ และ 8) นักพัฒนาชุมชน 1 คน และสมาชิกสภาเทศบาล (ส.ท.) 1 คน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้ง 2 คน

บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา: พื้นที่ตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีพื้นที่ประมาณ 227.09 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 141,933 ไร่ อยู่ห่างจากจังหวัดพะเยา ประมาณ 36 กิโลเมตรและอำเภอดอกคำใต้ 22 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตป่าสงวน เป็นพื้นที่ราบสูงสลับที่ราบต่ำ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร เช่น ปลูกลำไย ปลูกข้าว ข้าวโพด และเลี้ยงสัตว์ มีแหล่งน้ำประจำตำบลทั้งการบริโภค และการทำการเกษตร ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ที่เหลือเป็นศาสนาคริสต์ มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 9 หมู่บ้าน โดยมีหมู่บ้านที่เป็นชาติพันธุ์เผ่าม้ง เมี่ยน เย้า จำนวน 3 หมู่บ้าน ซึ่งตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่มไปประมาณ 10-40 กิโลเมตร มีพื้นที่ห่างกันแต่ละหมู่บ้าน มีชนเผ่าที่มาจากจังหวัดอื่นมาอาศัยเพิ่ม เช่น ม้ง เย้า มูเซอ การเข้าถึงต้องอาศัยผู้นำชุมชนที่เข้าใจภาษาและสื่อสารได้ให้เป็นผู้ประสานและให้บริการในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุร่วมกัน

ผลการศึกษาศาสนาการณความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สรุปประเด็นหลักทั้งหมด ได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีลักษณะ ดังนี้ 1) การได้รับบริการด้านการคัดกรองโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2) เข้าถึงกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) เข้าถึงบริการสุขภาพกรณี

เจ็บป่วยฉุกเฉิน 4) ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง และระยะประคับประคอง และ 5) บริการการรักษายังต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ผู้สูงอายุที่หมู่บ้านเรานี้ ปีนี้ก็จะได้รับการแจ้งจากหมออนามัยให้ อสม. มาช่วยคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน โดยหนูจะไปแจ้งข่าวให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 2 หมู่บ้านนี้ เตรียมไปเจาะเลือด หมอก็จะมาตรวจทุกปี ตรวจเลือด ตรวจเบาหวาน” CG กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

2. ความหมายและลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้อย่างทั่วถึงเหมือนคนอื่นๆ จากการอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลสถานพยาบาลและการได้รับข่าวสารไม่ทั่วถึง ส่วนลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุสรุปได้ 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การได้รับบริการด้านสุขภาพและสังคมไม่ทั่วถึงจากหน่วยงานภาครัฐที่จัดให้ 2) ไม่ได้รับข่าวสารการให้บริการทางสุขภาพที่ครอบคลุมและทั่วถึง 3) ไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเดินทางลำบากอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล 4) ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ภาครัฐจัดไว้ให้เนื่องจากขาดผู้ดูแลพาไปและพื้นที่ห่างไกล และ 5) ไม่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ประทับใจการให้บริการของบุคลากรการแพทย์ เช่น การรอตรวจนาน การสื่อสารที่ไม่เข้าใจระหว่างบุคลากรการแพทย์และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษาของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“อยากให้หมอมาตรวจที่อนามัย พ่อก็อยากไปใช้บริการอยู่ แต่มันเป็นไปไม่ได้หรอก อยากให้หมอกายภาพบำบัด มาด้วย มาได้ก็ดีนะ มันไกล ลำบาก หมอเขาคงไม่มา พ่อก็ออกกำลังแขนขาตามที่ อสม. แนะนำ” ผู้สูงอายุ คนที่ 4 กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

“พ่อผมเป็นอัมพฤกษ์มาเกือบ 10 ปีแล้ว หมอบอกว่าเป็นเส้นเลือดตีบในสมอง เป็นใหม่ ๆ ก็ได้กินยาอยู่แต่หลังๆ ไม่ได้กินแล้ว ผมไม่ได้พาพ่อไปตามที่หมอนัด ผมว่ากินยาไปก็ไม่ดีขึ้น แกก็เป็นปกติของแก ไม่มีอาการแทรกและผมคิดว่าไม่ต้องทานยาต่อ ทานไปก็ไม่ผลอะไร แหมยาจะไปมีผลต่อกระเพาะ

กับไตอีก ไม่ได้ทำให้โรคหาย แกก็อยู่ปกติของแกนะ แค่นี้ไม่ได้ กินข้าวได้ปกติ” ลูกชายของผู้สูงอายุ คนที่ 5 กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

“ทุกวันนี้การทำบัตรผู้พิการให้ผู้สูงอายุจะมีปัญหา มาก คือผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ เคยมีผู้สูงอายุมีความพิการการมองเห็นไม่มีหมอเข้าไปประเมิน ต้องมาโรงพยาบาลจังหวัดแต่ก็เดินทางลำบาก จะทำบัตรผู้พิการทางสายตาากมากเพราะต้องพบหมอเพื่อตรวจและรับรองความพิการ ใช้เวลานานมากกว่าจะได้” นักพัฒนาชุมชน สัมภาษณ์เมื่อ 5 มกราคม 2566

“หนูเป็น CG และ อสม. ของหมู่บ้านชนเผ่าม้ง เมียน รับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน หนูพูดตามตรงนะตามที่หนูเป็นคนชนเผ่า คนเผ่าหลายคนเวลาเป็นไปหาหมอนะ เจ้าหน้าที่ดูใส่เป็น บอกว่าหมอนัดตะวายังบ่มา บ่ฮู้กะ อ่านบ่ออกกะนี้ คนม้งเนี่ยไม่ชอบคำพูดที่แข็งๆ แรงๆ ทำให้เป็นไม่ยอมมาหาหมอนตามนัดแบบนี้เจ้า เหมือนการใช้หนี้เสียงไม่ให้เกียรติเขา เพราะเขาเป็นชนเผ่า เพราะเป็นบ่ฮู้หนังสือ” CG กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

ข้อมูลจากการจดบันทึกภาคสนาม: ขณะที่เล่าไป CG ได้ยกตัวอย่างเมื่อ 10 ปีก่อน ได้ช่วยหญิงตั้งครรภ์ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในพื้นที่ที่สั่นล้มแล้วต้องเสียลูกในท้องไป ถูกเจ้าหน้าที่ออกมาพูดว่า “ไม่อย่างให้มันดิๆ หนอย บ่ต่ายกะดิละ” CG ชาติพันธุ์ม้ง เล่าด้วยความน้อยใจในพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ณ ขณะนั้น

ข้อมูลจากการสังเกต: ขณะเล่าถึงเหตุการณ์เรื่องนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่ เป็น CG มีน้ำตาคลอ เสียงเริ่มสั่นเครือ ร้องไห้ นานประมาณ 10 นาที การสนทนาจึงหยุดชั่วคราว

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่อาจเนื่องมาจากการไม่รู้หนังสือ อ่านภาษาไทยไม่ได้จึงไม่เข้าใจภาษา เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์บางคนที่ต้องใช้ล่ามช่วยสื่อสาร และ 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่ควรหาแนวทางจัดการหลายรูปแบบ ได้แก่ 2.1) ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนจะมีความยากลำบากในการเข้ามารับบริการในสถานพยาบาล

ไม่มีเงินเพียงพอในการเดินทางไปรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ขาดยานพาหนะในการเดินทาง 2.2) ปัจจัยด้านพื้นที่อยู่อาศัย ห่างไกลจากสถานพยาบาล ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง ต้องใช้เวลาในการเดินทางมากกว่า 1 ชั่วโมง 2.3) ปัจจัยด้านการขาดผู้ดูแลที่จะพาไปรับการรักษาในสถานบริการพยาบาล 2.4) ปัจจัยด้านอุปสรรคของภาษาในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาจไม่เข้าใจภาษาไทย 2.5) ปัจจัยด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรในสถานพยาบาล 2.6) ปัจจัยด้านการขาดแคลน อสม.ในพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนเผ่าที่ขาดแคลน อสม. ที่เป็นชาติพันธุ์ เพื่อช่วยสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และ 2.7) ปัจจัยด้านการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพไม่ทั่วถึงในหมู่บ้าน มีสาเหตุมาจากเสียงตามสายในหมู่บ้านส่งมาไม่ถึงได้ยินไม่ชัดเจนและสัญญาณโทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ตไม่ดี ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ที่กล่าวถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกพร้อมกัน

“ปัญหาที่พบผู้สูงอายุที่อยู่พื้นที่สูงและยังป่วยติดเตียงด้วย ไปหาหมออยากมากเจ้า มีการขาดนัด คือเป็นบ่มีความรู้ด้วยเจ้า บ่รู้ว่าหมอนัดเมื่อใด กินยาเมื่อใด วันเวลาที่ไปหาหมอกะบ่ฮู้ ถ้าติดเตียงตึงไปไหนกะบ่ได้ ออกแอ่วจ้กะบ่ได้ จะไปตึงใดกะบ่ได้ แหมบ่บ่บ่ยังมีรถส่วนตัว บางคนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตใหม่ ๆ บ่ขยับ บ่ออกกำลัง ทำให้แขนขาติดเลย บ่ได้ไปหาหมอ เป็นบ่มีไผ่พาไปเจ้า” CG กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

4. วิธีการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลให้มุมมองวิธีการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การปรับปรุงแบบการให้บริการที่จำเป็นด้านสุขภาพแบบเชิงรุก โดยให้บริการด้านสุขภาพให้เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางและด้อยโอกาสในพื้นที่ ได้แก่ 1.1) มีบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยทีมสุขภาพ อปท. และชุมชน 1.2) จัดบริการให้มีแพทย์ตรวจรักษาอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ในพื้นที่ รพสต. 1.3) มีบริการรับ-ส่ง ยาให้กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ห่างไกลและขาดผู้ดูแล เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาล โดยมี อสม. ในพื้นที่ทำหน้าที่ดูแลและประสานกับทีมรพ.สต. รวมทั้งกรณี

เจ็บป่วยฉุกเฉินร่วมด้วย 1.4) สถานพยาบาลควรให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม การมองเห็น ภาวะหกล้ม สุขภาพจิต และบริการเชิงรุกในผู้สูงอายุชนเผ่าในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล และ 1.5) ให้บริการและรณรงค์การฉีดวัคซีนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร่วมกับให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุทุกคน 2) ส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี โดยให้บริการด้านสุขภาพที่ดีกับผู้ใช้บริการ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม 3) สนับสนุนให้มีเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรมีทั้งกลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษาในจังหวัด รพ.สต. อปท. อสม. และผู้นำชุมชน 4) การให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยผู้สูงอายุและผู้ดูแลควรได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของการรับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ อย่างทั่วถึง เช่น ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้านและผ่านผู้นำชุมชน อสม. ในพื้นที่ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ปัญหาผู้สูงอายุที่ขาดยา ไม่มาตามนัด มีเยอะในพื้นที่ ยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่มีลูก ไม่มีรถมา บางคนติดเตียง มาไม่ได้ขาดยา รักษาเทศบาลอาจจะจัดรถกู้ภัยอีกคันแยกไว้เพื่อบริการรับส่งยา ให้สำรวจจำนวนไว้ โทรบอกก่อนว่าบ้านอยู่ตรงไหน ถ้ามีบริการตรงนี้ก็สบายใจขึ้น” ผู้สูงอายุผู้หญิง คนที่ 2 สัมภาษณ์เมื่อ 5 มกราคม 2566

“ควรมีการเยี่ยมบ้านเป็นทีมเครือข่ายชุมชน เยี่ยมผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกกลุ่ม และควรมีโครงการแพทย์เคลื่อนที่มาให้บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนเผ่า ที่พบบางคนที่การทางสายตายังไม่ได้บัตรผู้พิการ หากหมอมารในพื้นที่ก็จะสามารถตรวจวินิจฉัยและรับรองความพิการให้ผู้สูงอายุได้ เพื่อเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างแท้จริง” นักพัฒนาชุมชน สัมภาษณ์เมื่อ 5 มกราคม 2566

การอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ตามมุมมองการรับรู้ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม มีประเด็นสำคัญที่สำคัญ 4 ประเด็นประกอบด้วย

1) ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

สำหรับผู้สูงอายุ โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับบริการด้านการคัดกรองโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการของโรงเรียนผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการการรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปใช้บริการการรักษาพยาบาลที่ รพ.สต. ใกล้บ้านมากกว่าโรงพยาบาลอำเภอหรือจังหวัด อธิบายได้ว่าลักษณะการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุนั้นสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ใกล้บ้านมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในตัวอำเภอและจังหวัด และลักษณะการให้บริการสุขภาพนั้นมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเฉพาะการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ รพ.สต. มีการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมี อสม. ช่วยคัดกรองโรค หากพบมีผู้สูงอายุอยู่ในระยะเจ็บป่วยก็จะนำเข้าสู่ระบบการรักษาของ รพ.สต. ต่อไป และการมีช่องทางช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รพ.สต. มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลชุมชนและจังหวัดต่อไป รวมทั้งหน่วยงานเทศบาลที่ทำหน้าที่บริการรถรับส่งไปโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. สามารถรับยาอย่างต่อเนื่องและตรวจเลือดประจำปี รวมทั้งผู้สูงอายุที่ติดเตียงก็ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพร่วมกับสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุและทีมจากเทศบาล จิตอาสา ในชุมชน ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพที่เป็นพื้นฐานทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีลักษณะการเจ็บป่วยที่มาจากกระบวนการสูงอายุ จึงอาจมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหลายโรค การจัดบริการสุขภาพจึงต้องเน้นให้บริการด้านการจัดการโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างทั่วถึงและผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะการบริการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางด้านจิตเวชร่วมด้วย¹⁴⁻¹⁵

2) ความหมายและลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ความหมายของความเหลื่อมล้ำ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม เหมือนคนอื่นๆ โดยลักษณะของความเหลื่อมล้ำ ได้แก่ 1) การได้รับบริการด้านสุขภาพไม่ทั่วถึงจากหน่วยงานที่

ให้บริการด้านสุขภาพและสังคม 2) ไม่ได้รับข่าวสารการให้บริการทางสุขภาพที่ครอบคลุมและทั่วถึง 3) ไม่ได้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง 4) ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ภาครัฐจัด และ 5) การไม่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ประทับใจการให้บริการ โดยประเด็นดังกล่าวสะท้อนถึงมุมมอง การรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะในพื้นที่ของตนเอง บางคนแม้สถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้บ้านก็ยังไม่ถึงบริการที่ให้ เพราะขาดผู้ดูแลพาไป เดินทางไม่สะดวก ไม่ต้องการรอคิวนาน และที่สำคัญกลุ่มผู้สูงอายุขาดพันธุ์ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารที่นุ่มนวล สุภาพ ของบุคลากรด้านสุขภาพ และลักษณะของความเหลื่อมล้ำในกลุ่มผู้สูงอายุขาดพันธุ์จะมีความชัดเจนกว่าผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาษาที่สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ที่อยู่อาศัยอยู่ห่างไกลสถานพยาบาล รวมถึงขาดผู้ดูแลพาไปรักษาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือขาดผู้ดูแลพาไปรับการรักษาในสถานพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้¹⁶ รวมถึงการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องความเหลื่อมล้ำการไปใช้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง พบว่า รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาที่ดีของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁷

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบจากการวิจัย พบว่าความเหลื่อมล้ำเกิดจาก 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง คือ ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และ 2) ปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีฐานะยากจน ขาดยานพาหนะในการเดินทาง ไม่มีขนส่งสาธารณะ บ้านอยู่ไกลจากสถานพยาบาล ขาดผู้ดูแลพาไป โดยจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คน ลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด ส่วนกรณีอาศัยอยู่คนเดียวบางครั้งลูกไม่ได้พาไปโรงพยาบาลเนื่องจากต้องไปทำงาน ทำไร่ และรับจ้าง ถ้าไม่เจ็บป่วยรุนแรงจริงๆ ก็จะไม่ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งที่ รพ.สต.ตั้งอยู่ในพื้นที่ก็ไม่ได้ไปใช้บริการ มีความพยายามหาซื้อยามารับประทานก่อนเบื้องต้น นอกจากนี้ปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้น ยังพบว่า

ในผู้สูงอายุคนเฒ่าบางคนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและเป็นอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องแต่ยังพบปัญหาผู้สูงอายุขาดการตรวจติดตาม และไม่ไปรับยาที่โรงพยาบาล เนื่องจากทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ทราบว่าโรคนี้ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้รวมถึงไม่สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล และผู้ดูแลมีความเชื่อว่าโรคนี้รักษาไม่หาย การรับประทานยาอาจมีผลต่อตับและไต ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น สะท้อนถึงการขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ทั่วถึง สถานการณ์ที่กล่าวมาสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญคือ ความยากจน ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอในการเดินทางไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิของการรักษาพยาบาล ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ขาดยานพาหนะในการเดินทาง ภาวะเจ็บป่วย และขาดผู้ดูแลจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁸ รวมทั้งปัจจัยด้าน การขาดบุคลากรที่ดูแลในพื้นที่ ขาดความต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง และทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์¹⁵

4) วิธีการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ

การแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่สำคัญประกอบด้วย 1) การปรับปรุงแบบการให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นแบบเชิงรุก 2) การส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี โดยให้บริการด้านสุขภาพที่ดีกับผู้รับบริการ 3) มีเครือข่ายทางสังคมสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และ 4) การให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สื่อสารผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และอสม. ในพื้นที่ จากสถานการณ์ดังกล่าวอธิบายได้ว่าจากผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายทั้งจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ อสม. ประธานผู้สูงอายุ รวมถึงนักพัฒนาชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล จาก อบท. จึงมีมุมมองหลายด้านที่มาจากการเผชิญปัญหาความเหลื่อมล้ำจากประสบการณ์ตรง โดยเฉพาะมุมมองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่มีความยากลำบากในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น ขาดผู้ดูแลพาไปส่งโรงพยาบาล ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ไม่มียานพาหนะ ยังอยู่ในพื้นที่สูงการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ไม่ทั่วถึง สัญญาณโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ตที่ติดต่อกันไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่สำรวจความต้องการการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีแพทย์มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การมีเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือติดเตียงอยากให้พระสงฆ์มาเยี่ยมที่บ้านเพื่อการดูแลด้านจิตใจ⁶ นอกจากนี้วิธีลดความเหลื่อมล้ำที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะตามมุมมองต่าง ๆ ค่อนข้างใกล้เคียงกับรูปแบบการบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุจากหลาย ๆ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย การคัดกรองโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรองการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญ การให้บริการการดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในพื้นที่ รวมทั้งบริการการรักษาระยะเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง และต้องการการช่วยเหลือค่อนข้างมากการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมถึงการให้บริการวัคซีน ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับอย่างครอบคลุมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁷⁻⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในจากผู้สูงอายุโดยตรง โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง และปัจจัยภายนอก เน้นการส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุ การให้บริการสุขภาพเชิงรุกโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจติดตามโรคเรื้อรัง การจัดให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์หรืออยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2565

References

1. The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Older Person 2021. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Nakhon Pathom. 2022 ISBN: 978-616-443-686-2. (in Thai).
2. Shur NF, Creedon L, Skirrow S, Atherton PJ, MacDonald IA, Lund J, Greenhaff PL. Age-related changes in muscle architecture and metabolism in humans: The likely contribution of physical inactivity to age-related functional decline. *Ageing Research Reviews*. 2021 Jul; 68:101344. doi: 10.1016/j.arr.2021.101344.
3. Mohd Rosnu NS, Singh DKA, Mat Ludin AF, Ishak WS, Abd Rahman MH, Shahar S. Enablers and barriers of accessing health care services among older adults in South-East Asia: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(12):7351. doi: 10.3390/ijerph19127351.
4. Tapasee W, Danpradit P, Rattanawijit, S. Health care service model for elderly by community participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2017; 24(1): 42-54. (in Thai)
5. Banerjee S. Determinants of rural-urban differential in healthcare utilization among the elderly population in India. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 939. doi: 10.1186/s12889-021-10773-1.
6. Constitution drafting commission. The Secretariat of The House of Representatives. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560. Bangkok: The Secretariat of The House of Representatives Printery. (in Thai)
7. Ministry of Public Health. Handbook of screening and health assessment for the elderly 2021. 2021; Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
8. Manatwanich P, Keawwilai K. Health maintenance, promotion and prevention in the elderly. In Praditpornsin et al., editors. *Textbook of Geriatric Medicine*. Chulalongkorn Hospital and Faculty of Medicine, Chulalongkorn university. Bangkok, 2018 (in Thai)
9. Duplaga M., Grysztar M., Rodzinka M Kopec A. Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to elderly people. *BMC Health Services Research*. 2016, 16(Suppl 5): 278 doi 10.1186/s12913-016-1521-4.
10. Phayao Provincial Public Health Office. Population pyramid by gender, age group, Phayao Province. 2023. Health Data Center. (in Thai).
11. Nowell LS., Norris JM., White DE., Moules NJ. Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 2017; 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
12. Lincoln YS. and Guba EG. (1985) *Naturalistic Inquiry*. SAGE, Thousand Oaks, 289-331. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
13. 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 Nurses*. 2022; 23(3): 158-66. (in Thai)

14. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding Unmet Care Needs of Rural Older Adults with Chronic Health Conditions: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(4): 3298. doi: 10.3390/ijerph20043298. PMID: 36833993; PMCID: PMC9960497.
15. Chaisawat P, Phawananan P, Kittipichai W. Utilization of elderly health services, Tambon Viharn Khao, Amphor Tha-Chang, Sing Buri. *Vajira Nursing Journal*. 2016. 18(2); 42-50. (in Thai)
16. Gong CH, Kendig H, He X. Factors predicting health services use among older people in China: An analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. *BMC Health Services Research*. 2016 Feb 18;16:63. doi: 10.1186/s12913-016-1307-8.
17. Gao Q, Prina AM, Ma Y, Aceituno D, Mayston R. Inequalities in older age and primary health care utilization in low-and middle-income countries: A Systematic Review. *International Journal of Health Services*. 2022; 52(1): 99-114. doi: 10.1177/00207314211041234.
18. Andersen RM. (1995). Source revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.

คุณภาพของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2563

Graduate Quality According to Thai Qualifications Framework for Higher
Education and Identity of Air Force Nurse Graduates in Academic Year 2020

ละอองดาว วรรณฤทธิ์* บังอร ฤทธิ์อุดม

La-Ongdao Wannarit* Bangorn Ritudom

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพฯ ฯ ประเทศไทย 10220

Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services,

Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2563 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ใช้บัณฑิต 172 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามผลลัพธ์การเรียนรู้ คุณลักษณะทางทหารและจิตสำนึกสาธารณะ มีค่าความตรง (CVI) เท่ากับ 0.88, 0.92 และ 0.90 วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97, 0.96 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.49$) ด้านคุณธรรมจริยธรรม มีคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.46$) รองลงมาคือทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.48$) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.49$) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.50$) ความรู้ ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.51$) และทักษะทางปัญญา ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.47$) ตามลำดับ อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.46$) ได้แก่ คุณลักษณะทางทหาร ($\bar{X} = 4.63$, $SD = 0.46$) การมีจิตสำนึกสาธารณะ ($\bar{X} = 4.54$, $SD = 0.46$)

ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพบัณฑิต, กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ, อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ

Corresponding Author: *Email: Lchumthi@gmail.com

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ

วันที่รับ (received) 27 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 พ.ย. 2566

Abstract

This research aimed to study graduate quality according to a Thai qualifications framework for higher education and the identity of Air Force nurse graduates in the academic year 2020. The sample group consisted of 172 stakeholders selected by random sampling. Research instruments comprised the Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF: HEd), the Military Characteristics, and the Public Mind Questionnaires. The content validity of the questionnaire (CVI) was 0.88, 0.92, and 0.90, respectively. The construct validity was analyzed by Confirmatory Factor Analysis (CFA), and the measurement model was consistent with the empirical data. The Cronbach's alpha coefficient was 0.97, 0.96, and 0.93, respectively. The data were analyzed using means and standard deviations.

The results showed that the mean score was at a high level ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.49$), with the highest scoring of ethics and morals aspect ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.46$), followed by nursing skills ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.48$), interpersonal skills and responsibility ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.49$), numerical, communication, and information technology ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.50$), knowledge ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.51$), and cognitive skills ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.47$) respectively. The identity of the Royal Thai Air Force Nursing College was at the highest level ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.46$), including military characteristics ($\bar{X} = 4.63$, $SD = 0.46$) and public mind behavior ($\bar{X} = 4.54$, $SD = 0.46$).

Professors in charge of the curriculum can apply the study results as information for curriculum development and teaching strategies that contribute to nursing student's learning outcomes.

Keywords: Graduate quality, Thai Qualifications Framework for Higher Education, Identity of Air Force Nurse Graduates

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ (วพอ.พอ.) เป็นสถาบันที่กองทัพอากาศได้จัดตั้งขึ้นเพื่อผลิตบุคลากรทางการพยาบาล^{1,2} โดยปัจจุบันหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ใช้หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561 มุ่งเน้นการพัฒนาบัณฑิตให้มีคุณภาพตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิในระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ครอบคลุมคุณลักษณะที่คาดหวัง 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ³⁻⁵ เพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ ให้บริการสุขภาพแก่ข้าราชการและครอบครัวของกองทัพอากาศและประชาชนต่อไป

คุณภาพของบัณฑิตพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF) หมายถึง

คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ระบุโดยเป็นคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามหลักสูตรกำหนด ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาและการเติบโตของบัณฑิต ตลอดจนการดำเนินบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ด้านคุณธรรมและจริยธรรมมุ่งเน้นให้บัณฑิตมีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อสังคมและวิชาชีพ และปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรมอันดีและถูกต้องต่อระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม ซึ่งจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในบัณฑิตและสร้างฐานที่แข็งแกร่งในการพัฒนาต่อไป ส่วนคุณลักษณะด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพนั้น เน้นให้บัณฑิตมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางและเป็นระบบ การมีความรู้จะช่วยให้บัณฑิตปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจแก้ไขปัญหสุขภาพให้กับผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนมีการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาลต่อไป^{6,7} นอกจากนี้ วพอ.พอ.ยังมุ่ง

เน้นการพัฒนาบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ได้แก่ คุณลักษณะทางทหารและจิตสำนึกสาธารณะ โดยคุณลักษณะทหารมุ่งเน้นความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบ เสียสละเพื่อส่วนรวม กล้าหาญ อดทน มีบุคลิกภาพทางทหาร สง่างาม และสุขภาพแข็งแรง มีวินัย ส่วนจิตสำนึกสาธารณะมุ่งเน้นให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศตระหนักถึงการมีส่วนร่วมแสดงออกเพื่อสังคมส่วนรวม^{1,8,9}

จากความสำเร็จดังกล่าว สถาบันการศึกษาจึงต้องมีการประเมินคุณภาพบัณฑิต เพื่อแสดงถึงระบบและกลไกการพัฒนาหลักสูตร การวัดผลการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้รับหลังจากจบหลักสูตร จะเน้นการประเมินผลการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง โดยจัดให้มีการติดตามคุณภาพบัณฑิตโดยผู้ใชบัณฑิต จากนั้นมีการทบทวนผลการประเมินและวางแผนปรับปรุง/พัฒนาหลักสูตร ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ที่สำเร็จการศึกษาและทำงานแล้วอย่างน้อย 1 ปี โดยผู้ใชบัณฑิต คือผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จะแสดงถึงผลลัพธ์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561 ปีการศึกษา 2563 และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการศึกษากระบวนการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตรซึ่งเป็นการจัดการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ที่เน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นสำคัญ (Outcome-based education; OBE in Nursing Science) ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป¹⁰⁻¹³

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของพยาบาลทหารอากาศ

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (A Descriptive Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือกลุ่มผู้ใชบัณฑิต สังกัดโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 606 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ใชบัณฑิต จำนวน 172 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างและกำหนดคุณสมบัติจากการทบทวนวรรณกรรม

ที่ศึกษาคุณภาพบัณฑิตพยาบาลผ่านมา โดยกำหนดอัตราของบัณฑิตต่อผู้ประเมิน 1:3 ขึ้นไป^{1,2} จากจำนวนบัณฑิต 55 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยในอัตราส่วน 1:1 จำนวน 55 คน 2) หัวหน้าเวรพยาบาล 8 ชม. ในอัตราส่วน 1:1 จำนวน 55 คน และ 3) พยาบาลเวรเช้าหรือพยาบาลเวร 8 ชม. ในอัตราส่วน 1:1 จำนวน 55 คน รวม 165 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 (33 คน) รวม 198 คน¹² ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลขลำดับบัญชีรายชื่อการปฏิบัติงาน หลังจากเก็บข้อมูลวิจัยมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 87 ซึ่งถือว่าเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของการศึกษาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ¹ มาพัฒนาต่อโดยปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับกับสถานการณ์ปัจจุบันและบริบทของประชากร ดังนี้¹³

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์การทำงาน

2. แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบ TQF ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมและจริยธรรม จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้ จำนวน 5 ข้อ ด้านทักษะทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 4 ข้อ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 4 ข้อ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพจำนวน 5 ข้อ รวม 28 ข้อ

3. แบบสอบถามคุณลักษณะทางทหาร มีข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะผู้นำทางทหารจำนวน 7 ข้อ บุคลิกลักษณะทางทหาร จำนวน 4 ข้อ ความมีระเบียบวินัย จำนวน 4 ข้อ และความจงรักภักดีต่อสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ จำนวน 4 ข้อ รวม 19 ข้อ

4. แบบสอบถามจิตสาธารณะ ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ตามลำดับ

แบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับมีเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คะแนน 1-5 คือ จากน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด แปลผลได้ 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ¹

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงโดยใช้การวิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับหัวข้อวิจัย¹⁴ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วพอ.พอ. จำนวน 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน

การประเมินคุณลักษณะนักเรียนทหารตามคู่มือกำลังพลกองทัพอากาศ 2 คน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบ TQF เท่ากับ 0.88 และของแบบสอบถามคุณลักษณะทางทหารเท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามจิตสาธารณะเท่ากับ 0.90 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (n = 308)

Model-fit Criteria	χ^2	df	P-value	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
	-	-	> 0.05	< 2.00	> 0.95	> 0.95	< 0.05	< 0.05
แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบ TQF	265.861	233	0.068	1.141	0.996	0.993	0.021	0.033
แบบสอบถามคุณลักษณะทางทหาร	113.204	94	0.086	1.20	0.996	0.993	0.026	0.024
แบบสอบถามจิตสาธารณะ	1.931	3	0.586	0.64	1.000	1.000	0.000	0.005

ผู้วิจัยหาความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) จากกลุ่มตัวอย่าง 308 คน¹⁵ พบว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า Goodness of fit; e.g., χ^2 value is not significant at $p=0.05$, χ^2/df ratio < 2, CFI > 0.95, TLI > 0.95, RMSEA < 0.05, and SRMR < 0.05¹⁵

2. ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบ TQF เท่ากับ 0.97 และของแบบสอบถามคุณลักษณะทางทหารเท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามคุณลักษณะด้านจิตสาธารณะเท่ากับ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับกองการพยาบาล รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.จัดทำเครื่องมือวิจัยลงในรูปแบบ Google Form ขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังการได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ชี้แจงข้อมูลและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียินยอมเข้าร่วมการ

วิจัย จึงเริ่มตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ทั้งนี้การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พฤศจิกายน 2565 ถึง ธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวปฏิบัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เลขที่ 86/65 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บัณฑิตมีช่วงอายุ 24-57 ปี ($\bar{X} = 31.35$, $SD = 8.38$) มีประสบการณ์การทำงาน 2-34 ปี ($\bar{X} = 9.25$, $SD = 8.14$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด 161 คน คิดเป็นร้อยละ 93.60 รองลงมาระดับปริญญาโท 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 และปริญญาเอก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60 ตามลำดับ ปฏิบัติงานในตำแหน่ง

พยาบาลเวร 8 ชม. มากที่สุดถึงร้อยละ 74.40 รองลงมาเป็นพยาบาลเวรเช้า ร้อยละ 15.70 และตำแหน่งผู้ตรวจการหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยร้อยละ 9.90 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ

ตารางที่ 2 คุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ($n = 172$ คน)

คุณลักษณะบัณฑิต	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ			
ด้านคุณธรรมและจริยธรรม	4.66	0.46	มากที่สุด
ด้านความรู้	4.34	0.51	มาก
ด้านทักษะทางปัญญา	4.30	0.47	มาก
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.40	0.49	มาก
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.38	0.50	มาก
ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	4.42	0.48	มาก
รวม	4.42	0.49	มาก

1. คุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.49$) ด้านคุณธรรมจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.46$) รองลงมาคือทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.48$) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.49$) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.50$) ความรู้ ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.51$) และ ทักษะทางปัญญา ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.47$) ตามลำดับ

ด้านคุณธรรม จริยธรรม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ประกอบอาชีพด้วยความซื่อสัตย์สุจริต ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ($\bar{X} = 4.72$, $SD = 0.51$) รองลงมา คือ ประพฤติตนตามหลักกฎหมายและคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.50$) ปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรมอันดีและถูกต้องต่อระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม ($\bar{X} = 4.65$, $SD = 0.51$) และ เอาใจใส่ต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.53$) ตามลำดับ

ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยโดยคำนึงถึงปัจเจกบุคคลและความหลากหลายทางวัฒนธรรม ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.51$) และปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.54$)

ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่และสังคม ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.53$) รองลงมา คือ สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมการพยาบาล ($\bar{X} = 4.44$, $SD = 0.57$)

ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้นข้อมูล เพื่อการพัฒนาตนเองและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ($\bar{X} = 4.45$, $SD = 0.59$) รองลงมา คือ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเสนอ และการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.43$, $SD = 0.58$)

ด้านความรู้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการเรียนรู้จากข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย ($\bar{X} = 4.51$, $SD = 0.52$) รองลงมา คือ มีความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาลและระบบจำแนก

ข้อมูลทางการพยาบาล ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.56$)

ด้านทักษะทางปัญญา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีความพร้อมปรับตัวในทุกสถานการณ์ ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.55$) รองลงมา คือ สามารถคิดวิเคราะห์ทำความเข้าใจกับข้อมูลได้

อย่างรอบด้าน ก่อนตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.61$) ส่วนข้อที่ได้น้อยที่สุดคือ เสนอแนวทางปฏิบัติงานที่สร้างสรรค์ มีเหตุผล และปฏิบัติได้จริง ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.58$)

ตารางที่ 3 อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ (n = 172 คน)

อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
คุณลักษณะทหาร			
ภาวะผู้นำทางทหาร	4.47	0.42	มาก
บุคลิกลักษณะทางทหาร	4.55	0.45	มากที่สุด
การมีระเบียบวินัย	4.56	0.48	มากที่สุด
มีความจงรักภักดีต่อสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์	4.57	0.48	มากที่สุด
รวมคุณลักษณะทหาร	4.54	0.46	มากที่สุด
การมีจิตสำนึกสาธารณะ			
	4.63	0.46	มากที่สุด
รวม	4.59	0.46	มากที่สุด

2. อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ

อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.46$) โดยคุณลักษณะทางทหารเท่ากับ 4.63 ($SD = 0.46$) และการมีจิตสำนึกสาธารณะเท่ากับ 4.54 ($SD = 0.46$) ด้านคุณลักษณะทางทหาร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความจงรักภักดีต่อสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.48$) การมีระเบียบวินัย ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.48$) และมีบุคลิกลักษณะทางทหาร ($\bar{X} = 4.55$, $SD = 0.45$) ตามลำดับ ส่วนการมีจิตสำนึกสาธารณะ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รับผิดชอบต่อตนเองเพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายต่อส่วนรวม ($\bar{X} = 4.65$, $SD = 0.50$) ดูแลรักษาทรัพย์สินของส่วนรวม ($\bar{X} = 4.65$, $SD = 0.53$) และทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้อื่นหรือส่วนรวม ($\bar{X} = 4.61$, $SD = 0.51$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติระดับปริญญาตรีภาพรวมในระดับมาก ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านคุณธรรมจริยธรรมมีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ ได้รับการปลูกฝังตั้งแต่แรกเข้าศึกษา และผ่านกระบวนการหล่อหลอมจากการเรียนการสอน ให้นักเรียน

เกิดการเรียนรู้ถึงความหมายของการพยาบาล ที่เป็นการกระทำโดยตรงต่อชีวิต เกี่ยวข้องกับการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย พยาบาลจึงต้องมีความซื่อสัตย์ ปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรม และถูกต้องต่อระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม ตามหลักกฎหมายและคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีความเห็นอกเห็นใจ และเอาใจใส่ต่องานหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เห็นคุณค่าและความสำคัญของความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว สังคม และชุมชน¹⁶ นอกจากนี้ การออกแบบการเรียนการสอนนั้นยังมุ่งเน้นมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม ผ่านการประชุมเสวนา วิเคราะห์ประเด็นจริยธรรม จึงสามารถสร้างความตระหนักถึงการพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักคุณธรรมจริยธรรม ท่ามกลางแนวโน้มการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความต้องการของผู้รับบริการ และความท้าทายด้านจริยธรรม¹⁷ ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาของสถาบันพยาบาลในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่พบว่าคุณภาพบัณฑิตด้านคุณธรรมจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด^{1,2,6} อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับจริยธรรมทางวิชาการสามารถทำนายความแปรปรวนทางศีลธรรมได้ถึงร้อยละ 28.80 ($p < .001$) โดยนักเรียนพยาบาลตระหนักได้ว่าการไม่รักษาความลับของผู้ป่วยและการโกงข้อสอบเป็นพฤติกรรมที่ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ¹⁶

บัณฑิตพยาบาลทหารอากาศมีทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก วพอ.พอ. มีกลยุทธ์การสอนที่หลากหลาย การเรียนรู้จากสภาพจริงและเสมือนจริง ถ่ายทอดลงสู่รายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ แหล่งฝึกภาคปฏิบัติหลักของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ คือโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สังกัดกองทัพอากาศ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิสามารถจัดประสบการณ์การฝึกปฏิบัติได้เพียงพอ ให้นักเรียนพยาบาลเกิดผลลัพธ์ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา จนเกิดทักษะการพยาบาล¹⁸ อีกทั้งการจัดสวัสดิการนักศึกษาที่เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เช่น มีหอพักนักเรียนอยู่ใกล้กับแหล่งฝึก สวัสดิการด้านอาหาร และห้องสมุด ให้นักเรียนได้ใช้สืบค้นข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือของผู้รับบริการ การจัดบริการและสวัสดิการนักศึกษา ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ และการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะทางพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43, 0.42, 0.37$, และ $0.22, p < .05$)¹⁹ สนับสนุนโดยผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนที่ได้รับตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล การบูรณาการทฤษฎีและการปฏิบัติ ประสบการณ์จริง ส่งผลให้พยาบาลจบใหม่มีทักษะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม²⁰

ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นถึง ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ยึดหยุ่น การเป็นผู้ฟังที่ดี มีภาวะผู้นำ มีความรับผิดชอบตนเองและสังคม ตลอดจนการมีความสามารถในการวางแผนและรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง เนื่องจาก การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน การบรรยายแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive lecture)²¹ การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem based learning) หรือ Project-based Learning รวมถึงในการสอนภาคปฏิบัติที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างผู้เรียน ผู้สอน ผู้รับบริการ และทีมสุขภาพ ฝึกความรับผิดชอบและภาวะผู้นำ²² นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อให้ผู้เรียนฝึกการทำงานเป็นทีม ส่งผลให้นักเรียนพยาบาลมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบในระดับมาก²³ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเรียนแบบผสมผสาน ส่งผลต่อการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะการปฏิบัติ และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)^{21,24}

ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรนักเรียนพยาบาลจึงเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ 3R คือ Reading (W) Riting และ(A) Rithemetics สามารถอ่านออก อ่านจับใจความ และเขียน สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจและมีทักษะการคำนวณ และ 8C เช่น Communication Computing Information and Media Literacy เป็นต้น โดยการบูรณาการสู่รายวิชาตลอด 4 ปีการศึกษา ส่งผลให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านนี้อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันพยาบาลที่ผ่านมา พบว่าทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81, SD = 0.54$)⁵

ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร รวม 143 หน่วยกิต เน้นกลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น การบรรยายแบบมีปฏิสัมพันธ์ การศึกษารายกรณี (Case study) ตลอดจนภาคปฏิบัติที่นักเรียนพยาบาลได้ลงมือทำ เกิดการเป็นความจำ เข้าใจ และนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้²¹ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์ของพยาบาลจบใหม่ที่ผ่านมา พบว่าด้านความรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09, SD = 0.77$)²

ทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียน ได้มีโอกาสคิดวิเคราะห์ ข้อมูล ฝึกตัดสินใจทางคลินิก ฝึกเชื่อมโยงความรู้ในสหสาขาที่เกี่ยวข้องไปวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้นักเรียนพยาบาลได้ฝึกคิดและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการคิดขั้นสูงและเกิดทักษะการคิดขั้นสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาที่พบว่าด้านทักษะทางปัญญาของบัณฑิตพยาบาลอยู่ในระดับมาก^{2,5} อย่างไรก็ตาม พบว่าด้านนี้มีคะแนนน้อยที่สุด เมื่อวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ พบข้อที่มีคะแนนน้อย คือ การเสนอผลการวิเคราะห์และแนวทางปฏิบัติงานที่สร้างสรรค์ มีเหตุผลและปฏิบัติได้จริง แสดงให้เห็นถึงทักษะการทำวิจัยและนวัตกรรม ตลอดจนการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่ต้องอาศัยระยะเวลาและประสบการณ์ที่มากขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้เรียนฝึก วิเคราะห์ปัญหา การคิดเชิงวิพากษ์ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) เพื่อเสริมสร้างทักษะดังกล่าวให้กับบัณฑิตพยาบาล

อัตลักษณ์ของพยาบาลทหารอากาศ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคุณลักษณะทางทหารและการมีจิตสำนึกสาธารณะอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความจงรักภักดีต่อสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ มีความเต็มใจและภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ที่แสดงถึงการเทิดทูนสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ และไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นการลบหลู่ต่อสถาบัน เนื่องมาจาก วพอ.พอ.ได้จัดกิจกรรมตลอดหลักสูตรให้นักเรียนพยาบาลได้ตระหนักรู้ถึงสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ อันเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของคนไทยทุกคน เรียนรู้โครงการที่พระมหากษัตริย์ทรงดำเนินการและขยายผลออกไป หลักปรัชญาการทรงงานและองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่พระองค์ได้ทรงคิดและเผยแพร่ จนเกิดประโยชน์ในการพัฒนาประเทศและดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น การประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัว เป็นต้น²⁵ อีกทั้งการส่งเสริมให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศเข้าร่วมกิจกรรมที่กองทัพอากาศจัดขึ้น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ จึงสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมที่อยู่บนรากฐานของความจงรักภักดีและกตัญญูต่อ ชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์²⁶

นอกจากนี้ การมีระเบียบวินัยและมีบุคลิกลักษณะทางทหารถือเป็นคุณลักษณะที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า วพอ.พอ. จัดการเรียนการสอนวิชาทหาร การพยาบาลยุทธวิธี การพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น และกิจกรรมเสริมหลักสูตร ที่มุ่งเน้นให้บัณฑิตมีอัตลักษณ์ “งาม สง่า” ส่งผลให้บัณฑิตมีบุคลิกภาพทางทหาร มีระเบียบวินัย สุขภาพแข็งแรง และมีจิตใจกล้าหาญ อดทน เสียสละ และมีภาวะผู้นำ สามารถตอบสนองภารกิจของกองทัพอากาศ ทั้งยามปกติและฉุกเฉิน³ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสถาบันการพยาบาลทหารในประเทศไทย ที่พบว่าการบูรณาการศาสตร์การพยาบาลร่วมกับความรู้ทางทหารในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วย สามารถพัฒนาอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของพยาบาลทหารบก คือความมีระเบียบวินัยเสียสละ อดทน มีความรับผิดชอบ กล้าหาญ มีความเป็นผู้นำ และมีบุคลิกภาพทางทหาร จิตอาสา สามารถปฏิบัติงานในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อตอบสนองภารกิจกองทัพบกได้ตลอดเวลา^{8,27}

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. คงไว้ซึ่งการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ และอัตลักษณ์ของสถาบันอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาที่พบว่าทักษะทางปัญญามีคะแนนน้อยที่สุด จึงควรพัฒนากลยุทธ์การสอนที่เน้นกระบวนการคิดและการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มทักษะทางปัญญา เน้นกลยุทธ์การสอนให้เกิดกระบวนการคิด การแก้ปัญหาโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์

References

1. Pungsawang N, Booncharoenpanich S. The Quality of Graduates according to Thai Qualifications Framework for Higher Education and Desirable Characteristics according to Royal Thai Air Force Nursing College Royal Thai Navy Medical Journal. 2017;44(2):1-17. (in Thai)
2. Khonkhooontot P, Jarupisitpaiboon C, Nuchamart Gaewgoontol N, Pramasawat N, Pha-Ngam M. Opinions of Stakeholders on the Qualities and Identities of Novice Nurses Graduated from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima in the Academic Year 2018. Journal of Health Science. 2020;29(6):1086-94. (in Thai)
3. Royal Thai Air Force Nursing College. Bachelor of Nursing Science (Revised Curriculum, 2018). Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force. 2018. (in Thai)

4. Khamchan P, Thailek T, Thasaneesuwan S. Learning Outcome according to Thai Qualifications Framework for Higher Education as Perceived by Nursing Students regarding the Hybrid Learning Approach in an Elementary Nursing Research Subject. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2022;42(3):63-73. (in Thai)
5. Pansuwan K, Pakanta I. Quality and identity of graduates who graduated in the academic year 2019 from the Faculty of Nursing, Naresuan University. *Nursing, Health, and Public Health Journal*. 2023;2(1):18-28. (in Thai)
6. Wangruangsatid R, Kaewsasri A. The Perception of Learning Outcomes under the Qualification Framework for Higher Education among Graduates of Nursing Science in the academic year 2020 at Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*. 2022;12(1):78-93. (in Thai)
7. Sanitsom P, Jarat N. Military Leadership Attributes for Royal Thai Armed Force. *Executive Journal*. 2015;35(1):75-86. (in Thai)
8. Sumetsittikul A, Meeparn A, Chaleoykitti S, Indhraratana A, Khinchet N. Model of nursing student identity development, the Royal Thai Army Nursing College. *Journal of the Police Nurses*. 2019;11(1):184-97. (in Thai)
9. Ministry of Education. Announcement of the Ministry of Education on Higher Education Standards B.E.(in Thai). 2019.
10. Moreno-Lacalle R. Integrative Review of Outcomes-Based Education in Nursing. 2016;26:51-62.
11. Tan K, Chong MC, Subramaniam P, Wong LP. The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2018;64:180-9.
12. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Harlow, Essex: Pearson; 2014.
13. DeVellis RF. *Scale development: Theory and applications*. 4th ed. Los Angeles: SAGE; 2017.
14. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing and Health Research*. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2017.
15. Kelloway EK. *Using Mplus for structural equation modeling : A researcher's guide*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2015.
16. Alnajjar Ph DH, Abou Hashish Ph DE. Academic Ethical Awareness and Moral Sensitivity of Undergraduate Nursing Students: Assessment and Influencing Factors. *SAGE Open Nursing*. 2021;7(1).
17. Miron J, Wilson R, Freeman J, Sears K. Academic integrity in upper year nursing students' work-integrated settings. *International Journal for Educational Integrity*. 2022;18(1):16.
18. Chutchawan N, Yuroong A, Untaja P, Ankanawin U, Sutthilak C, Thepnimit S. Effects of Multi-scenario Simulation Learning Program for Developing Military Nursing Performance in the Royal Thai Army Nursing Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(2):109-18. (in Thai)
19. Intarakumhang Na Rachasima S, Rueangrit P. Variables Affecting Nursing Skill of Nursing Students In Boromarajonani college of Nursing , Swanpracharak Nakhonsawan. *Journal of nursing and health research*. 2016;17(3):106-12.

20. Sterner A, Hagiwara MA, Ramstrand N, Palmér L. Factors developing nursing students and novice nurses' ability to provide care in acute situations. *Nurse Education in Practice*. 2019;35(2):135-40.
21. Sanitsakul A. Outcomes of Blended Learning in a Nursing Technique, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(1):53-9. (in Thai)
22. Choi J, Yoon H, Kim D, et al. Factors Affecting Interpersonal Competence of Nursing Students: Focused on Self-Assertiveness and Empathy. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2021;28(2):218-25.
23. Rattanaphant T, Krootjohn S, Tiantong M. Blended Learning Activity Model in 4H Life Skills for Graduated Qualifications of the Faculty of Education. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*. 2018;5(3):15-25. (in Thai)
24. Jerayingmongkol P, Anansirikase P, Chalardlon P, Damsangsawat N. Family and Community Nursing II Practicum Course Provision under the COVID-19 Situation: The Effects of Blended Learning on Learning Outcomes. *Journal of Nursing and Education*. 2022;15(22): 71-81. (in Thai)
25. Arpanantikul M, Phuphaibul R, Khuwatsamrit K. Analysis of Integration of Sufficient-Health Indices with the Philosophy of Sufficiency Economy. *Thai Journal of Nursing Council*. 2015;30(1):41-57. (in Thai)
26. Najaroen K. Role of loyalty in shared core values for enhancing workplace spirituality of the crown property bureau. Pathumthani, Thammasat University; 2014. (in Thai)
27. Chutchawan N, Untaja P, Yuroong A, Ankanawin U, Sutthilak C, Thepnimit S. The Development of Army Nurses' Competencies by Using Scenario-Based Training. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(2):53-62. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

Effects of the Perceived Self-efficacy Promoting Program on Knowledge and Skills in Emergency Medical Services among Emergency Medical Responders at Sam Ngam District, Phichit Province

อาทิตนันท์ สมิงนิล* วุฒิชัย จริยา

Athittanan Samingnil* Wutthichai Jariya

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand 65000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร โดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้และแบบประเมินทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายในกลุ่มทดลอง โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการทดลอง และระยะติดตาม 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 32.839$, $p\text{-value} < .05$ และ $F = 79.530$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ) 2) ภายหลังการทดลอง ระยะติดตาม 2 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 40.390$, $p\text{-value} < .05$ และ $F = 36.295$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

Corresponding author: E-mail: Athittanans62@nu.ac.th

วันที่รับ (received) 30 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ธ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ม.ค. 2565

Abstract

This quasi-experimental research purposed to investigate the effects of the perceived self-efficacy promoting program on knowledge and skills in emergency medical services among emergency medical responders at Sam Ngam District, Phichit Province. Such a program was designed regarding Bandura's self-efficacy theory. The sample was 60 emergency medical responders divided into two groups, 30 in experimental group and 30 in control group. The experimental group received the self-efficacy promoting program on emergency medical services among emergency medical responders. Questionnaires assessing knowledge and skills in emergency medical services were used to collect data. The reliability (KR20) of the questionnaires was examined, and the results were 0.82 and 0.71, respectively. Data were analyzed by using percentage, mean and standard deviation. The two-way repeated measure ANOVA was utilized to compare the mean score of knowledge and skills in emergency medical services between the experimental group and the control group, while the one-way repeated measure ANOVA was used to compare such mean scores within experimental group.

The results revealed that: 1) at the post-test stage and 2-month follow-up period, the experimental group had a higher mean score of knowledge and skills in emergency medical services than before the experiment at a significant level.05 ($F = 32.839$, $p\text{-value} < .05$ และ $F = 79.530$, $p\text{-value} < .05$, respectively); 2) at the post-test stage and 2-month follow-up period, the experimental group had higher mean score of knowledge and skills in emergency medical services than the control group at a significant level.05 ($F = 40.390$, $p\text{-value} < .05$ and $F = 36.295$, $p\text{-value} < .05$, respectively)

Keywords: Perceived Self-efficacy, Emergency Medical Services, Emergency Medical Responders

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะที่สำคัญจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่ถือว่าเป็นชั่วโมงแห่งชีวิต (Golden hour) ที่ทำให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินรอดชีวิตได้มากที่สุดกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล¹ ระยะเวลาการส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตถึง 1.78 เท่า (95% CI 1.58-1.99) และการนำส่งผู้บาดเจ็บอาการรุนแรงส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมผู้บาดเจ็บมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่า 3.84 เท่า (95% CI 2.52-5.86) ของการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งระยะเวลาจากการรับแจ้งเหตุจนถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที (Response time ≤ 10 minutes) จะช่วยให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมีโอกาสรอดชีวิตได้ถึง 1.26 เท่า (95% CI 1.01-1.57)² นอกจากนี้ การได้รับ

การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล ยังช่วยลดอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1.41 เท่า (95% CI 0.53-3.78) การเจ็บป่วยอื่นๆ 0.84 เท่า (95% CI 0.70-1.02) อุบัติเหตุจราจร 0.65 เท่า (95% CI 0.29-1.48) และอุบัติเหตุอื่นๆ 0.84 เท่า (95% CI 0.47-1.51)³

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นบริการก่อนที่จะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล (pre-hospital) ในประเทศไทย จึงได้มีการพัฒนาโดยการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน⁴ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีการจัดตั้ง 1 กู้ชีพ 1 ตำบล เพื่อเป็นการสร้างโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตามยังมีการขาดแคลนบุคลากรในการออกปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องมีเครือข่ายขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมในการบริหารจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในการออกช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ฉุกเฉินเหตุ⁵

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ของอำเภอสามง่ามส่วนใหญ่จะผ่านการฝึกอบรมปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง และขึ้นทะเบียนกับสถานบันการแพทย์ฉุกเฉินตามหลักสูตรของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แต่มีการอบรมเพียงครั้งเดียว และไม่มี การอบรมต่อเนื่อง ในส่วนของโรงพยาบาลสามง่ามจึงมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินปีละ 1 ครั้ง เพียง 1 วันเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการอบรม จากการประเมิน ผลการติดตามปฏิบัติงานของหน่วยอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ในเขตอำเภอสามง่าม พบว่า ยังมีปัญหาในด้านการประเมิน สภาพผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การเปิดทางเดินหายใจผิดวิธี การเอา สิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจไม่เหมาะสม การยก เคลื่อนย้ายผิดวิธี การช่วยฟื้นคืนชีพที่ขาดประสิทธิภาพ และการจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย ที่อาสาสมัครฉุกเฉินยังไม่เข้าใจถึงระบบการปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉิน การแพทย์ที่ยังขาดทักษะในการปฏิบัติงาน⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมวิจัย เรื่องผลของ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการ ให้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์⁷ ได้นำแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา Bandura⁸ นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย เมื่อ บุคคลมีความรู้ และมีทักษะที่ดีสามารถปฏิบัติตัวอย่าง เหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ มีการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจะปฏิบัติ ตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เมื่อนำโปรแกรมไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และความสามารถ ในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหลังการเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม⁷ นอกจากนี้ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแล ผู้บาดเจ็บ ฉุกเฉินเหตุและระหว่างนำส่งของพนักงานฉุกเฉิน การแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติงานให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม⁹

ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของอาสาสมัคร ฉุกเฉินการแพทย์ที่ยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน⁶ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ดังที่กล่าวข้างต้น⁸ จึงควรมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนที่จะทำให้เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองในการตัดสินใจ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งส่งเสริมความรู้ และทักษะ ในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการและภาวะแทรกซ้อนจากอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนในชุมชน

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ ให้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติ งาน และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตรได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนต่อคะแนนความรู้ในการปฏิบัติงาน และทักษะ ในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการ ทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 2 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา Bandura⁸ ซึ่งผลลัพธ์ของ โปรแกรม คือ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการ แพทย์ฉุกเฉิน ดังภาพที่ 1

**โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการให้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน**

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง
2. การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ผู้อื่น
3. การใช้คำพูดชักจูง
4. สภาพแวดล้อมร่างกายและอารมณ์

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ความรู้ในการปฏิบัติงาน
2. ทักษะในการปฏิบัติงาน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้บริการการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการออกแบบและพัฒนากิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องตามแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁸ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำชักจูง และ 4) สภาพแวดล้อมร่างกายและอารมณ์ โดยโปรแกรมมีระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ หน่วยงานการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ปี) และเคยได้รับการอบรมฟื้นฟูการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ครั้ง)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้ จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย การเปิดทางเดินหายใจ การเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากที่เดินหายใจ การยกเคลื่อนย้าย การช่วยฟื้นคืนชีพและการจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย คำถามมีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะให้เลือกตอบโดยมี 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติงาน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 30 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย การเปิดทางเดินหายใจ การเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากที่เดินหายใจ การยกเคลื่อนย้าย การช่วยฟื้นคืนชีพ และสมรรถนะทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย ใช้วิธีการตอบแบบประเมิน 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้อง และ ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ และแบบประเมินทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้สูตรของโรวินสลิ และแฮมเบลตัน¹⁰ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินแต่ละชุดเท่ากับ 0.67-1.00

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่พัฒนาไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้วิธี Kuder Richardson (KR-20) ค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.7 ขึ้นไป¹⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.82 และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 0.71

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจัดอบรมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 4 ท่าน โดยนัดผู้ช่วยนักวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขั้นตอนการฝึกทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ทักษะที่ต้องผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 2 อำเภอ และวิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) เพื่อกำหนดกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยกลุ่มตัวอย่างผ่านการฝึกอบรมปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง (EMT) จำนวน 115 ชั่วโมง และยังปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดงานวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านข้อมูลที่ได้รับ และตัดสินใจว่าจะให้ข้อมูลหรือไม่ หากสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้เซ็นชื่อในใบแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกรอกแบบสอบถาม ผู้ช่วยนักวิจัยชี้แจงนัดหมายการเก็บข้อมูล ในช่วงก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 12

ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ และแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดวัน เวลา และสถานที่ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านข้อมูลที่ ได้รับ และตัดสินใจว่าจะให้ข้อมูลหรือไม่ หากสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเซ็นชื่อในใบแสดงยินยอม เข้าร่วมการวิจัย จากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการจัดกิจกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 7 ชั่วโมง โดยรายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการจัดกิจกรรม จากนั้นให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้ และทักษะ ในการปฏิบัติงานก่อนการเริ่มจัดโปรแกรม กิจกรรมรู้จักกัน หรือยัง (สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์) โดยให้กลุ่มทดลอง แนะนำตัว คนละ 3 นาที และกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ โดยการให้จับคู่แบ่งบทบาทหน้าที่และตั้งชื่อประมาณ 10 นาที กิจกรรมรู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (การใช้คำพูดชักจูง) โดยการให้ความรู้และความสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จัดกิจกรรมการประเมินสภาพผู้ป่วยและการเปิดทางเดินหายใจ ประกอบด้วย กิจกรรมเล่าสู่กันฟัง (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ของตนเอง กิจกรรมอาสาต้นแบบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ มาเล่า ประสบการณ์ความสำเร็จและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้กลุ่ม ทดลองเรียนรู้ผ่านสื่อ VDO (การได้เห็นตัวแบบ หรือ ประสบการณ์ผู้อื่น) เริ่มกิจกรรมฝึกทักษะ (ประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยการฝึกปฏิบัติในทักษะ การประเมินสภาพผู้ป่วยและการเปิดทางเดินหายใจ กิจกรรม

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ด้วยตนเอง) โดยให้แต่ละคู่ วิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะของ การฝึกทักษะในคู่อื่นๆ แล้วให้คะแนนระหว่างคู่ สรุปผลและ ถอดบทเรียน (การใช้คำพูดชักจูง) และเพิ่มเติมข้อมูลให้กับ กลุ่มทดลอง รวมใช้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เริ่มกิจกรรมจำได้ หรือไม่ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) ทบทวนความรู้เดิม (ถาม-ตอบ) การประเมินสภาพผู้ป่วย และการเปิดทางเดินหายใจเป็นกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 1 และกล่าวชื่นชมในความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติงานให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มทดลอง (การใช้คำพูดชักจูง) จัดกิจกรรมประเด็นการเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดิน หายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ ประกอบด้วย กิจกรรมเล่าสู่กัน ฟัง (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยให้กลุ่ม ทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง กิจกรรมอาสาต้นแบบ (การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ ผู้อื่น) โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และอาสาสมัคร ฉุกเฉินการแพทย์ มาเล่าประสบการณ์ความสำเร็จและร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มทดลองเรียนรู้ผ่านสื่อ VDO (การได้เห็น ตัวแบบ หรือประสบการณ์ผู้อื่น) และเริ่มกิจกรรมฝึกทักษะ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยการฝึก ปฏิบัติในการเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจและ การช่วยฟื้นคืนชีพ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยให้แต่ละคู่ วิจารณ์และ ให้ข้อเสนอแนะของการฝึกทักษะในคู่อื่นๆ กิจกรรมเราทำได้ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยการให้ คะแนนระหว่างคู่ มอบรางวัลพิเศษ สรุปผลและถอดบทเรียน (การใช้คำพูดชักจูง) และเพิ่มเติมข้อมูลให้กับกลุ่มทดลอง รวมใช้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เริ่มกิจกรรมจำได้ หรือไม่ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) ทบทวนความรู้เดิม (ถาม-ตอบ) การเอาสิ่งแปลกปลอมออกจาก ทางเดินหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นกิจกรรมของ สัปดาห์ที่ 2 และกล่าวชื่นชมในความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติงาน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มทดลอง (การใช้คำพูดชักจูง) เริ่มกิจกรรมประเด็นการยกเคลื่อนย้ายและการจัดการทาง การแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย ประกอบด้วย กิจกรรม สร้างความสัมพันธ์ (สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์) โดยให้กลุ่ม ทดลองแบ่งกลุ่ม 5 กลุ่มๆ ละ 6 คน แบ่งบทบาทหน้าที่/ตั้งชื่อ

ประจำกลุ่ม เริ่มกิจกรรมเล่าสู่กันฟัง (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง กิจกรรมอาสาต้นแบบ (การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ผู้อื่น) โดยมีพยาบาลวิชาชีพเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ มาเล่าประสบการณ์ความสำเร็จและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มทดลองเรียนรู้ผ่านสื่อ VDO (การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ผู้อื่น) เริ่มกิจกรรมฝึกทักษะ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยการฝึกปฏิบัติในการยกเคลื่อนย้ายและการจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธณภัย กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยให้แต่ละกลุ่มวิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะของการฝึกทักษะในกลุ่มอื่นๆ กิจกรรมเราทำได้ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยการให้คะแนนระหว่างกลุ่ม มอบรางวัลพิเศษ สรุปผลและถอดบทเรียน (การใช้คำพูดชักจูง) และเพิ่มเติมข้อมูลให้กับกลุ่มทดลอง รวมใช้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เริ่มกิจกรรมจำได้หรือไม่ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) ทบทวนความรู้เดิม (ถาม-ตอบ) การยกเคลื่อนย้ายและการจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธณภัย เป็นกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3 และกล่าวชื่นชมในความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มทดลอง (การใช้คำพูดชักจูง) ในสัปดาห์นี้จะมีการเรียนรู้การปฏิบัติงานแบบบูรณาการ ซึ่งกลุ่มทดลองจะต้อง บูรณาการการปฏิบัติงานของ 6 ทักษะที่ได้เรียนรู้มาแล้วทั้ง 3 สัปดาห์ ให้สอดคล้องกับกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองของบทบาทสมมติที่กำหนดขึ้น (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการ คณะวิทยากรและผู้วิจัยสรุปผลและถอดบทเรียน (การใช้คำพูดชักจูง) กล่าวชื่นชมยกย่องกลุ่มทดลอง กิจกรรมเราทำได้ (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง) โดยการให้คะแนนระหว่างกลุ่ม มอบรางวัลพิเศษ กิจกรรมต้นไม้วิเศษ (สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์) โดยให้กลุ่มทดลองเขียนความในใจของการเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ลงในกระดาษ แล้วนำไปประกอบเป็นต้นไม้ สุดท้ายกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหลังสิ้นสุดโปรแกรม กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดโปรแกรม รวมใช้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB P3-0129/2563) มีการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโปรแกรม โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อและจะนำผลที่ได้จากการสรุปออกมาเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะประชากร ด้านสถานภาพสมรส และอาชีพ ส่วนด้านระดับการศึกษาใช้ Fisher's exact test ในกรณีที่ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 และอายุประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และจำนวนครั้งการได้รับการอบรมฟื้นฟู ใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน t-test for independent sample ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยทำการทดสอบรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ ของ Bonferroni

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง มีอายุมากที่สุดในช่วง 20-30 ปี และ 41-50 ปี

คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คือสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีอาชีพมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ อบต./อบท. คิดเป็นร้อยละ 60 มีประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด ในช่วง 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 และเคยได้รับการอบรมฟื้นฟูมากที่สุด จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุม มีอายุมากที่สุดในช่วง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คือ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอาชีพมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ อบต./อบท. คิดเป็นร้อยละ 53.3

มีประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดในช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 และเคยได้รับการอบรมฟื้นฟูมากที่สุด จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า สองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการปฏิบัติงาน และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายในกลุ่มทดลองในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน ($n = 30$) (แสดงดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติงาน และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายในกลุ่มทดลองในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน ($n = 30$)

ตัวแปร	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
ความรู้ในการปฏิบัติงาน				
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	12.18	13.58	-1.400	< .001*
ก่อนทดลอง - ติดตาม 2 เดือน	12.18	13.65	-1.467	< .001*
หลังทดลอง - ติดตาม 2 เดือน	13.58	13.65	-0.067	1.00
$F(2, 58) = 32.839b$, $p\text{-value} < .05$				
ทักษะในการปฏิบัติงาน				
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	24.35	29.43	-5.083	< .001*
ก่อนทดลอง - ติดตาม 2 เดือน	24.35	28.80	-4.450	< .001*
หลังทดลอง - ติดตาม 2 เดือน	29.43	28.80	0.633	.005*
$F(1.179, 34.179) = 79.530^a$, $p\text{-value} < 0.5$				

a = Greenhouse-Geisser, b=Sphericity Assumed, *p-value < .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติงาน และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติงาน ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และติดตาม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองและติดตาม 2 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และติดตาม 2 เดือน

มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าติดตาม 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน ($n = 60$) (แสดงดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mean difference	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้ในการปฏิบัติงาน						
ก่อนการทดลอง	12.18	1.012	12.63	0.706	-0.450	.051
หลังการทดลอง	13.58	0.708	12.00	1.008	1.583	< .001*
ติดตาม 2 เดือน	13.65	0.975	11.95	0.913	1.700	< .001*
F (2, 116) = 40.390 ^b , p-value < .05						
ทักษะในการปฏิบัติงาน						
ก่อนการทดลอง	24.35	2.788	24.11	1.760	0.233	1.00
หลังการทดลอง	29.43	0.653	24.18	1.689	5.250	< .001*
ติดตาม 2 เดือน	28.80	0.815	24.06	2.902	4.733	< .001*
F (1.657, 96.113) = 36.295 ^a , p-value <0.5						

a = Greenhouse-Geisser, b = Sphericity Assumed, *p-value < .05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติงาน และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติงาน ภายหลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิบัติงาน ภายหลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้¹¹ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹² สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา Bandura⁸

ซึ่งมีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และการฝึกทักษะการปฏิบัติงาน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจนประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จนเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของอาสาสมัครฉุกเฉินทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์⁸ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติงาน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาลของหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์¹³ พบว่าหน่วยกู้ชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะ

ในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มควบคุม ไม่ได้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา Bandura⁸ สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการจัดการทางพยาบาลในการเสริมสร้างความรู้ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสุพรรณบุรี¹⁴ พบว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นกลุ่มทดลอง มีความรู้และทักษะ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการ แพทย์¹⁵ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ในการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อติดตาม 2 เดือนยังพบว่ามีความยั่งยืนของ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และให้คำปรึกษารายบุคคล จนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปใช้กับกลุ่มอาสาสมัคร ฉุกเฉินการแพทย์ในพื้นที่อื่นต่อไปได้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงาน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในผู้ป่วยวิกฤติและ ฉุกเฉินเร่งด่วน เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพของ การดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัคร ฉุกเฉินการแพทย์

References

1. Daendee T, Songserm N, Wonglao P, Swatpant N. Success of the operation emergency medical service system of Ubon Ratchathani Province, UBRU Journal for public health research. 2018; 7(1): 91-102. (in Thai)
2. Chartkul M. Factors Related to Death in Trauma Patients of Advanced EMS in Thailand, Journal Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2014; 31(4): 311- 26. (in Thai)
3. Mills, E., Aasbjerg, K., Hansen, S. M., Ringgren, K. B., MB, Dahl, M., Rasmussen, B. S., Torp-Pedersen, C., Sogaard, P., & Kragholm, K. Prehospital time and mortality in patients requiring a highest priority emergency medical response: a Danish registry-based cohort study. The British Medical Journal Open. 2019; 9(11): 230-49.
4. Nongchang P, Poomsaidorn T, editors. Operation of emergency medical services system in local administrative organizations. 1st ed. Thailand: New Thammada press; 2011
5. Sirisamud T, Wachiradilok P, Singpayak C, editors. Emergency service annual report 2015. 1st ed. Thailand: Ultimat printing; 2015
6. Accident and Emergency Department, Emergency medical service performance report. Phichit. Sam Ngam Hospital; 2018. (in Thai)
7. Janpilom N. Effect of self-efficacy promoting program on ability regarding emergency medical service among first responders. (thesis). Phitsanulok. Naresuan University; 2015. (in Thai)
8. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006

9. Awae H, Khupantavee N, Damkliang J. Effect of a Self-Efficacy Enhancement Program on Capability of Trauma Patient Care on Scene and During Transfer by Emergency Medical Technician Personnel, Prince of Songkla University. Songklanagarind Journal of Nursing. 2020;(3): 15-23. (in Thai)
10. Kitreerawutiwong N. Public health research from principle to practice. 1st ed. Naresuan University. Naresuan University Publishing House: 2017
11. Mokrat B. The development of patient transferring to hospital in emergency medical services system of resuscitation unit in Joata subdistrict administration organization, Kamalasai district, Kalasin province Thailand. (thesis). Mahasarakham: Mahasarakham University;2014 (in Thai)
12. Soowit B and Others. An Evaluation of Emergency Medical Service Nursing Course of Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015; 16(2): 41-9. (in Thai)
13. Sasang N, Chusak T, Samee A. Effect of The Resuscitation Training Program on Knowledge and Skills and Perceived Self-Efficacy of Resuscitation Village Health Volunteers in Khlong Chik Subdistrict, Bang Pra in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 283-93. (in Thai)
14. Pumvisat R. Nursing management of training pattern for the emergency medical system in Suphanburi Province. (thesis). Nakhon Pathom: Christian University. 2012 (in Thai)
15. Kanfong K. Effectiveness of knowledge and skill improvement program of basic response to stroke patients for emergency medical responders. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. 2017 (in Thai)

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในยุควิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาด ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Factors Predicting Breastfeeding Intention among Postpartum Mothers in the New Normal Era, Nopparat Rajathanee Hospital

วนิดา ขวเจริญพันธ์¹ ศิริพร ฉายาทับ^{2*} อาทิตยา แก้วน้อย³ ศรีณธร มังคะมณี⁴ เฉลิมขวัญ ศรีสุวรรณ⁵

Wanida Chawajaroenpan¹ Siriporn Chayathab^{2*} Arthitaya Kaeonoi³

Sarinthorn Mungkhamanee⁴ Chalermkwan Srisuwan⁵

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ, ประเทศไทย 10230

¹Boromrajonani College of Nursing, Nopparatratwachira, Faculty of Nursing,

Praboromrajchanok Institute, Bangkok Thailand 10230

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม, ประเทศไทย 73000

²Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

³คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ ชลบุรี, ประเทศไทย 20250

³Panyapiwat Institute of Management, School of Nursing, Chon Buri Thailand 20250

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ราชบุรี, ประเทศไทย 70000

⁴Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing,

Praboromrajchanok Institute, Ratchaburi Thailand 70000

⁵โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพฯ, ประเทศไทย 10230

⁵Nopparatratthathane Hospital, Bangkok Thailand 10230

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อหาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในยุควิถีชีวิตใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอด จำนวน 370 คน ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของมารดาในระยะหลังคลอดในยุควิถีชีวิตใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาและการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.1 ($\bar{X}$ 14.75, SD = 2.22) การรับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.7 ($\bar{X}$ 38.41, SD = 4.86) การรับรู้อุปสรรคต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 ($\bar{X}$ 45.94, SD = 9.83) การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.5 ($\bar{X}$ 62.36, SD = 11.44) การสนับสนุนทาง

Corresponding Author: *Email: siriporncha@gmail.com

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับ (received) 26 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 พ.ย. 2566

สังคมของมารดาในระยะหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.1 ($\bar{X}$ 44.08, SD = 11.01) และปัจจัยด้านอายุ อาชีพ และการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอดในยุควิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาดได้ร้อยละ 12.9 (R^2 = .129) ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในการป้องกันและหลีกเลี่ยงการระบาดของโรค

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย ความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาหลังคลอด ยุควิถีชีวิตใหม่

Abstract

This predictive research aimed to identify factors predicting breastfeeding Intention among postpartum mothers in the new normal era. Three hundred and seventy postpartum mothers admitted to Nopparat Rajathanee Hospital were purposively selected according to preset criteria. Data were collected during March to June 2023, using self-administered questionnaire which consisted of personal information; knowledge about breastfeeding and prevention of Covid-19 infection; perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy; and received social supports, of the postpartum mothers in the new normal era. Data were analyzed by using descriptive statistics and Logistic Regression.

Results showed that 55.1% of the samples had the knowledge about breastfeeding and prevention of Covid-19 infection at moderate level ($\bar{X}$ = 14.75, SD = 2.22); 55.7% had perceived benefits of breastfeeding at high level ($\bar{X}$ = 38.41, SD = 4.86), 42.7% had perceived barriers of breastfeeding at moderate level ($\bar{X}$ = 45.94, SD = 9.83), and 46.5% had perceived self-efficacy at low level ($\bar{X}$ = 62.36, SD = 11.44). Almost half of the samples (48.1%) received social supports at low level ($\bar{X}$ = 44.08, SD = 11.01). Maternal age, occupation, and perceived benefits of breastfeeding combined accounted for 12.9% (R^2 = .129) of the variation of breastfeeding intention during postpartum period in the new normal era among the samples of this study. Recommendations: Guidelines for nurses in promoting perceived benefits of breastfeeding in preventing and avoiding disease outbreaks should be developed.

Keyword: Factors Predicting, Breastfeeding Intention, Postpartum Mothers New Normal Era

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค้นพบครั้งแรกในมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เดือนธันวาคม 2019 ต่อมาแพร่กระจายของเชื้อไปทั่วโลก จนกลายเป็นปัญหาด้านสุขภาพและความท้าทายด้านสุขภาพทั่วโลก การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก ส่งผลกระทบให้รัฐบาลประเทศต่างๆ ต้องวางมาตรการเร่งด่วนเพื่อจัดการกับการแพร่ระบาดของโรค¹ ทั้งที่ข้อมูลและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการรับมือกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วไปยังมียังจำกัด

องค์ความรู้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จาก

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ยังไม่พบการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากมารดาผ่านทางน้ำนมขณะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จึงไม่ควรงดเว้นการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา² แม้กระทั่งมารดาที่ตรวจพบเชื้อยังสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ โดยล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้แอลกอฮอล์เช็ดมือก่อนสัมผัสบุตร สวมหน้ากากอนามัยขณะให้นมจามหรือไอใส่กระดาษทิชชูและล้างมืออีกครั้ง ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่มารดาสัมผัสเป็นประจำ และสิ่งสำคัญคือต้องเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทันทีที่ชื้นและไม่ควรนำหน้ากากมาใช้ซ้ำหรือสัมผัสที่ด้านหน้าของหน้ากากอนามัย^{2,3} สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย⁴ ได้เผยแพร่แนวปฏิบัติของมารดาหลังคลอดที่สงสัยจะติดเชื้อ หรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

และอาการไม่รุนแรง สามารถให้นมมารดาได้ แต่ต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด กรณีมารดามีอาการรุนแรงควรให้ญาติที่มีสุขภาพแข็งแรงช่วยปั๊มนม เช่น สามีหรือผู้ช่วยเลี้ยงบุตร และป้องกันการติดเชื้อ แยกบุตรที่เกิดจากมารดาที่สงสัยจะติดเชื้อ หรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากบุตรรายอื่น

ผลกระทบของมารดาหลังคลอดที่เผชิญหน้ากับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ มารดาที่คลอดบุตรในช่วงระหว่างการแพร่ระบาด มีความกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อ และมีภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา⁵ จากการรวบรวมข้อมูลการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั่วโลกในปี ค.ศ. 2013 - 2018 พบว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวจนกระทั่ง 6 เดือน พบเพียงร้อยละ 44⁶ อย่างไรก็ตามประเทศไทยตั้งเป้าหมายเดียวกับองค์การอนามัยโลกซึ่งเป้าหมายการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนไว้ที่ร้อยละ 50 ในปี 2568⁷ แต่จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 ขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวในทารกอายุ 0-5 เดือน พบเพียงร้อยละ 14⁸ จะเห็นได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในประเทศไทยยังไม่บรรลุเป้าหมาย จึงสะท้อนได้ว่า ความรู้ การรับรู้ ความตั้งใจของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มัวยังคงเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า น้ามนมารดามีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ ปลอดภัย มีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ ทำให้บุตรมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์และสามารถป้องกันโรคมุมิแพ้ได้ รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาสมองและระดับสติ ปัญญา มารดาที่ให้นมบุตรอยู่ใกล้ชิด สัมผัสโอบกอดบุตร ทำให้มีความรักความผูกพันกับมารดาและมีความมั่นคงทางอารมณ์⁹ มีผลต่อการพัฒนาทางด้านอารมณ์และจิตใจของเด็ก เพิ่มสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตร การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ทั้งต่อมารดาและบุตรรวมถึงประเทศชาติ เพราะเป็นการเริ่มต้นสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพของประชากรของประเทศ

ส่วนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด ขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนกลับบ้านเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เพราะมารดาเริ่มให้นมบุตรในครั้งแรก

หากมารดาหลังคลอดเกิดปัญหาและอุปสรรคในการให้นมบุตรก็จะทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังเมื่อกลับบ้าน จะส่งผลกระทบต่อความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา โดยพบว่าอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁰ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับการเริ่มต้นและระยะเวลาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา คือ ความตั้งใจ เป็นผลจากการรับรู้ประโยชน์ว่านมมารดาเป็นนมที่ดีที่สุดสำหรับบุตร ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อนสนิท^{11 12 13} นอกจากนี้ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายการเลี้ยงดูบุตรด้วย นมมารดาอย่างเดียว 4-6 สัปดาห์ได้ร้อยละ 28.3 ในมารดาภายหลังคลอดที่มีภูวณน้ำหนักเกินและอ้วนก่อนตั้งครรภ์¹³ และพบว่าทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 29.2¹⁴ รวมถึงงานวิจัยที่ศึกษาพบว่าความรู้ ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมการให้นมมารดา สถานะการทำงาน สามารถทำนายการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 4 เดือนได้¹⁵

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้มารดาและครอบครัว เกิดความกังวลว่า การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอาจทำให้บุตรเกิดการติดเชื้อได้ ทำให้ไม่ยอมเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด อย่างไรก็ตามการศึกษาความตั้งใจของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาลในระยะหลังคลอด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวในระยะยาวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้อัตราการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวในประเทศเพิ่มขึ้น

สำหรับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด ในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีการสอนการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา เช่นเดียวกับก่อนมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่จะเน้นเรื่องการใส่สวมหน้ากากอนามัย การล้างมือก่อนสัมผัสบุตรในมารดาทุกคน ซึ่งพบว่าบางครั้ง

มารดาไม่ได้ปฏิบัติตามในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
กรณีมารดาที่ติดเชื้อโควิดมีการแยกห้องพัก จากมารดาที่ไม่ติดเชื้อ
และหลังจากมีการสอนมารดาในระยะหลังคลอดในระยะ
1-2 วันแรก ซึ่งบางรายน้ำนมยังไม่ไหล แต่มารดาต้องออกจาก
โรงพยาบาล โดยปกติจะให้นอนโรงพยาบาลไม่เกิน 48 ชั่วโมง
ทำให้ยังไม่ได้ประเมินเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
อย่างต่อเนื่อง และไม่ได้มีการติดตามต่อหลังกลับบ้าน
ซึ่งสอดคล้องกับจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้ดูแลมารดา
ในระยะหลังคลอด พบว่า ระยะหลังคลอดมารดายังมีปัญหา
ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา เช่น ทักษะการให้นมบุตร
ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดครั้งแรก ซึ่งปัญหา
และอุปสรรคที่พบบ่อยในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะ
หลังคลอดได้แก่ การปวดแผลฝีเย็บและปวดแผลผ่าตัดคลอด
ปวดมดลูก เต้านมคัดตึง ความเหนื่อยล้าจากการคลอด
ประสบการณ์การคลอดที่เพิ่งผ่านมา ความเจ็บป่วยของมารดา
การแยกมารดาและบุตรหลังจากคลอด ปัญหาสุขภาพบุตร

ดังนั้น ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และการป้องกันการติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วย
นมมารดา การรับรู้อุปสรรคต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม
โดยเฉพาะในระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ
และมีผลต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในระยะยาว
โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ทำให้มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของการให้บริการ
การให้ความรู้ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตร
ด้วยนมมารดา เพื่อให้เกิดผลความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตร
ด้วยนมมารดาไปพร้อมกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนาย
ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในยุควิถีชีวิตใหม่
เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาด นำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทาง
ในการช่วยเหลือดูแลมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร นำไปสู่
การสร้างแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาที่
เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการเลี้ยงดู
บุตรด้วยนมมารดา และการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา
2019

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตร
ด้วยนมมารดา การรับรู้อุปสรรคต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วย
นมมารดา การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุน
ทางสังคม ของมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่
เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาด

3. เพื่อหาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร
ด้วยนมมารดาของมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่
เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาด

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนม
มารดา และการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้
ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้อุปสรรค
ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความสามารถ
ของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ของมารดาในระยะ
หลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาดมีผล
ต่อความความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะ
หลังคลอดในยุควิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive
research)

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดทุกคนที่รับไว้ใน
ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้ด้วยค่าความเชื่อมั่น .95 เปอร์เซ็นต์ โดยใช้สูตร Yamane¹⁷
กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 356 ราย และเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 10 คิดเป็น 35 ราย ในกรณีที่ข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน
ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ 370 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง
(purposive sampling) โดยเลือกมารดา หลังคลอดที่รับไว้ใน
ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยมีเกณฑ์
ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มารดา
หลังคลอดทั้งคลอดปกติและผ่าตัดคลอดในตึกหลังคลอด
2) มารดาหลังคลอดสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง 3) ยินยอมเข้าร่วม
ทำการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria)
มารดาหลังคลอดที่ไม่สามารถเข้าร่วมในช่วงเวลาที่กำหนด
เช่น มารดาที่สื่อสารภาษาไทยไม่ได้ มารดาที่มีข้อห้ามในการ

เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย
ในมารดาหลังคลอดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผู้วิจัยพัฒนาจากงานวิจัย^{18,19}
หาคุณภาพของเครื่องมือผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา
และตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.89 พร้อมทั้งทำการปรับปรุงแก้ไขตาม
ข้อเสนอแนะ และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับมารดา
หลังคลอดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย
ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วย
นมมารดาและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้
ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม
ของมารดาในระยะหลังคลอดในยุควิถีชีวิตใหม่ คำนวณหาค่า
ความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความ
เชื่อมั่นที่ 0.60, 0.86, 0.92, 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณา
การศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้ใบรับรอง
เลขที่ 7/2566 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง
พร้อมกับแจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย สิทธิในการปฏิเสธและ
หากสมัครใจให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย กรณีที่
มารดาหลังคลอดอายุไม่ถึง 20 ปี ให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอม
ร่วมด้วย และแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยว่าในการตอบแบบสอบถามใน
ครั้งนี้คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ชื่อและรายงาน
การวิจัยจะเสนอผลในภาพรวม และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธ
การเข้าร่วมการวิจัยได้ เมื่อทำการวิจัยเรียบร้อยแล้ว จะทำลายข้อมูล
ทั้งโดยการย่อยกระดาษภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม
2566 ถึง มิถุนายน 2566 ดังนี้

1. ประธานโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อขอ
จริยธรรมวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย
2. ประธานหัวหน้าหน่วยงานหลังคลอด เพื่อชี้แจง
วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ

วันเวลาที่เข้าเก็บข้อมูลวิจัย

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยตามวันและเวลาที่
กำหนดโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้
สถานภาพสมรส สิทธิการคลอด วิธีการคลอด ประสบการณ์
ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร
ด้วยนมมารดา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ
2. ข้อมูล ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
และการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้
ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้อุปสรรคต่อ
การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความสามารถของตนเอง
และการสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วย
นมมารดา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยการวิเคราะห์
การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม
ถึงเดือนมิถุนายน 2566 จากมารดาหลังคลอด 370 ราย
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการศึกษามีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ
20-29 ปี ร้อยละ 49.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
ร้อยละ 50.8 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษาคิดเป็น
ร้อยละ 39.7 อาชีพแม่บ้านหรือไม่มีอาชีพคิดเป็นร้อยละ 38.9
รองลงมาเป็นลูกจ้างคิดเป็นร้อยละ 27 รายได้ส่วนใหญ่พอเพียง
ร้อยละ 63.2 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 95.1 กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิการคลอดคิดเป็นร้อยละ 60.8 จำนวน
ครั้งการคลอด 2-3 ครั้งคิดเป็น ร้อยละ 54.9 วิธีการคลอดทาง
ช่องคลอดร้อยละ 73.2 และร้อยละ 44.1 ไม่มีประสบการณ์
ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา มีความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วย
นมมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและ
เลี่ยงโรคระบาด 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 50.8 และมากกว่า
3 เดือนแต่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 23.5
2. ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาและการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.1 ($\bar{X}$ 14.75, SD = 2.22) พิจารณารายข้อพบว่ามีความรู้เรื่องนมมารดามีสารอาหารครบถ้วนภายหลังลูกดูดนมจนอิ่มแล้วควรไล่ลมให้ลูกเรอทุกครั้งเพื่อป้องกันอาการท้องอืด ควรให้ลูกดูดนมสลับกันทั้งสองข้างนานข้างละ 10-15 นาทีทุกครั้ง นมมารดามีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและการที่มารดาให้ลูกดูดนมบ่อย ๆ จะทำให้ดลูกเข้าอู่ได้เร็วขึ้น คิดเป็นร้อยละ 97.3, 93.2, 89.7, 76.8 และ 73.6 ตามลำดับ

3. การรับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้อุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี้ยงโรคระบาด

ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่รับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.7 ($\bar{X}$ 38.41, SD = 4.86) พิจารณารายข้อที่พบว่ามารดาเห็นด้วยมากที่สุดในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาทำให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นน้ำนมที่มีคุณค่าทางอาหารมาก และการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นสิ่งที่ดีสำหรับลูก คิดเป็นร้อยละ 60.5, 56.5, และ 54.6 ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 ($\bar{X}$ 45.94, SD = 9.83) พิจารณารายข้อที่พบว่ามารดาเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ หากที่ทำงานของท่านไม่มีห้องเก็บน้ำนม ท่านไม่มั่นใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมมารดานาน 6 เดือนและ ท่าน

กังวลเมื่อต้องเปลี่ยนจากเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาไปเป็นนมผสม เมื่อต้องกลับไปทำงาน คิดเป็นร้อยละ 60.5, 56.5, และ 54.6 ตามลำดับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.5 ($\bar{X}$ 62.36, SD = 11.44) พิจารณารายข้อที่พบว่ามารดาขาดความมั่นใจในเรื่องของการใส่หน้ากาก เพื่อป้องกันเชื้อโควิด 19 ก่อนให้นมลูกได้ทุกครั้ง รองลงมา คือ ทำในการให้นมทั้งท่านั่งและท่านอน และสามารถให้ลูกอมหัวนมเข้าลิ้นจนเหงือกกดบริเวณลานนม ตามลำดับ ส่วนข้อที่มารดาที่มีความมั่นใจมากที่สุดที่จะปฏิบัติได้คือ สามารถเดาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น ยาแดงเหล้า ในระยะให้นมบุตร เมื่อมีอาการเต้านมคัดตึงสามารถใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบแล้วจึงบีบน้ำนมออกด้วยมือได้ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยคิดว่าสามารถไปปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคมของมารดาในระยะหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.1 ($\bar{X}$ 44.08, SD = 11.01) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามารดาได้รับการสนับสนุนในด้านการทำงานบ้าน เพื่อให้มารดามีเวลาในการพักผ่อนหรือเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ครอบครัวช่วยเหลือลูก เช่น อุ้มลูก เปลี่ยนผ้าอ้อม และคอยรับฟังปัญหา ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา คอยให้กำลังใจ ปลอบโยน เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาตามลำดับ สำหรับข้อที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดหาหนังสือ หรือเอกสารที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาให้และการคอยเตือนให้ดูรายการโทรทัศน์หรือวิทยุเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

ตาราง แสดง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย 6 เดือน (n = 370)

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	OR	95% CI adj.	p-value
ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา/						
การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.015	.052	.077	1.015	0.915-1.125	.782
การรับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา	.050	.024	4.243	1.051	1.002-1.102	.039*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.016	.011	2.337	1.017	0.995-1.038	.126
การสนับสนุนทางสังคม	.002	.011	.033	1.002	0.981-1.024	.855
อายุ	.500	.240	4.336	1.649	1.030-2.641	.037*
การศึกษา	.782	.408	3.683	2.187	0.983-4.863	.055
อาชีพ	.649	.232	7.837	1.914	1.215-3.016	.005*
Constant	-3.690	1.271	8.430	.025		.004

Nagelkerke R² = .129, Overall Percentage = 63.0

จากตารางการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพบว่าความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม อายุ การศึกษาและอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาของมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาดได้ร้อยละ 12.9 (Nagelkerke $R^2 = .129$) โดยรวมสมการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 63 (Overall Percentage = 63.0) แต่มีอายุ อาชีพ และการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาดพบว่า อายุ ($\beta = 0.500, p < .05$) ระดับการศึกษา ($\beta = 0.782, p < .05$) อาชีพ ($\beta = 0.649, p < .05$) และการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ($\beta = 0.050, p < .05$) สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 12.9 ทำให้เห็นว่าอายุเป็นการสะท้อนพัฒนาการความสมบูรณ์ของการเจริญเติบโตตามวัย อาชีพแม่บ้านมีเวลาว่างจึงให้ความใส่ใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาสะดวก อีกทั้งการรับรู้ประโยชน์จะส่งเสริมให้มารดาตั้งใจเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาสำคัญกว่าความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวิถีใหม่ต้องอาศัยการรับรู้ว่าจะเกิดประโยชน์ต่อบุตรของตนในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ยิ่งส่งเสริมให้เกิดการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอดได้อย่างปลอดภัย

ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกันทำนายการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 4-6 สัปดาห์ในมารดาภายหลังคลอดที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะที่มารดามีความผิดปกติย่อมเกิดความกังวลหากไม่ได้รับรู้ประโยชน์ หรืออุปสรรคในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน¹³ หรือผลงานวิจัยที่กล่าวถึงความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับการเริ่มต้นและระยะเวลาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา¹¹ ซึ่งความ

ตั้งใจดังกล่าวเป็นผลจากการมีความรู้และการรับรู้ประโยชน์ว่านมมารดาเป็นนมที่ดีที่สุดสำหรับบุตร ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของนมมารดา การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนสนิท¹² และการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการดูลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁰

นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวได้ ($\beta = .181, p < .05$)¹⁴ แต่ผลงานวิจัยในครั้งนี้กลับพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาดอยู่ในระดับต่ำและไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์คลอด ไม่มีสิทธิในการลาคลอด และมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางจึงทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำทำให้ไม่สามารถทำนายความตั้งใจได้ดังเช่นงานวิจัยอื่น

การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอดในวิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันและเลี่ยงโรคระบาดอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนน้อยที่สุดได้แก่ การจัดหาหนังสือ หรือเอกสารที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาให้และการคอยเตือนให้ดูรายการโทรทัศน์หรือวิทยุเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 1 เดือน¹⁶ แต่ไม่สัมพันธ์กับการศึกษา ที่พบว่ามารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต มีความตั้งใจเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียว²⁰

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยหลังคลอดควรจัดทำแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพื่อป้องกันและเลี้ยงโรคระบาด
2. หอผู้ป่วยหลังคลอดควรสนับสนุนเทคนิคให้คำปรึกษาที่ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่มารดาที่กลับบ้าน
3. โรงพยาบาลควรมีการออกแบบระบบบริการที่ดูแลต่อเนื่องในการการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ สถานที่ทำงาน โรงงานอุตสาหกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในยุควิถีชีวิตใหม่ในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมโดยใช้งานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง
2. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพื่อป้องกันและเลี้ยงโรคระบาด
3. ศึกษาตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาในวิจัยนี้ เช่น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมการให้นมมารดา

References

1. Fauci, A.S., Lane, H.C. and Redfield, R.R. Covid-19 Navigating the Uncharted. The New England Journal of Medicine. 2020;382:1268-69.
2. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 10].
3. Kamonratananun N, Chai-ngam N, Wongwisaskul S, Sriwong K. Breastfeeding amidst the Pandemic of Covid-19. Kuakarun Journal of Nursing. 2020;27(2):175-85. (in Thai)
4. Yangthara B, Chokephaibulkit K, Wongsiridej P. Newborns care from mothers who have been diagnosed or confirmed COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 4].
5. Guvenc G, Yesilcinar İ, Ozkececi F, et al. Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. Perspectives in Psychiatric Care. 2021;57(3):1449-58.
6. Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding. New York, Geneva: UNICEF, WHO, 2017.
7. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. Geneva: WHO;2017 [cite 2018 May 30].
8. National Statistical Office, Thailand. Project to survey the situation of children and women in Thailand 2019, report. Complete results. Bangkok, Thailand: National Statistical Office, 2020.Thailand. (in Thai)
9. Kantaruksa K., Sansiriphun N., Prasitwattanaseree P. Development of Breastfeeding Promotion Models for Instructors Faculty of Nursing, Chiang Mai University and Nurses Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Nursing Journal. 2021;148(3):354-65. (in Thai)
10. Thongkorn A. Singhala K. Kuasit U. Kownakla J. Intention and barriers to breastfeeding among adolescent primiparous mothers. Research and Development Health System Journal. 2020;13(2):634-40. (in Thai)
11. Khoonphet C. Kala S. The Experience of Breastfeeding Intention among Adolescent Mothers. Printcess of Naradhiwas University Journal. 2019;11(2):1-11. (in Thai)
12. Pasuwan D. Success of Exclusive Breastfeeding for at Least the First 6 Months: A Case Study of Nakhon Pathom Province. Kuakarun Journal of Nursing. 2020;27(1):71-84. (in Thai)

13. Tipsing N, Sangin S, Suppasri P. Factors Affecting Exclusive Breastfeeding during 4-6 Week Postpartum among Mothers with Pre-pregnancy Overweight and Obese. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2019;31(1):72-84. (in Thai)
14. Chansiri S, Phahuwatanakorn W, Yusamran C. Influences of Breastfeeding Attitude, Subjective Norm, and Self-Efficacy on Intention to Exclusive Breastfeeding among Teenage Pregnant Women. *Journal of Nursing Science*. 2017;35(4):49-60. (in Thai)
15. Wan H., Tiansawad S.,Yimyam S. and Sriaporn P. Factors Predicting Exclusive Breastfeeding among The First Time Chinese Mothers. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2015;19(1) 32-44.
16. Wongphinit U, Sinsuksai N, Yusamran C. Personal Factors, Social Support and Effective Suckling at Discharge in Predicting Exclusive Breastfeeding at one Month Among First-Time Mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nursing*. 2016;17(1):88-95 (in Thai)
17. Yamane, T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd Ed. New York. Harper and Row Publications, 1973.
18. Tumchuae S, Kulnarid W. The study of comparison of Perceived– Benefits, Perceived–Barriers, Exclusive Breast Feeding Behavior between the Primigravida and Multipara postpartum in Saraburi Hospital. *Boromarajjonnani College of Nursing, Saraburi*; 2006. (in Thai)
19. Thuancharoen Y, Prachusilp K. The Effect of Perceived Maternal Self-Efficacy Promotion Program with Husband support on Breast feeding Practice. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2008;20(3):55-68. (in Thai)
20. Sritong W, Payakkaraung S, Sangperm P. Intention to Breastfeeding in Mothers Receiving Breastfeeding Information from Different Medias. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2022; 40(2):49-66. (in Thai)

ประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับวัคซีนพื้นฐาน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Experience of Parents on Seeking Basic Immunization Program during The Situation of The Coronavirus Outbreak (COVID-19)

ยุซรอ เล้าแม*¹ เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา¹ นุศรา ดาวโรจน์¹ รัยมีย์ วันสอริ¹ รุชนี เจณี²

Userow Lohmae¹ Khemmapat Kajornkittiya¹ Nutsara Dowrote¹

Raimee Wansa-aree¹ Rusnee Cheni²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 95000

¹Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institution, Thailand 95000

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ประเทศไทย 95000

²Regional Health Promotion Center 12 Yala, Thailand 95000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายต่อประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับวัคซีน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ปกครองที่นำบุตรอายุ 1 - 5 ปีมารับวัคซีนพื้นฐาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 จำนวน 12 ราย เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับวัคซีนพื้นฐาน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยประเด็นหลัก คือ (1) ปัจจัยส่งเสริมในการนำบุตรมารับวัคซีน คือ การรับรู้ต่อการรับวัคซีน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ (2) ปัจจัยอุปสรรคในการนำบุตรมารับวัคซีน คือ การเจ็บป่วยการระบาดของโรค และการย้ายที่อยู่อาศัยของผู้ปกครอง ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางส่งเสริมผู้ปกครองในการนำบุตรมารับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมการให้ข้อมูลความสำคัญของการรับวัคซีน การดูแลอาการหลังรับวัคซีน รวมถึงการมีระบบเตือนเมื่อถึงกำหนดรับวัคซีน เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รับวัคซีนครอบคลุมตามอายุ และลดโอกาสการเกิดโรคในเด็ก

คำสำคัญ : ประสบการณ์, ผู้ปกครอง, การนำบุตรมารับวัคซีน, การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This qualitative research aimed to study parents' experience seeking basic immunization programs during the coronavirus outbreak (COVID-19). The survey collected data from 12 Parents of children aged 1 - 5 years to receive basic immunizations in the Health Promoting Hospital Health Center 12. The data were collected through in-depth interviews. The data were analyzed by transcribed verbatim and content analysis. The results showed that the parents' experience in seeking basic immunization programs during the

Corresponding Author*: userow@bcnyala.ac.th

วันที่รับ (received) 28 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 มิ.ย. 2566

coronavirus outbreak (COVID-19) had divided into 2 main points (1) Factors promoting the adoption of children for vaccination are the perception of the child's vaccination, obtaining information, and family involvement, and (2) the factors impeding children to receive vaccination are illness, disease outbreaks and relocation of parents. The results of this study can be used as a guideline for developing a model for promoting parents in bringing their children to receive basic immunizations on an ongoing basis. providing information about the importance of vaccination, caring for symptoms after vaccination, and having an alert system when vaccination is due encourages to receive comprehensive vaccinations according to their age and reduces the chances of disease in children.

Keywords: Experience, Parents, Seeking Basic Immunization, The Coronavirus Outbreak

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมีความสำคัญในการลดอัตราการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคดังกล่าวไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติอีกด้วย เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว เช่น ในปี พ.ศ. 2561 มีการระบาดของโรคหัดในเด็กจำนวนมาก เฉพาะใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างพบมากถึง 429 คน จังหวัดยะลา 282 คน และในจำนวนนี้เสียชีวิต 5 คน การแพร่ระบาดดังกล่าวพบมากที่สุดที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สอดคล้องกับรายงานย้อนหลังของศูนย์อนามัยที่ 12 ปีงบประมาณ 2560 พบความครอบคลุมการรับวัคซีนโรคหัดในเด็กอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 69.18 โดยจังหวัดที่มีความครอบคลุมการรับวัคซีนต่ำที่สุด คือ นราธิวาส ยะลา และปัตตานี ร้อยละ 50.72, 71.74 และ 78.48 ตามลำดับ¹ นอกจากนี้ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 5 ปี ในอำเภอเมืองยะลา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 ร้อยละ 82.65, 88.44 และ 80.16 ตามลำดับ² และด้วยการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงส่งผลให้เกิดความยุ่งยากลำบากในการนำบุตรมารับวัคซีนมากขึ้น จึงมีผลต่อความครอบคลุมในการรับวัคซีนลดลง

จากการทบทวนงานวิจัยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ผ่านมา มีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในเขตอำเภอรามัน กาบัง และบันนังสตา จังหวัดยะลา พบว่า ปัจจัยที่ผู้ปกครองเด็กมุสลิมปฏิเสธการรับวัคซีน คือ (1) การเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน (2) การขาดอำนาจต่อรองในการรับบริการรับวัคซีน

จากบุคคลที่มีอิทธิพลในครอบครัว (3) การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไม่ครอบคลุม (4) ความไม่เชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม และ (5) การจัดระบบบริการไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน³ และจากการศึกษาปัจจัยที่ผู้ปกครองนำเด็กมารับวัคซีนจังหวัดปัตตานี คือ ระดับการศึกษา ความเชื่อในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ความพึงพอใจในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ข้อมูลข่าวสาร และการรณรงค์เกี่ยวกับวัคซีน⁴ นอกจากนี้มีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในอำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนประกอบด้วย (1) การพัฒนาคุณภาพบริการ (2) การสื่อสารกับชุมชน และ (3) การมีส่วนร่วมของชุมชน⁵

ปัจจุบันแม้จะมีการส่งเสริมความครอบคลุมในการรับวัคซีนในเด็กโดยการให้ความรู้หรือการใช้ชุมชนมีส่วนร่วมจนสามารถเข้าถึงการรับวัคซีนเพิ่มขึ้น แต่จากการดำเนินงานด้านวัคซีนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ที่มีผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในเขตชุมชนเมืองยะลาและต่างพื้นที่ เช่น ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และสงขลา ซึ่งมีความหลากหลายของบริบทพื้นที่ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง จึงมีเด็กบางส่วนที่ได้รับวัคซีนไม่ตรงตามเกณฑ์การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับวัคซีนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงสามารถส่งเสริมการรับวัคซีนในเด็กให้ครอบคลุมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ของ มาร์ตินไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger)⁶ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ปกครองที่นำบุตรมารับวัคซีน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 12 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีบุตรอายุ 1-5 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ปกครองที่เจ็บป่วยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา เลขที่ BCNYA 01/2565 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 และส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ และให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะให้บันทึกเสียงในช่วงใดสามารถแจ้งให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะใช้รหัสที่ระบุให้ผู้วิจัยทราบเท่านั้น และผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผู้เดียว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัย คือ ผู้วิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกต่างๆ โดยผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนและดูแลการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กเป็นเวลา 12 ปี ทำให้รับรู้ถึงความสำคัญในการนำบุตรมารับวัคซีนและเข้าใจบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการโดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม นอกจากนี้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ทำวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องล่วงหน้า การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยใช้คำถามกึ่งโครงสร้างเป็นคำถามปลาย

เปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการ คือ การให้ความหมายและความเชื่อในการรับวัคซีน การตัดสินใจนำบุตรมารับวัคซีน ประสบการณ์ในการนำบุตรมารับวัคซีนที่ผ่านมา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก และพยาบาลเชี่ยวชาญการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย แล้วนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขโดยเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับวัคซีนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำบุตรมารับวัคซีน หลังปรับปรุงข้อคำถามได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง จากนั้นนำไปศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของภาษาและพิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลและประสานกับหัวหน้าแผนกเด็กสุขภาพดีเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลประจำแผนกคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตในการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงชื่อในใบยินยอม ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในห้องประชุมย่อยของแผนก ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว มิดชิด ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก ระหว่างสัมภาษณ์จะมีผู้ช่วยคอยดูแลบุตรแทน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าประสบการณ์ได้อย่างเต็มที่ ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล จำนวน 12 ราย สัมภาษณ์ครั้งละ 30-45 นาที รายละเอียด 2-3 ครั้ง จนข้อมูลอิ่มตัวจึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของแวน มาเนน (Van Manen)⁷ คือ (1) อ่านโดยละเอียด (2) อ่านโดยเลือกข้อความ (3) อ่านข้อความทั้งหมด (4) รวบรวมคำหลักสำคัญที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดมาตีความและจัดกลุ่มคำ วลี และประโยคสำคัญที่ได้มา ตีความหมายและจัดกลุ่มที่มีความหมายเดียวกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน (5) เขียนบรรยายคำหลักสำคัญ

เพื่อสะท้อนถึงความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้น ๆ (6) นำคำหลักสำคัญไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและสัมภาษณ์เพิ่มในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน และ (7) เขียนบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ศึกษา พร้อมยกตัวอย่าง

ความเชื่อถือในการวิจัย (Trustworthiness)

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล⁸ ดังนี้ (1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต หลังเก็บข้อมูลแต่ละครั้งมีการนำประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ย้อนถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องว่าเป็นจริงตรงกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นตรวจสอบข้อมูลซ้ำอีกครั้งหลังทำการวิเคราะห์ สรุปประเด็น และแปลความ รวมทั้งมีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ (2) ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน (3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลภาคสนาม และ (4) ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (Confirm ability) พังเทปบทสัมภาษณ์ซ้ำหลายครั้ง ตรวจสอบกับผลบันทึกภาคสนาม และการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ปกครอง 12 คน ศาสนาอิสลาม 10 คน ศาสนาพุทธ 2 คน อายุ 20-45 ปี อายุเฉลี่ย 28.16 ปี ทุกคนมีความเกี่ยวข้องเป็นมารดาและมีสถานภาพบิดามารดาอยู่ด้วยกัน มารดามีอาชีพแม่บ้าน 4 คน ลูกจ้าง 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ค้าขาย 2 คน และครู 1 คน และมีภูมิลำเนาจังหวัดยะลา 8 คน ปัตตานี 2 คน นราธิวาส 2 คน ผลการวิจัยพบว่าประสพการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับวัคซีนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มี 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ปัจจัยส่งเสริมในการนำบุตรมารับวัคซีน

1. การรับรู้ของผู้ปกครองต่อการรับวัคซีนของบุตร ผู้ปกครองต้องให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ลูก

ผู้ปกครองคือบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดเด็กมากที่สุด โดยเฉพาะมารดาที่มีความผูกพันทางสายเลือดจะเชื่อว่าตนเองมีบทบาทสำคัญในการดูแลบุตร แม้จะมีความยุ่งยากลำบาก หรือมีอุปสรรคก็ตาม นอกจากนี้มารดาที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าตนเองมีหน้าที่ต้องดูแลและมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่บุตร

“แม่ยอมทุกอย่างเพื่อให้ลูกแข็งแรงเลยพาลูกมารับวัคซีนตามนัดทุกครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“พระเจ้าให้ลูกเรามา เราก็ต้องดูแลเขาให้ดีที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

วัคซีนเป็นภูมิคุ้มกันโรคที่ต้องมารับให้เร็วที่สุด

การได้รับวัคซีนเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ซึ่งผู้ปกครองสามารถนำบุตรมารับวัคซีนได้ตามกำหนดในแผนการบริการวัคซีนพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุข หากไม่สามารถรับวัคซีนได้ตามกำหนดผู้ปกครองสามารถนำบุตรมารับได้ตลอดเวลา โดยควรนำบุตรมารับวัคซีนให้เร็วที่สุดโดยไม่ต้องเริ่มใหม่

“วัคซีนสามารถป้องกันโรคได้ ลูกแม่ป่วยน้อยกว่าลูกคนข้างบ้านที่ไม่ฉีด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“วัคซีนสำคัญมากต้องฉีดตามนัดทุกครั้ง ถ้าเลยนัดต้องมาฉีดให้เร็วที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

การป่วยจากวัคซีนดีกว่าป่วยจากโรค

การได้รับวัคซีนมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงต่างๆ ได้ เช่น มีไข้ ปวดบวมบริเวณที่ฉีด และเด็กร้องกวนจากความไม่สุขสบายหลังได้รับวัคซีน จึงทำให้ผู้ปกครองเกิดความกังวลกับอาการดังกล่าวได้ แต่ผู้ปกครองก็ยังเชื่อและมั่นใจว่าการเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนย่อมมีอาการรุนแรงน้อยกว่าการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่อาจมีผลต่อชีวิตของเด็กได้

“แม้ว่าเขาอาจจะป่วยเล็กๆ น้อยๆ หลังฉีดวัคซีน แต่ก็ดีกว่าเขาป่วยจากโรค อาการจะรุนแรงกว่า แม่เลยเลือกที่จะฉีด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ

การได้รับข้อมูลที่เพียงพอตั้งแต่แรกคลอดทำให้รู้ว่าต้องมารับวัคซีน

การรับวัคซีนในเด็กจะเริ่มให้ตั้งแต่แรกเกิดและให้ต่อเนื่องจนเด็กโตตามช่วงอายุ ดังนั้นการที่ผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนจากเจ้าหน้าที่พยาบาลตั้งแต่แรกคลอดจะทำให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญ และสามารถวางแผนในการนำบุตรมารับวัคซีนตามเกณฑ์อายุมากขึ้น

“แม้ว่าการให้ข้อมูลเรื่องวัคซีนตั้งแต่คลอดใหม่ๆ เป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะทำให้พ่อแม่เด็กเห็นความสำคัญของการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น และรู้ว่าต้องมาฉีดเมื่อไหร่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

การได้รับข้อมูลการดูแลทำให้สบายใจและมั่นใจ

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงและการดูแลที่เหมาะสมทำให้ผู้ปกครองมั่นใจมากขึ้น แม้จะมีเพื่อนบ้านหรือคนใกล้ชิดมาบอกต่อข้อมูลเรื่องภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับวัคซีนตามความเชื่อและข่าวลือ เช่น ฉีดวัคซีนแล้วเดินไม่ได้ หรือฉีดวัคซีนแล้วทำให้เด็กป่วยทั้งที่เด็กมีสุขภาพดี เป็นต้น

“พอมีความรู้เราก็สบายใจ ไม่หวั่น บางคนบอกว่าฉีดแล้วเดินไม่ได้ แม้ว่าน่าจะไม่เกี่ยวกับวัคซีนมั้ง เขาลือกันต่อๆ มา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

ฉีดวัคซีนทางเลือกเพื่อลดผลข้างเคียงของวัคซีน

แม้ผู้ปกครองจะทราบเรื่องการเจ็บป่วย เช่น มีไข้หลังรับวัคซีนเป็นผลข้างเคียงที่สามารถหายได้ภายใน 1-2 วัน แต่ในระหว่างที่บุตรเจ็บป่วยผู้ปกครองต้องดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้กระทบต่อการทำงาน อาจต้องลางานเพิ่ม ผู้ปกครองจึงมีการใช้วัคซีนทางเลือกที่จะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า แม้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

“คนนี้แม่เปลี่ยนมาเป็นวัคซีนทางเลือก เราจะได้ไม่ต้องลาหลายวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เราต้องทำงาน อันไหนฉีดแล้วน้องไม่มีไข้เราก็โอเค ถึงต้องจ่ายแต่ก็คุ้ม เรามีเวลาทำงานมากขึ้น ถ้าเขาป่วยเราก็กังวล เป็นห่วงเขา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว เวลาไม่ว่างจะให้สามีและญาติพาบุตรไปรับวัคซีนแทน

ผู้ปกครองหลายคนต้องทำงานประจำซึ่งมีข้อจำกัดในการลางานเพื่อนำบุตรมารับวัคซีน แต่ด้วยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายทำให้ผู้ปกครองสามารถขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องในการดูแลบุตรได้ อย่างไรก็ตามพบว่ามารดาจะเป็นผู้ดูแลหลักในการนำบุตรมารับวัคซีนโดยมีบิดามาด้วยเกือบทุกครั้ง เพื่อเป็นกำลังใจและคอยช่วยเหลือในระหว่างการรักษาบริการ เช่น ช่วยอุ้มบุตร ช่วยไปรับยา หรือช่วยขับรถ เป็นต้น

“เวลาเราไม่ว่างก็จะขอช่วยให้น้าพาน้องมาฉีดกับ

คุณพ่อเขา น้าเขาก็ช่วยดูให้ แต่ถ้าเป็นไปได้เราจะมาเองตลอด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

พ่อจะช่วยจำวันนัดรับวัคซีนร่วมกับแม่

การดูแลบุตรเรื่องการส่งเสริมภูมิคุ้มกันในเด็ก ผู้ปกครองต้องนำบุตรมารับวัคซีนทุกครั้งตามนัด บางครอบครัวมีบุตรหลายคนหรือต้องทำงานหนักจนอาจลืมวันนัด บิดามารดาก็จะช่วยกันจดและเตือนวันนัดของบุตร และวางแผนลางานล่วงหน้า

“พ่อกับแม่จะช่วยกันจำวันนัด เราจะลงในโทรศัพท์ พอมันแจ้งเตือนเราก็จำได้ จะเตือนล่วงหน้าสักสองสามวันจะได้เตรียมตัว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ประเด็นหลักที่ 2 ปัจจัยอุปสรรคในการนำบุตรมารับวัคซีน

1. การเจ็บป่วยและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อลูกป่วยทำให้มารับวัคซีนไม่ได้

เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี อยู่ในช่วงมีการพัฒนาด้านร่างกายต่อเนื่อง ความสมบูรณ์ของร่างกายยังไม่เต็มที่ จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ หรือเจ็บป่วยได้ง่าย บางรายอาจต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาหลายวัน จนทำให้ผู้ปกครองลืมวันนัด หรือไม่สามารถหาเวลานำบุตรมารับวัคซีนต่อได้

“พอดีแรกเกิดน้องป่วยต้องนอนโรงพยาบาลสองเดือน หลังออกจากโรงพยาบาลน้องยังไม่ค่อยแข็งแรง เราเลยรอให้น้องโตนิดนึงค่อยพามาฉีดวัคซีน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

ผู้ปกครองป่วยหรือติดเชื้อโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถมารับวัคซีน

การเจ็บป่วยของผู้ปกครองมีผลอย่างมากต่อการนำบุตรมารับวัคซีน เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักที่จะบริหารจัดการต่างๆ เกี่ยวกับบุตร โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ปกครองต้องแยกจากบุตร ทำให้ไม่สามารถนำบุตรมารับวัคซีนได้ตามนัด

“ช่วงโควิดเราป่วยกันทั้งบ้านเลย บวกกับยุ่งๆ หลายเรื่องเลยไม่ได้มาฉีด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

ช่วงระบาดของโรคโควิด 19 การรับบริการมีความยุ่งยาก

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยบริการต่างๆ จะมีมาตรการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างเข้มงวด บางที่ต้องรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เด็กต้องย้ายสถานที่การรับวัคซีนใหม่

จนอาจมีการรวมตัวและแออัดในการรับบริการทำให้ผู้ปกครองมีความกังวลที่จะนำบุตรไปรับวัคซีนเพราะกลัวบุตรจะได้รับเชื้อเพิ่ม รวมทั้งผู้ปกครองบางรายไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับบริการในที่ใหม่

“ช่วงโควิด อนามัยใกล้บ้านปิดเขาเลยให้ไปฉีดอีกทีหนึ่ง เราก็อจะไปแต่เห็นคนบอกว่าคนเยอะเลยยังไม่ได้ไป ตอนนี้อายุ 7 ก็เลยได้มา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2. การเปลี่ยนที่อยู่ของผู้ปกครอง

ต้องย้ายที่อยู่เลยพาลูกไปรับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง

หลายครอบครัวต้องไปทำงานต่างพื้นที่ บางรายเปลี่ยนที่อยู่หลายที่ทำให้บุตรไปรับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง บางรายเลือกรับวัคซีนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วเปลี่ยนไปรับวัคซีนที่คลินิก และเปลี่ยนตามที่อยู่ใหม่เรื่อย ๆ ทำให้การติดตามข้อมูลความต่อเนื่องในการรับวัคซีนของเด็กเป็นไปได้ยาก

“ปกติพาไปฉีดที่อนามัย พอย้ายที่อยู่เลยไม่รู้จะไปฉีดที่ไหน จะฉีดที่คลินิกก็กลัวแพง เลยยังไม่ได้ไป ตอนโควิดได้กลับมาบ้านเลยได้มาฉีดใหม่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

ต้องไปทำงานมาเลเซียเลยไม่ได้พาลูกฉีดวัคซีน

ในภาคใต้โดยเฉพาะสามจังหวัดชายแดนใต้มีผู้ปกครองหลายรายไปทำงานประเทศใกล้เคียงบางรายนำบุตรไปด้วยแต่บางรายฝากบุตรไว้กับญาติ เด็กกลุ่มนี้จึงขาดผู้ดูแลหลักที่จะทำหน้าที่นำบุตรมารับวัคซีน หรือเด็กเกิดที่มาเลเซียและผู้ปกครองให้กลับมาอยู่กับญาติตอนโตทำให้เด็กขาดวัคซีนในบางช่วงอายุไป

“จะไปๆ มาๆ มาเลเซียบางช่วงพาน้องไปด้วยก็ไม่ได้ฉีดพอกลับก็ไปฉีดต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อการนำบุตรมารับวัคซีนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าตนเองมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลบุตร ดังคำกล่าว “สวรรค์อยู่ใต้ฝ่าเท้ามารดา” มารดาจึงตระหนักว่าตนเองต้องทำทุกวิถีทางให้บุตรมีสุขภาพแข็งแรง อย่างไรก็ตามด้วยบริบทชาวมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้บิดาหรือผู้นำครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ เช่น บางครอบครัวเชื่อว่าวัคซีนเป็นการทำให้บุตรเจ็บป่วย หรือวัคซีนไม่ฮาลาล (มีสิ่งที่ไม่อนุมัติตามหลักอิสลาม)

จึงปฏิเสธให้บุตรมารับวัคซีน³ แต่หากมารดามีความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของวัคซีนทำให้สามารถพูดคุยและให้เหตุผลในการเลือกมารับวัคซีนได้⁹⁻¹²

มารดาส่วนใหญ่เห็นว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนจากเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดจะทำให้ตนเองเห็นความสำคัญ และสามารถวางแผนในการนำบุตรมารับวัคซีนได้¹³⁻¹⁴ รวมทั้งยังเพิ่มความมั่นใจในการดูแลบุตรหลังได้รับวัคซีนอีกด้วย จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ปกครองที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีโอกาสที่บุตรหลานจะรับวัคซีนครบตามเกณฑ์น้อยกว่าผู้ปกครองที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam) ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง ตัดสินใจและจัดการตนเองให้สามารถปรับตัวเพื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม¹⁵ ดังนั้นเจ้าหน้าที่จึงควรสื่อสารให้ผู้ปกครองมีความตระหนักและเห็นประโยชน์ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคผ่านสื่อที่เหมาะสมเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เช่น โทรทัศน์ วิทยุ วิทยุกระจายเสียง โปสเตอร์ แผ่นพับ ประกาศต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น รวมถึงมีแกนนำชุมชนในการรณรงค์การรับวัคซีนในเด็ก^{4,13,16-20}

การให้ข้อมูลวัคซีนทางเลือกแก่ผู้ปกครองก็เป็นประโยชน์อย่างมาก^{9,16} จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อวัคซีนทางเลือกของผู้ปกครอง พบว่าแม้บางครั้งเรือนยาจนและมีผลกระทบทางเศรษฐกิจ แต่ยังคงยินยอมจ่ายเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการได้รับวัคซีนของบุตร โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจซื้อวัคซีนทางเลือก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง คุณสมบัติของวัคซีน ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของวัคซีนและโรค และแหล่งข้อมูลทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ คนใกล้ชิดและการนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ ราคาของวัคซีน ความเชื่อ และประสบการณ์^{9,16,21,22}

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการนำบุตรมาฉีดวัคซีนไม่ตามนัด คือ วันที่นัดฉีดวัคซีนผู้ปกครองไม่ว่าง ลางานไม่ได้ และไม่มีญาติพามารับบริการแทนได้²³ ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ รวมทั้งการที่ผู้ปกครองทำงานนอกพื้นที่ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากเด็กจะติดตามพ่อแม่ไปทำงานต่างประเทศ จึงขาดโอกาสในการรับวัคซีนในบางช่วงอายุ^{4,24,25} นอกจากนี้การเจ็บป่วยของเด็กและผู้ปกครองเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถนำบุตรมารับวัคซีนได้ตามนัด โดยเฉพาะ

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ปกครองต้องแยกตัวจากบุตร และไม่สามารถดูแลบุตรได้ รวมทั้งยังมีมาตรการการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างเข้มงวด บางสถานบริการจำเป็นต้องปิดบริการชั่วคราว ผู้ปกครองจึงต้องย้ายสถานที่การรับวัคซีนใหม่ ทำให้มีความยุ่งยากลำบากในการเดินทางหรือความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ใหม่ และอาจมีการแออัดของผู้รับบริการมากขึ้น ทำให้ผู้ปกครองมีความกังวลใจที่จะนำบุตรไปรับวัคซีนเพราะกลัวบุตรจะได้รับการติดเชื้อกลับมา²⁶

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

โรงพยาบาลสามารถนำไปสร้างแนวปฏิบัติการให้วัคซีนในเด็กที่เป็นรูปธรรมมีการติดตามการรับวัคซีนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนตั้งแต่แรกเกิดและมีช่องทางให้คำปรึกษาออนไลน์เพื่อให้มารดาได้สอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาต่อยอดวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพผู้ปกครองในนำบุตรมารับวัคซีนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง

References

1. Health Data Center (HDC): Dashboard: KPI Monitor. Vaccination coverage monitoring system for children 0-5 years old in Yala: Ministry of public health; 2021.
2. Phetchatree S. Standardization of immunization action and basic vaccine coverage in government service units in the 3 southern border provinces in 2020. Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok. 2021;8(1):84-99. (in Thai)
3. Daya S, Lillahkul N, Noin J. Experience of parents of Thai Muslim childhood aged 0–5 year in Yala province who rejected the service of expanded program immunization with vaccine. Journal of The Department of Medical Services. 2018;43(5):137-41. (in Thai)
4. Domang R, Prateepko T. Factors affecting parents on seeking basic immunization program for their children aged 0-5 years in Pattani Province. Journal of Health Science. 2019; 28(2):224-35.
5. Hajietae I, Langputeh P. A model of vaccine coverage promotion in children aged 0-5 years in Yala. Al-Hikman Journal. 2020;10(20):137-48. (in Thai)
6. Oumtane, A. Qualitative research in nursing. 3rd ed. Bangkok Chulalongkorn University Press; 2016. (in Thai)
7. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy: State University of New York Press;1990.
8. Lincoln, YS, Guba, EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills, CA : Sage Publication; 1985.
9. Galadima AN, Zulkefli NAM, Said SM, Ahmad N. Factors influencing childhood immunisation uptake in Africa: a systematic review. BioMed Central Public Health 2021; 21:1475. doi.org/10.1186/s12889-021-11466-5.
10. Kratoos W, Srivilai A, Pattanittum P. Association between Hmong parents' illness belief and compliance with immunization schedules for children under 5 years of age. Naresuan University Journal: Science and Technology. 2018; 26(2):146-54.
11. Simegn W, Diress M, Gela YY, Belay DG, Kibret AA, Chilot D, et al. Childhood vaccination practices and associated factors among mothers/caregivers in Debre Tabor town, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. Frontier in Pediatric 2023; 11:1070722. doi: 10.3389/fped.2023.1070722.
12. 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):450-59. (in Thai)

13. Oku A, Oyo-Ita A, Glenton C, Fretheim A, Ames H, Muloliwa A, et al. Perceptions and experiences of childhood vaccination communication strategies among caregivers and health workers in Nigeria: A qualitative study. *PLoS ONE* 2017;12(11): e0186733. doi.org/10.1371/journal.pone.0186733.
14. Otsuka-Ono, H., Hori, N., Ohta, H. Uemura Y, Kamibeppu K. A childhood immunization education program for parents delivered during late pregnancy and one-month postpartum: a randomized controlled trial. *BioMed Central Health Services Research* 2019;19:798. doi.org/10.1186/s12913-019-4622-z.
15. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-67.
16. Musa S, Skrijelj V, Kulo A, Habersaat KB, Smjecanin M, Primorac E, et al. Identifying barriers and drivers to vaccination: A qualitative interview study with health workers in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Vaccine* 2020; 18;38(8): 1906-14.
17. Phommaavongsa P, Phanthavongsa K, Mahaweerawat U, Yoosuk W, Sychareun V, Yangyuen S. Factors influencing full immunization coverage among children under 2 years of age in Bolikhan District, Bolikhamxay Province, Lao P.D.R. *Journal Name: Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*. 2017;5(4): 589-603.
18. Prayoonwong N, Phoophaniat M. Factors influencing the immunization fully criteria of childhood in Krachan Sub-district, U-Thong District, Suphan Buri Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2019;2(2): 43-53. (in Thai).
19. Tammatinno S. The development of vaccination coverage monitoring system for children 0-5 years old Sadao District, Songkhla Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2018;1(3):62-9.
20. Yotawut M. Maternal perceptions of childhood vaccinations: A case study of Banphaeo general hospital Samutsakorn Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019; 37(4):32-41. (in Thai).
21. Tongpua S, Cheawchanwattana A. Factors associated with parents' decision on purchasing optional vaccines: An interview study at Health Promotion Center 6, Khon Kaen. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2013; 9(2):37-49. (in Thai).
22. Malathummarat R, Srisuriyawet R, Leelukkanaveera Y. Predictors of HPV vaccine intention among young men who have sex with men in Chonburi province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(2):540-50. (in Thai).
23. Agócs M, Ismail A, Kamande K, Tabu C, Momanyi C, Sale G, et al. Reasons why children miss vaccinations in Western Kenya; A step in a five-point plan to improve routine immunization. *Vaccine* 2021;39(34): 4895-902. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.02.071.
24. Aryastami K, Ratna W. Immunization's Seeking Behavior for Children: Gender and Geographical Perspectives. *Prim Health Care* 2018;8:297. doi:10.4172/2167-1079.1000297.
25. Harris RC, Chen Y, Côte P, Ardillon A, Nievera MC, Ong-Lim A, et al. Impact of COVID-19 on routine immunisation in South-East Asia and Western Pacific: Disruptions and solutions. *Lancet Reg Health-Western Pacific* 2021; 10:100140. doi.org/10.1016 /j.lanwpc. 2021. 100140.
26. Singh S, Sahu D, Agrawal A, Vashi MD. Barriers and opportunities for improving childhood immunization coverage in slums: A qualitative study. *Prevent Medicine Report*. 2019; 14: 100858. doi: 10.1016/j.pmedr.2019.100858.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่

Bedridden Patients Care through Family Caregiving and Community-Based Model in New Normal

อรุณรัตน์ อุทัยแสง¹ วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก*² นัตติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร¹

กุลพิธาน์ จุลเสวก¹ เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร¹

Arunrat Utaisang¹ Wuttipong Cheumnok*² Nuttiya Pomsakha Na Sakongnakhon¹

Khunphitha Junsevg¹ Phensiri Dumrongpakapakorn¹ Chatkane Pearkao³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

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

²วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10210

²Princess Agramajakumari College of Nursing Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand 10210

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์และนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ เครื่องมือวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับผู้ป่วยติดเตียง 20 คน ผู้ดูแล 20 คน และชุมชน 16 คน รวม 56 คน ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของแวน แมนแนน

ผลการศึกษา พบประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของครอบครัวและชุมชน จำแนกได้ตามโลก 4 ใบ คือ โลกใบที่ 1 โลกของตัวเอง คือ เหนื่อยล้า ชีวิตต้องสู้ และบทบาทหน้าที่หลักหนีไม่ได้ โลกใบที่ 2 โลกของเวลา คือ ช่วงโอกาสการแทนคุณ ใช้หนี้กรรมเก่า และอยู่ด้วยความหวังรอปาฏิหาริย์ โลกใบที่ 3 โลกของสถานที่ คือ สังคมยุคใหม่ และความโดดเดี่ยวในโลกกว้าง และ โลกใบที่ 4 โลกของความสัมพันธ์ คือ ครอบครัวไม่ทิ้งกันสายเลือดตัดกันไม่ขาด มิตรแท้ยามยาก และจิตสาธารณะ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พบ 3 องค์ประกอบหลัก คือ การยอมรับ การปรับตัว และการพัฒนา เรียกว่า “AAD Model”

สรุปผล : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของครอบครัวและชุมชนควรมีการนำไปใช้กับชุมชนต้นแบบและการขยายผล เพื่อให้สามารถประเมินผลได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้ดูแล, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

*Corresponding Author: *E-mail : wuttipong.che@cra.ac.th

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก กองทุนวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

Abstract

This qualitative research aimed to explain the experiences and present the bedridden patient care through family caregiving and a community-based model in the new normal. The hermeneutic phenomenology of Martin Heidegger was employed. The research tool was an in-depth interview form used with 56 key informants: 20 bedridden patients, 20 caregivers and 16 community members. The research was conducted in Nakhon Phanom Province from October 2021 to February 2023. Data were analyzed according to the van Manen's approach.

The results revealed that the experiences in caring for bedridden patients of families and communities in the new normal can be classified based on the following 4 lifeworld existentials. 1) Corporeality consisted of fatigue, struggling life and roles that cannot be escaped. 2) Temporality comprised the golden opportunity of paying gratitude, paying off their past deeds, and living with hope and waiting for a miracle. 3) Spatiality included the world of modern society and being lonely in the wide world. 4) Relationality consisted of family not leaving any family members behind, true friends in difficult times, and public mind. The bedridden patient care through family caregiving and community-based model consisted of 3 main components: Acceptance, Adaptation, and Development, called "AAD Model".

In conclusion, the bedridden patient care through family caregiving and community-based model should be used with the community model and its efficacy and effectiveness should be evaluated.

Keywords: Bedridden patients, Caregivers, Bedridden patient care through family caregiving and community-based model

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกประสบปัญหาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี¹ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุนำให้เกิดความเสื่อมส่งผลให้เจ็บป่วยเรื้อรังและยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ส่งผลผู้ป่วยบางรายมีภาวะพึ่งพิงอยู่ในสภาพติดเตียงจากการสำรวจพบผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดนครพนมปี พ.ศ. 2563-2564 จำนวน 2,373, 4054 คน ตามลำดับ² ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์³ โดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นการดูแลในระยะยาว เหตุนี้จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ¹ รวมถึงเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลกระทบมากมายตามมาแต่ยังพบพลังบวกจากครอบครัวผู้ดูแล⁴ นอกจากนี้ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีการจัดตั้งอาสาสมัครในการดูแล เช่น (Care giver, CG) อาสาสมัครประจำครอบครัว

(อสค.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และฉบับที่ 13 ที่ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลากหลายประการเป็นผลสืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดวิสัยทัศน์ว่า จะเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยมีพันธกิจ คือ พัฒนาและอภิบาล ระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน⁵ ประกอบกับสถานการณ์การระบาดไวรัสโควิด 19 ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 – ปัจจุบัน ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ทั่วโลกพบการติดเชื้อ จำนวน 550,047,166 ราย สำหรับประเทศไทยพบยอดผู้ติดเชื้อ 4,534,017 ราย พบผู้เสียชีวิตร้อยละ 44.1 บางรายพบภาวะแทรกซ้อน เกิดภาวะหายใจล้มเหลว หรืออาจเสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคหรือมีภูมิคุ้มกันต่ำ⁶ ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงถือเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง

เรื่องการติดเชื้อโควิด 19

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณด้านปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ยังไม่พบว่าผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ยังมีภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อ แผลกดทับ ข้อติด เป็นต้น และการศึกษาวิจัยทางด้านคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเตียงในวิถีปกติใหม่ยังมีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานตามประสบการณ์จริงที่ได้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงพร้อมกับส่งเสริมสถาบันหลัก คือ สถาบันครอบครัวให้เข้มแข็ง และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่เป็นอย่างไร

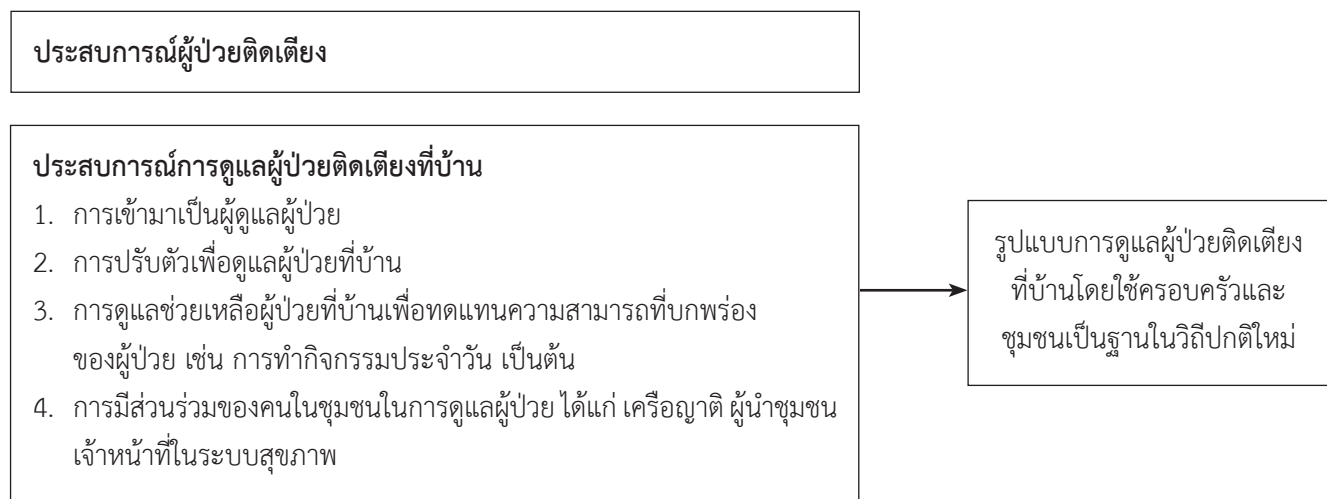
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่
2. เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้มีกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง⁷ โดยเชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะครอบครัวที่ถือเป็นสถาบันหลัก และชุมชนที่คอยสนับสนุน และทฤษฎีการปรับตัว⁸ เป้าหมายคือการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative Research) ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ⁹ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การศึกษาเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่เป็นอย่างไร 2) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ติดเตียงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่ แสดงถึงผลลัพธ์ของกระบวนการดูแล การจัดการปัญหา แรงสนับสนุนจากชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 3 กลุ่ม จำนวน 56 คน ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 20 คน ผู้ดูแล จำนวน 20 คน และชุมชน จำนวน 16 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อายุ 18 ปีขึ้นไป และประเมิน ADL 0-8 คะแนน

ผู้ดูแล คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นประจำ และมีประสบการณ์ 3 เดือนขึ้นไป และอายุ 18 ปีขึ้นไป

ชุมชน คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน เลือกโดยวิธี Snowball sampling ประกอบด้วย เครือญาติ เพื่อนบ้าน พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่ยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่ไม่พร้อมให้ข้อมูล ได้แก่ เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีภาวะและติดสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา ทั้ง 3 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

1) ผู้ป่วยติดเตียง เป็นข้อคำถามแบบเติมคำ และมีตัวเลือกในการตอบคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การเจ็บป่วยระยะเวลาของการเจ็บป่วย

2) ผู้ดูแล เป็นข้อคำถามแบบเติมคำ และมีตัวเลือกในการตอบคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รายได้แหล่งที่มาของรายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระหว่างการดูแล การช่วยเหลือจากชุมชน

3) ชุมชน อายุ เพศ อาชีพ กิจกรรม/การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างแบบปลายเปิด

ผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ “ช่วยเล่าเรื่องการเจ็บป่วยของท่านให้ฟังหน่อยสิคะ” “ช่วยเล่าวิธีการปรับตัวให้ฟังหน่อยคะ” “ท่านมีวิธีการจัดการความรู้สึก และอาการที่ไม่สบายอย่างไร” “ท่านต้องการความช่วยเหลืออย่างอื่นเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร” และ “ท่านมีการดูแลตนเองอย่างไรในช่วงการระบาดของโควิด 19”

ผู้ดูแล ได้แก่ “ช่วยเล่าเรื่องการเจ็บป่วยของคนที่ท่านดูแลให้ฟังหน่อยสิคะ” “ช่วยเล่าเหตุผลว่าทำไมท่านถึงได้มาเป็นผู้ดูแล” “ท่านรู้สึกอย่างไรในการดูแล” “ท่านมีการปรับตัวเอง

อย่างไร เมื่อรู้ว่าต้องมารับหน้าที่ในการดูแล” “ในแต่ละวันท่านต้องทำอะไรบ้าง” “ตั้งแต่ดูแลมา ท่านเจอปัญหาอะไรบ้างเมื่อเจอแล้วท่านทำอะไร” “นอกจากท่านแล้ว มีใครเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยบ้าง ช่วยเหลืออย่างไร” “ท่านต้องการความช่วยเหลืออย่างอื่นเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร” และ “ท่านมีดูแลผู้ป่วยอย่างไรในช่วงการระบาดของโควิด 19”

ชุมชน ได้แก่ “ช่วยเล่าเรื่องการเจ็บป่วยของคนไข้ให้ฟังหน่อยคะ” “ท่านมีส่วนช่วยเหลือคนไข้อย่างไรบ้าง” “ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อได้ช่วยเหลือผู้ป่วย แล้วมีแรงบันดาลใจอย่างไรที่ได้มาทำตรงนี้” “ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าจะทำอย่างไรได้บ้างเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่าย” “มีสิ่งใดที่ท่านรู้สึกว่าถ้าทำแล้วจะเป็นการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยแล้วรู้สึกเกินกำลังบ้าง แล้วท่านคิดว่าใครจะสามารถช่วยได้ ช่วยอย่างไร” และ “ในระหว่างการระบาดของโควิด 19 ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) มีตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา การครอบคลุมเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แกะไขตามข้อเสนอแนะ ทดลองสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 2 ราย แกะไขให้เหมาะสม นอกจากนี้คณะผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรงานวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามแนวทางของลินคอล์นและกูปา¹⁰ โดยผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ภายใต้ปรากฏการณ์ที่ศึกษาสะท้อนมาจากความเป็นจริง (credibility) การนำเสนอคำบรรยายความหมายของประสบการณ์ที่มากและลึกพอนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน (transferability) การตรวจสอบกระบวนการศึกษา โดยผู้วิจัยสามารถตัดสินใจและเห็นด้วยกับผลที่ได้ในการศึกษาโดยไม่มีข้อขัดแย้ง (dependability) ใช้การเขียนบันทึกกิจกรรมและความคิดเห็นเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบได้ (confirmability) และใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)¹¹ และตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 3

สถาบัน ได้แก่ 1) มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ 56/65 (15 มิถุนายน 2565) 2) สาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 3/2565 (29 มิถุนายน 2565) และ 3) โรงพยาบาลนครพนม NP-EC1I- No.26/2565 (8 สิงหาคม 2565) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นัดหมายผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่ ที่สะดวก ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้เวลา 60-90 นาที ศึกษาช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตอาการปฏิกิริยา อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแล และชุมชน จดและบันทึกเสียงสนทนา นัดสัมภาษณ์ซ้ำหากข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยคืนข้อมูลที่สรุปและวิเคราะห์จากการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแล

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของแวน แมนแนน¹² 6 ขั้นตอน 1) ทำความเข้าใจธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต 2) การค้นหาประสบการณ์ที่ศึกษาโดยการไตร่ตรองข้อมูลเข้าไปมาร่วมกับบทสนทนาบันทึกภาคสนามขีดเส้นคำและข้อความสำคัญไว้ 3) การตีความโดยสะท้อนโครงสร้างความหมายสำคัญ 4) เขียนพรรณนาปรากฏการณ์และคัดเลือกประโยค กลุ่มความหมายที่น่าเสนอ 5) ตรวจสอบความสอดคล้องของปรากฏการณ์ที่ศึกษา 6) ตรวจสอบความสมดุลของประเด็นที่น่าเสนอ นอกจากนี้ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุ 60 – 79 ปี ร้อยละ 20 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 จบประถมศึกษา มีสถานะเป็นหม้าย ก่อนป่วยประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 เท่ากัน มีรายได้ต่อเดือน 1000 - 5,000 บาท จากเบี้ยคนพิการหรือสูงอายุ ลูกหลานให้ สาเหตุการเจ็บป่วย ได้แก่ อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความสูงอายุ ระยะ

เวลาการป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 40 ขณะเจ็บป่วยมีความไม่สุขสบายจัดการโดยปรึกษาทีมสุขภาพ ร้อยละ 55 มีความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่าย และการได้รับการกำลังใจ

ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุ 36–59 ปี ร้อยละ 35 จบประถมศึกษา สถานะภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 - 5,000 บาท เป็นครอบครัวเดี่ยว บางรายมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ระหว่างการดูแลมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 75 ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบ มีความต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่ายและกำลังใจ

ชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุ 26 – 35 ปี ร้อยละ 37.5 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น พยาบาลวิชาชีพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พระสงฆ์ เพื่อนบ้าน เป็นต้น โดยมีกิจกรรม การเยี่ยมให้กำลังใจ และการช่วยเหลือดูแลตามบทบาทหน้าที่

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของครอบครัวและชุมชนในวิถีปกติใหม่ ตามโลก 4 ใบ¹²

โลกใบที่ 1 โลกของตัวเอง (corporeality or lived body) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ให้ข้อมูล ด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงในขณะที่อยู่ในประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 3 กลุ่มความหมาย (theme)

1) **ความเหนื่อยล้า** เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลต้องแบกรับภาระ ทั้งผู้ป่วยและภาระงานอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังข้อความตัวอย่าง “เหนื่อยท้อกับชีวิตมาก ดูแลพอด้วยทำงานด้วย ทำงานประจำต้องตื่นแต่เช้า เตรียมกับข้าว ดูแลพ่อก่อนไปทำงาน ชีวิตทำแบบนี้มา 2 ปีตั้งแต่พ่อบุญ เลิกงานหรือวันหยุดก็ฉันทนเป็นหลัก รู้สึกพักผ่อนไม่พอบางทีอยากลาออกมาดูแลพ่อแม่แต่กลัวไม่มีเงินใช้จ่าย” (ผู้ให้ข้อมูล 13)

2) **ชีวิตต้องสู้** เป็นข้อมูลที่ถูกสะท้อนว่าเมื่อต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็ต้องดิ้นรนสู้ ต้องเก็บซ่อนความรู้สึก ความโศกเศร้าเสียใจไว้ และต้องพยายามสร้างกำลังใจตัวเองเพื่อให้ตนเองมีพลังขับเคลื่อน มาดูแลผู้ป่วยดังข้อความตัวอย่าง “ยายต้องสู้ลูกเอ๊ย ลูกก็มีภาระครอบครัวเขา ต้องดูแลกันไป ใครจะไปก่อนไปหลังก็ไม่รู้ ไม่อยากคิดมาก คิดไปก็ต้องทำอยู่ดี ปลงแล้ว ไม่สู้ก็ตาย เลยต้องสู้อยู่คนเดียวมันนี่แหละ” (ผู้ให้ข้อมูล 11)

3) **บทบาทหน้าที่หลักหนีไม่ได้** เป็นการสะท้อนถึง

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นผู้มีพระคุณ เป็นคู่ชีวิต เป็นสมาชิกในครอบครัว ดังข้อความตัวอย่าง “ในการดูแลจะแบ่งความรับผิดชอบสำรวจพื้นที่ดูจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเขียนแผนการดูแลเพื่อเบิกเงินจากส่วนกลาง รายละ 6,000 บาทต่อปี แต่ช่วงโควิดเราก็ปรับให้เข้ากับบริบทสถานการณ์ เยี่ยมบ่อยลงเพราะเขาภูมิคุ้มกันต่ำแต่จะมีไลน์ไว้ปรึกษา คนในพื้นที่เขาจะรู้จักกัน ช่วยเหลือกันดี กรณีคนไข้ต้องตรวจเลือด จะมีทีมออกไปทำให้ที่บ้าน ส่งยาที่บ้านโดย อสม.และ CG ช่วยแจกจ่าย พยาบาลเยี่ยมเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง มองว่าเป็นหน้าที่เราแต่มีความสุขที่ได้ทำ” (ผู้ให้ข้อมูล 50)

โลกใบที่ 2 โลกของเวลา (temporality or lived time) คือการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ อาจเป็นเวลาที่เป็นอดีต ปัจจุบันหรืออนาคต มี 3 กลุ่มความหมาย

1) **ช่วงโอกาสทองของการแทนคุณ** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลได้ตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณ ดังข้อความตัวอย่าง “ตากับยายเลี้ยงมาแต่เด็กค่ะ ยายเสียเมื่อ 4 ปีก่อนหนูเลยต้องดูแลตา ถึงแม้รู้อยู่เต็มอกว่าตาจะเหลือเวลาอีกไม่นานแต่ไม่เป็นไรทำวันนี้ให้ดีที่สุด ทุกวันที่เหลือถือเป็นกำไร เป็นช่วงเวลาที่จะใช้ให้คุ้มค่าที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูล 16)

2) **ใช้หนี้กรรมเก่า** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องชดใช้หนี้กรรมในอดีตที่เคยทำเอาไว้ ชาตินี้จึงต้องมาชดใช้หนี้กรรม ดังข้อความตัวอย่าง “ไม่รู้เวรกรรมอะไรกันหนาที่ต้องมาเจออะไรแบบนี้ รู้สึกทุกข์ซ้ำกรรมชดมากเลยคะ ทั้งสามีป่วย ทั้งจน ยิ่งช่วงโควิดยิ่งแย่ใหญ่ไม่ได้ไปไหนมาไหน ฝากกันแบบนี้ แต่ก่อนยังพอได้รับจ้าง โควิดมาก็ไม่มีใครจ้าง ไม่กล้าไปด้วย เงินทองก็ไม่พอใช้ ชาตินี้จำได้ว่ามีโอกาสก็ทำบุญตลอดแต่ชาติที่แล้วอาจทำกรรมไว้อย่างนั้นคะ ให้มันหมดที่ชาตินี้จะได้หมดทุกข์หมดโศก” (ผู้ให้ข้อมูล 14)

3) **อยู่ได้ด้วยความหวังรอปาฏิหาริย์** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยไม่รู้จะสิ้นสุดการดูแลวันใด รอปาฏิหาริย์ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ดังข้อความตัวอย่าง “ตั้งแต่พ่อป่วยก็หวังมาตลอดว่าจะมีปาฏิหาริย์ให้พ่อดีขึ้น แต่รอมาเรื่อย ๆ ไม่รู้วันไหนจะเป็นจริง จนนานเข้าก็เริ่มชิน” (ผู้ให้ข้อมูล 2)

โลกใบที่ 3 โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) เป็นการรับรู้ที่มีต่อสถานที่ ของผู้ให้ข้อมูลอยู่ในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในช่วงของประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแล

บุคคลที่เจ็บป่วยติดเชื้อ ซึ่งอาจมีความรู้สึกที่แตกต่างกัน บางคนโดดเดี่ยว แม้จะอยู่ในสถานที่ที่กว้างใหญ่มีคนมากมายหรือรู้สึกอบอุ่นหัวใจเหมือนมีหม่อมมาอยู่ใกล้ๆแม้จะห่างด้วยระยะทาง มี 2 กลุ่มความหมาย

1) **โลกของสังคมยุคใหม่** เป็นการสะท้อนถึงชีวิตในยุคปัจจุบันทำให้ใกล้กันมาก ทำให้สามารถปรึกษาผู้รู้ได้ง่ายขึ้นสามารถส่งรูปภาพ/วิดีโอ ความผิดปกติไปปรึกษาผู้รู้ หรือเป็นผลดีในการสร้างอาชีพได้ง่ายขึ้น มีเวลาได้ดูแลผู้ป่วย ดังข้อความตัวอย่าง “สังคมมันเปลี่ยนไปมากจากแต่ก่อน อยากรู้อะไรก็หาเอาจากอินเทอร์เน็ต อยากคุยอยากปรึกษาอะไรก็ง่ายขึ้น เห็นหน้ากันได้ด้วย ช่วยคลายความวิตกกังวลลงได้บ้าง ช่วงโควิดที่ผ่านมาฉันมองว่าเราได้ใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์มากเลยเราก้ใช้วิธีวิดีโอคอลหาหมอลดความคิดถึงลดความเหงาได้หม่อมเองเขาก็ใช้วิธีนี้ดูคนไข้ ฉันสามารถส่งภาพยาไปให้หม่อมดู เช่น ยายเกิดแผลที่ก้นแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูล 9)

2) **โดดเดี่ยวในโลกกว้าง** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลรู้สึกต้องแบกรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังมองไปหนทางไหนก็มีถนนไร้หนทางแก้ไข ต้องสู้ทนเพียงลำพัง ไม่มีใครมาช่วยเหลือ ดังข้อความตัวอย่าง “พ่อเป็นแบบนี้ ฉันก็รู้สึกแย่นะคะบางทีมันเหมือนสู้คนเดียวลำพัง บางทีผมมีเมื่อกี้รู้สึกเหมือนยืนอยู่คนเดียว มันท้อก็มีบ้างความคิดของคนช่วงที่มันเหนื่อยมันล้ามากๆ ยิ่งช่วงโควิดยิ่งไม่เห็นใครมันยังรู้สึกโดดเดี่ยวเข้าไปใหญ่” (ผู้ให้ข้อมูล 2)

โลกใบที่ 4 โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) เป็นการรับรู้ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังอยู่ในช่วงของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ มี 3 กลุ่มความหมาย

1) **ครอบครัวไม่ทิ้งกัน สายเลือดเดียวกันก็ทิ้งกันไม่ได้** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือคนในครอบครัว จากญาติพี่น้องในเวลาที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงผู้ดูแลไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยได้เพราะคือคนที่รัก คนในครอบครัว ดังข้อความตัวอย่าง “คือมันทิ้งกันไม่ได้นะคะ เพราะเขาเป็นคนสำคัญของชีวิตเรา เป็นลูกที่เราอุ้มท้องมาเลี้ยงมาจะเป็นยังไงเราก้ต้องดูแลเขาไปจนวันสุดท้ายของชีวิต ดีที่พ่อเค้าก็สู้กับเรา ช่วยกันไม่ทิ้งกัน มันเป็นกำลังใจเป็นเหมือนพลังให้กันสู้ต่อ” (ผู้ให้ข้อมูล 1)

2) **มิตรแท้ยามยาก** เป็นการสะท้อนถึงผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชนถึงแม้ว่าจะไม่ใช่ญาติพี่น้อง แต่ก็

มีการช่วยเหลือกัน ส่งกำลังใจให้กัน ดังข้อความตัวอย่าง “หนูขอคำว่า คืนที่มีดที่สุดจะเห็นดาวที่ชัดที่สุด คือตอนที่เราเจอปัญหา ทุกข์มากมันดังกับความรู้สึกตัวเองมากๆ คนที่ยื่นมือเข้ามาพุงเราขึ้นเดินออกจากความมืดหนูรู้สึกขอบคุณเค้ามากค่ะ หนูมีเพื่อนที่เค้าให้คำปรึกษาหนูดีมากเวลาไม่สบายใจพอได้คุยกับเขารู้สึกใจเราเบาขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล 16)

3) จิตสาธารณะ เป็นการสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วย นอกจากหน้าที่ที่พึงกระทำแล้ว มาจากจิตที่เป็นกุศล จิตอาสา ที่อยากช่วยเหลือให้บุคคลที่รักนับถือพ้นจากความทุกข์ ดังข้อความตัวอย่าง “ฉันทำต๋องนี้เงินทองมองว่าไม่ได้หวังว่าจะได้เงินทองมากมายอะไร แค่เห็นคนที่เราช่วยเหลือเขาดีขึ้น ฉันก็มีความสุขอ้อมอกอ้อมใจ อ้อมบุญไปด้วย” (ผู้ให้ข้อมูล 47)

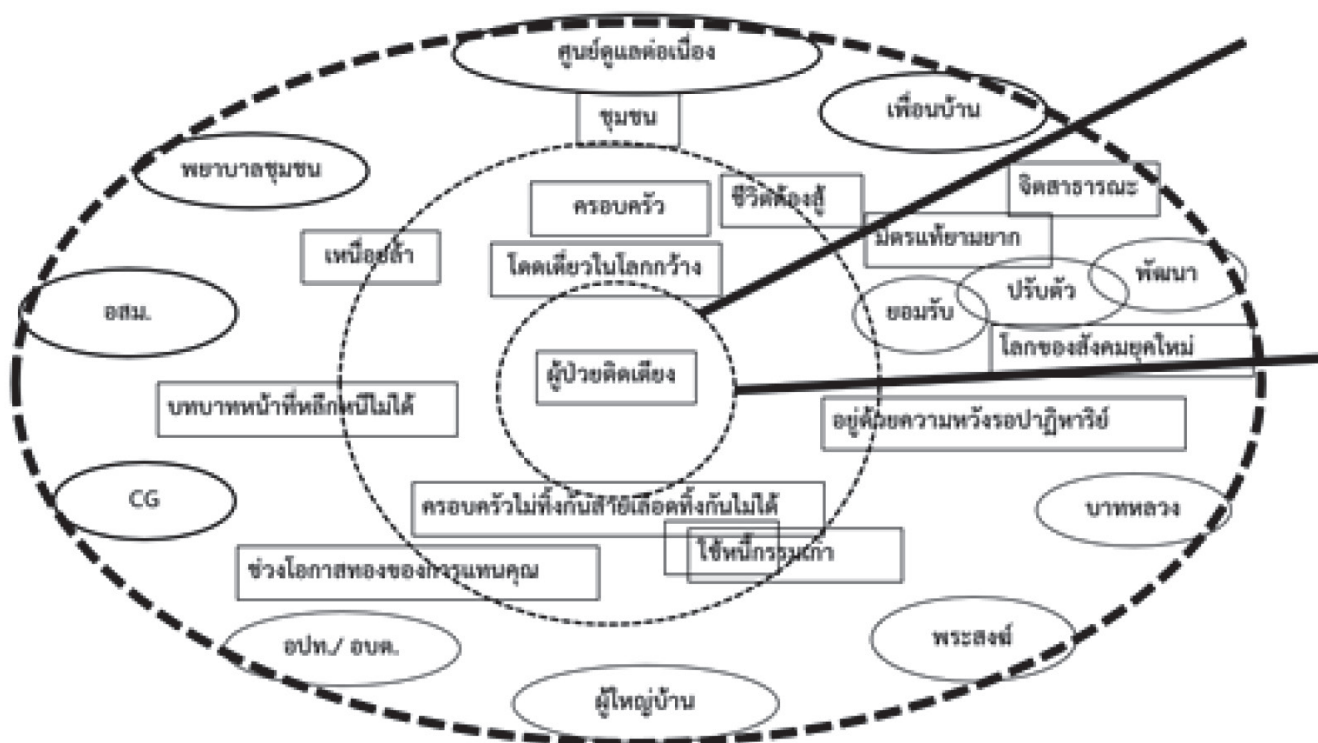
ส่วนที่ 3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่ สรุปข้อมูลได้ 3 องค์ประกอบ เรียกว่า “AAD Model” ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 A (Acceptance) เป็นการยอมรับในบทบาทหน้าที่ตนเอง เมื่อผู้ดูแลรับรู้ตนเองว่าต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงแล้วต้องมีการยอมรับถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความเหนื่อยล้า ความท้อแท้ ไม่ว่าจะเข้ามาเพราะเป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้หรือจะคิดว่าเป็นการ

ชดใช้เวรกรรม แต่ผู้ดูแลต้องมีการคิดในทางบวก ได้แก่มองเป็นโอกาสทองที่จะตอบแทนบุญคุณ อยู่ด้วยความหวัง ให้สามารถเดินหน้าต่อไป

องค์ประกอบที่ 2 A (Adaptation) เป็นการปรับตัว เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ผู้ดูแลจะต้องปรับตัวให้ได้ แม้อาจมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในชีวิตมาเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือการเป็นผู้ดูแลหลัก ปรับวิธีคิด ปรับวิธีหารายได้ เช่น อาจปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เปลี่ยนการทำงาน แบบออนไลน์ให้สามารถเป็นผู้ดูแลได้เพื่อสร้างรายได้ให้เพิ่มขึ้น หรือแม้ช่วงระบาดของโควิดก็สามารถติดต่อเครือข่ายผ่านระบบออนไลน์ การสื่อสารออนไลน์กับทีมสุขภาพทำให้เข้าถึงง่าย สะดวกรวดเร็ว ลดช่องว่างในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 D (Development) เป็นการเรียนรู้พัฒนานตนเองอยู่เสมอทั้งบทบาทที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกครอบครัวหรือบทบาทเครือข่ายชุมชนที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ดำเนินการเป็นกระบวนการดูแลในรูปแบบต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกำลังใจ กำลังกาย ความเป็นมิตรแท้ยามยาก การมีจิตสาธารณะ รวมถึงใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงวัยที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่
จังหวัดนครพนม “AAD Model”

การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่จำแนกได้ตามโลก 4 ใบ 11 กลุ่มความหมาย กล่าวคือ 1) โลกของตัวเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงในขณะที่อยู่ในประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออาจพบความเหนื่อยล้า มองชีวิตต้องสู้ และบทบาทหน้าที่หลักหนีไม่ได้ อาจเกิดจากระยะการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวนานทำให้มีความรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย มีความห่วงใย และ กังวลใจกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จนทำให้เกิดความกลัวและเครียดในที่สุด¹⁴ ผู้ดูแลเมื่อรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางอย่างเดียวยิ่งจะต้องช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเต็มที่จึงจำต้องสู้แม้พบปัญหา ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว¹⁵ 2) โลกของเวลา ถือ ผู้ดูแลสะท้อนข้อมูลเชิงบวกไว้ว่าเป็นช่วงโอกาสทองของการแทนคุณ ซึ่งเป็นพลังบวกให้สามารถสร้างกำลังใจในการเดินทางดูแลผู้ป่วยแม้อุปสรรคที่หลากหลาย⁴ หรือสะท้อนถึงหลักความเชื่อว่าเป็นใช้หนี้กรรมเก่า และอยู่ด้วยความหวังรอปาฏิหาริย์ 3) โลกของสถานที่ สะท้อนข้อมูลว่าเป็นโลกของสังคมยุคใหม่ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์¹⁶ แต่ในทางตรงข้ามยังรู้สึกโดดเดี่ยวในโลกกว้างเนื่องจากมุมมองด้านลบที่สามารถเกิดขึ้นได้จากความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่ต่อสู้เพียงลำพัง ลูกหลานได้แยกย้ายไปมีครอบครัวและมีภาระที่ต้องรับผิดชอบทำให้ไม่สามารถมาดูแลช่วยเหลือได้ และ 4) โลกของความสัมพันธ์ คือ ครอบครัวไม่ทั้งกันสายเลือดตัดกันไม่ขาดมิตรแท้ยามยาก และจิตสาธารณะ ถือเป็นเรื่องที่ตึงามในชีวิตของเรา อนึ่งบริบทของวิถีชุมชนของไทยมีขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ลูกหลานต้องตอบแทนกตัญญูต่อพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ซึ่งการดูแลสมาชิกในครอบครัวและยังคงยึดถือค่านิยม เรื่อง “ความกตัญญู กตเวที” เป็นคุณธรรมสำคัญที่บุตรต้องปรนนิบัติเลี้ยงดูบิดา/มารดา¹⁷

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในวิถีปกติใหม่จังหวัดนครพนม “AAD Model” กล่าวคือ A (Acceptance) เป็นยอมรับในบทบาทหน้าที่ตนเองในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรค เกิดความเหนื่อยล้าความท้อแท้¹⁸ รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่เพียงลำพัง ส่วนหนึ่งจากลักษณะสังคมปัจจุบันการมีบุตรน้อยเมื่อลูกหลานมีครอบครัวมีภาระจึงจำเป็นต้องดูแลชีวิตหรือลูกและการย้ายถิ่นไปทำงานต่างถิ่นหรืออาจเกิดจากความ

จำยอมในสถานะที่ต้องดูแลจึงเกิดความรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ดูแลยอมรับบทบาทหน้าที่ตนเองได้ จะสามารถขับเคลื่อนให้ชีวิตเดินหน้าต่อมีความภูมิใจที่ได้ดูแลบิดา มารดา และ คู่ครอง หลังจากยอมรับบทบาทหน้าที่ได้จะเข้าสู่ A (Adaptation) เป็นการปรับตัวในเป็นผู้ดูแล ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทในชีวิตมาเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือปรับตัวมาอยู่เป็นผู้ดูแลหลัก ปรับวิธีคิด ปรับวิธีหารายได้ เช่น ใช้วิถีชีวิตแบบใหม่ให้เกิดประโยชน์ เปลี่ยนมาทำงานออนไลน์ให้สามารถเป็นผู้ดูแลได้พร้อมกับสร้างรายได้ หรือแม้แต่ช่วงระบาดของโควิดก็ใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาติดต่อประสานงานเครือข่ายผ่านระบบออนไลน์ ทีมสุขภาพให้การสื่อสารออนไลน์เข้าถึงง่าย สะดวกรวดเร็ว ลดช่องว่างในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ¹⁶ นอกจากนี้ท้ายสุดต้องมีการพัฒนาตนเองเสมอ กล่าวคือ D (Development) เป็นการพัฒนาศักยภาพในบทบาทที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีความซับซ้อนในการดูแลต้องอาศัยความรู้และทักษะในการดูแลเฉพาะด้านมีการศึกษาเช่นเดียวกันคือการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล¹⁹ นอกจากนี้การพัฒนาด้านการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุดถือดังที่ผู้ดูแลสะท้อนว่าเป็นสังคมโลกยุคใหม่ทำให้ใกล้กันถึงแม้จะห่างไกล ความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลได้มีการพัฒนามากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เข้าใจประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของครอบครัวและชุมชนวิถีปกติใหม่ สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและครอบครัว
2. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน 3 องค์ประกอบหลัก คือ การยอมรับ การปรับตัว และการพัฒนา เรียกว่า “AAD Model” ซึ่งทีมบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดดูแลผู้ป่วยและครอบครัวติดเชื้อในชุมชนจากพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านเวลาในการปิดงบ

ประมาณทุนวิจัย จึงไม่สามารถทดลองใช้กับชุมชนต้นแบบ
ควรมีการขยายผลเพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล
ต่อไป และเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดนครพนม หากนำ
ผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบท

References

1. Kasemkitwattana S, Prison P. Chronic Patients Family Caregivers: A Risk Group That Must Not Be Overlooked. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29(4): 22-31. (in Thai)
2. Social Development and Human Security, Nakhon Phanom Province. social situation report Nakhon Phanom Province for the year, 2021; 2021. (in Thai)
3. Thurapang P, Mahasena P, Panuwet R, et al. The development of the homebound patient and bedbound patient care system in Tambon Nong Bou Amphoe Moun Nong Bua Lamphu Province. Journal of Health Science and Community Public Health. 2018; 1(2): 15-29. (in Thai)
4. Utaisang A, Pearkao C, Junsevg K, et al. Experiences of family members in caring of stroke patients: A case study in the border provinces of the Upper Northeast of Thailand. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2021;9(G):172-9.
5. Office of the National Economic and Social Development Council. National Economic and Social Development Plan No. 12. 2016; 2016. (in Thai)
6. Fisher D, & Heymann D. Q & A: The novel coronavirus outbreak causing COVID-19. BioMed Central academic journals. 2020; 18(57):1-3.
7. Orem D.E. Nursing: Concepts and Practice (6thed.). St. Louis, MO: Mosby; 2001.
8. Roy SC, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 2nd ed. Connecticut: Appleton and Lange; 1999.
9. Heidegger M. In: MacQuaeeie J, Robinson E, editors. Being and Time. New York: Harper and Row; 1962.
10. Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage Handbook of Qualitative Research. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE; 2005.
11. Chantawanich S. Qualitative research methods. This time 25 Bangkok: Chulalongkorn University 2011. (in Thai)
12. Van Manen M. Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. New York: SUNY Press; 1990.
13. Sareeso P, Praisson P, Thohinung U, Umsrewaing W, Fongrat N. The situation, health problems and care needs of older persons with chronic illness: Chiangrai municipality. Journal of Nursing Science & Health. 2017; 40(2): 85-95. (in Thai)
14. Jooprempre k, Tabootwong W. Experiences of Primary Caregivers in Caregiving for Older Family Members With Bedridden at Home. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2022; 14(1): 191-205.
16. Maneelert C. Development of Application for Bed-Bound Older Adults Care Promotion via Augmented Reality Technology. Journal of Applied Information Technology. 2021; 7(2): 83-94. (in Thai)
17. Srisuk A, Kespichayawattana J. Lived experiences of sons being caregiver for dependent elderly parents. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2019; 31(2) : 72-84. (in Thai)
18. Fongkerd S, Sinsuesatkul S, Tantalanutkul T. Community Nurse Practitioner' Role in Caring Family Caregivers of Bedridden Patients. 2020; 21(1): 46-55. (in Thai)
19. Sathira-Angkura T, Haruthai C, Leelawong S, Kladjompong P, Janta-Um-Mou U, Suwonkesawong S, et al. Nursing Curriculum Development to Promote Healthcare Self-management in Patients and Caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3): 104-13. (in Thai)

ผลของการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

Effects of The Potential Development of Knowledge and Smoking Refusal Skills Among Elementary School Students

พัชรกัณฑ์ ไชยสังข์¹ อนุสรณ์ แนนอุดร² ยชญ์วินทร์ จรรย์บุรุษ² รัชพร ฐิฐูปทอง² ชรริน ขวัญเนตร^{*3}

Phatcharaphan Chaiyasung Yodrawin Jornburom Anuson Nanudon

Rutshaporn Chaitoophong² Chararin Kwannate^{*3}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร 10900

¹Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand 10900

²มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12110

²Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathumthani Thailand 12110

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร 10700

³Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ และ 3) แบบประเมินทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมีความรู้ เรื่องพิษภัยบุหรี่ และทักษะการปฏิเสธ เมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้, ทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่, นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

Abstract

The purpose of quasi-experimental research is to study the effects of the potential development of knowledge and smoking refusal skills among elementary school students of Innovation Demonstration School as a sample of 71 students by purposive sampling. The research instruments include: 1) the potential development among elementary school students, 2) test of knowledge about harm of cigarette, and 3) assessment of refusal skills when persuaded to try smoking. The data are analyzed by using descriptive statistics and Paired t-test.

ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

Corresponding Author: *E-mail: chararinp21@gmail.com

วันที่รับ (received) 17 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ 15 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 พ.ย. 2566

The research results show after the experiment that elementary school students have knowledge about harm of cigarette and refusal skills when persuaded to try smoking, which are significantly higher than before the experiment ($p < .05$).

Keyword: The Potential Development of Knowledge, Smoking Refusal Skills, Elementary school students

บทนำ

การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุในการเกิดโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และมะเร็ง¹ และยังเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในหลายระบบ และมีผลกระทบของควันบุหรี่ต่อสุขภาพเด็กในอีกหลายด้าน ได้แก่ การเจริญเติบโตล่าช้า สัมพันธ์กับกลุ่มอาการเสียชีวิตกะทันหัน ในทารก โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมและกระบวนการรู้คิด เป็นต้น²

ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2564 การลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยมีการชะลอตัวอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2564 จากผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 17.40 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่จำนวน 1-10 มวนต่อวัน โดยจะสูบบุหรี่โรงงาน และ บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 56.5 และ 46.4 ตามลำดับ และยังคงพบเห็น ได้กลิ่น และพบกันบุหรี่ภายในโรงเรียนหรือสถานศึกษา ที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.8 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 14.7 ในปี พ.ศ. 2564 โดยการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 เป็น 8.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย³

จากการศึกษาพฤติกรรม การสูบบุหรี่และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 229 คน พบว่า ร้อยละ 25.33 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 3.90 ยังสูบบุหรี่ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรก คือ 9 ± 1.44 ปี เกิดจากความอยากรลอง และสูบบุหรี่ตามเพื่อน โดยส่วนใหญ่ได้บุหรี่ยี่ห้อแรกจากเพื่อน ร้อยละ 46.55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องอันตรายของบุหรี่ และรับรู้ความสามารถตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.15 และ 70.30 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ เพศชาย การกระทำในสิ่งที่พ่อแม่ห้ามประจำ

การไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ความรู้สึกอยากทำตามเมื่อเห็นคนใกล้ชิดสูบบุหรี่หรือเห็นภาพการสูบบุหรี่จากสื่อ และรับรู้ความสามารถตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับไม่ดีและปานกลาง⁴

จากการวิจัยโดยใช้โปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จำนวน 121 โรงเรียนของประเทศเนเธอร์แลนด์ จากการศึกษาติดตามการสูบบุหรี่ในช่วงเวลา 1 ปี ต่อมาหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีความตั้งใจจะไม่สูบบุหรี่ ($\beta = 0.13$, 95% confidence interval = 0.01–0.24) และเริ่มสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (odds ratio = 0.59, 95% confidence interval = 0.35–0.99) โดยที่กลุ่มทดลองมีจำนวนเด็กที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็น 3.6 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนเด็กที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 เป็น 6.5 จากผลการวิจัยแสดงว่า การใช้โปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยนี้ได้⁵

ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพด้วยการให้ความรู้เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ และฝึกทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับเด็กในช่วงวัยประถมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากเป็นวัยที่สามารถอ่าน เขียน เข้าใจ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลอย่างง่ายได้ ทำให้เด็กมีความรู้ และอาจช่วยให้เด็กสามารถปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ เมื่อเด็กห่างไกลและปลอดภัยจากบุหรี่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของเด็กในอนาคต ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตปกติและปราศจากโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังช่วยลดผลกระทบต่อบุคคล สุขภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรค เนื่องจากเด็กมีสุขภาพที่ดีไม่มีโรค

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ และทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสาธิตนวัตกรรมมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ด้านความรู้พิษภัยจากบุหรี่ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ โดยใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ

บุคลากร (เพื่อนที่ปรึกษา) เพื่อดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่แบบบูรณาการ ของกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค⁶ ดำเนินการโดยการพัฒนาด้วยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแสดงตามรูปภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย
ระยะที่ 1 การฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ทุกรูปแบบ
ระยะที่ 2 ฝึกทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ ทุกรูปแบบ
2. ทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ระยะเวลาก่อนเก็บข้อมูลช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสาธิตนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ซึ่งเลือก Test family เป็น t-tests หลังจากนั้น เลือก Statistical test เป็น matched pairs และเลือก Type of power analysis เป็น A Priori: Compute required sample size, given α , power, and effect size, effect size 0.3 ในการกำหนดขนาดของตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis and Sample size) ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ตาม⁷ กำหนดไว้ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ .80 (Power of test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ยินดีสมัครใจและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ และนักเรียนประถมศึกษาชั้น 5-6 โรงเรียนสาธิตนวัตกรรมลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพครบทุกขั้นตอน

ตอบคำถามในแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินทักษะครบทุกข้อ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ มีปัญหาสุขภาพ หรืออาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย และตอบคำถามในแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินทักษะไม่ครบทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ และทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายซึ่งได้พัฒนามาจากการสร้างเสริมทักษะการปฏิเสธและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁸ มีกิจกรรม 2 กิจกรรม ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ จำนวน 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง มีบอร์ดให้ความรู้ติดในโรงเรียน

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ทุกชนิด และฝึกปฏิบัติร่วมกัน ด้วยกรณีศึกษา แสดงบทบาทสมมติ จำนวน 2 ครั้ง 2 ชั่วโมง โดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม มีบอร์ดให้ความรู้ทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ทุกชนิดติดในโรงเรียน

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ และการมี

พฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ

3. แบบทดสอบความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้ท้ายบท12 จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูก ได้ 1 ตอบผิดได้ 0

4. แบบประเมินทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบทักษะการปฏิเสธและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁸ ปรับเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับแบบ Likert

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในกิจกรรมพัฒนาศักยภาพนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.92 หาค่าความเที่ยงโดยนำเครื่องมือวิจัยไปใช้กับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายจำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ได้ค่า KR เท่ากับ 0.88 ส่วนแบบประเมินทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย (Certificate of Approval: COA) หมายเลข RMUTT_REC No.73/660 ให้การรับรองเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566

วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 11 กันยายน 2567 มีคำอธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้ปกครองลงนามยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัย ตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ซึ่งนักเรียนกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเรียนรู้ และผลการสอบของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงบรรยาย หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 อายุมากที่สุดอยู่ที่ 12 ปี ร้อยละ 35.21 ระดับชั้นปีมากที่สุดอยู่ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 33.80 ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.42 ส่วนใหญ่เคยการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่จากการให้สุศึกษาจากนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 36.61 และไม่เคยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทั้งหมด

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ และทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่

ตาราง เปรียบเทียบความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่และและทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (n = 71 คน)

ตัวแปร/ ระยะ	M	SD	t	p-value
ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่				
ก่อนการทดลอง	5.32	3.24	-6.95	>.05
หลังการทดลอง	8.66	3.16		
ทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง	40.42	5.12	-10.78	>.05
หลังการทดลอง	53.91	7.27		

*p-value < .05

จากตาราง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมีความรู้เรื่องภัยบุหรี่และมีทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากช่วงกิจกรรมการให้ความรู้ นักวิจัยได้จัดให้นักศึกษาพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่มและมีการทบทวนซ้ำ เพื่อเพิ่มความเข้าใจในเรื่องพิษภัยจากบุหรี่ เพิ่มการจัดบอร์ดให้ความรู้ไว้ในที่นักเรียนผ่านและอ่านสามารถทวนได้ ทำให้นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมั่นใจ สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰ ที่วัดความรู้ในแกนนำนักศึกษาในการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ทางออนไลน์ พบว่าการให้ความรู้ซ้ำๆ จนทำให้นักศึกษามีความมั่นใจและสามารถให้ความรู้แก่ผู้รับบริการได้ และมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมีทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกิจกรรมพัฒนาศักยภาพที่สร้างขึ้นจากโปรแกรมสร้างเสริมทักษะการปฏิเสธและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁸ ร่วมกับการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (เพื่อนที่ปรึกษา) เพื่อการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่แบบบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค⁶ ที่มีการเสริมทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่มีขั้นตอนการสอน ทั้งทฤษฎีและฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จากกรณีศึกษาการแสดงบทบาทสมมติช่วยเพิ่มทักษะให้นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายได้

ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ได้แก่ การคัดกรองและประเมิน การป้องกันการบำบัดรักษา การฟื้นฟู และป้องกันการเสพยา¹¹ เนื่องจากแนวโน้มในการสูบบุหรี่ของเด็กและวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶ ทำให้กลายเป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

ผู้บริหารหรือคุณครูที่เปิดเรียนระดับประถมศึกษาควรนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่นี้ไปใช้สำหรับป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยส่งเสริม และติดตามประเมินผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ในนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กในอนาคต

2. การนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ไปใช้ในเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เพื่อเพิ่มทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ เป็นการป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่น และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ปราศจากโรคที่สัมพันธ์กับบุหรี่ในอนาคต

References

1. Twardella D, Loew M, Rothenbacher D, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. The diagnosis of a smoking-related disease is a prominent trigger for smoking cessation in a retrospective cohort study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2006; 59(1): 82-9.
2. Tassaneeyarat S, Maneewong S, Rochanapratishtha R, Tadsing S. The Tobacco Smoke and Child Health: Application of the 5A Model in Nursing. *Journal of Health and Nursing Education* 2021; 27(2): 216-25. (In Thai)
3. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center Mahidol University. Situation of tobacco consumption in Thailand 2022. CDMK printing: Bangkok; 2023. (In Thai)

4. Kantaapa T. Factors Related with Smoking of Late Elementary Students in Opportunity Expansion Schools at Kham Muang District, Kalasin Province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen 2021; 28(2): 41-52. (In Thai)
5. Crone MR, Spruijt R, Dijkstra NS, Willemsen MC, Paulussen TGWM. Does a smoking prevention program in elementary schools prepare children for secondary school?. Preventive Medicine 2011; 52(1): 53-9.
6. Office of Tobacco Products Control Committee Department of Disease Control. Guidelines for Youth Counselor Potential Development to implementation an integrated Smoke Free Educational Institution. Nonthaburi: Department Of Disease Control (TH); 2021. (In Thai)
7. Cohen J. Uphoff. Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. London: Rural Development Center: Cornell University; 1977.
8. Jaijumnong S, Janroek D, Kaewmoongkun S, Sopa R, Padgratok C, Kasko P. Effectsof New Smokers Prevention Program on Secondary School Students at a School, Phar Nakhon Sri Ayutthaya Province. The 12th NPRU National Academic Conference Nakhon Pathom Rajabhat University; 2020 July 9-10; Nakhon Pathom, Thailand. 2020.
9. Senadisai S, Kalampakron S. Nurse and Health: Nurse and tobacco control. 3^{ed}. Bangkok: Nurse Network on Tobacco Control of Thailand; 2021. (In Thai)
10. Chaiyasung P, Tana P, Sridet R, Wisen N. The efficiency of potential development on knowledge and counselling skills on smoking cessation via online in educational institution among nursing student leaders. Thai Journal of Nursing 2020; 69(1), 36-43. (in Thai)
11. Reangsing C. Caring for Adolescents Smoking: A Challenging Role of Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013; 14(2), 17-24. (in Thai)

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ได้รับการใส่เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด

Nursing Model in After Open Heart Surgery Patients with Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)

นงลักษณ์ บุญเยีย* สุทิพา ใจสมัคร์ พิมพัสมา ศรีชาติธนวัต สุพัตรา พูลนุช ชนิดาภา จูไพร
Nongluk Boonyia* Sutipa Jaisamak Pimkasama Srichattanawat Supatta Pullnuch Chanidapa Jupiree
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok Thailand, 65000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 13 คนและผู้ป่วย 20 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบของฟิชเชอร์ ไคสแควร์ วิลค็อกซัน สถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาล“ECMO Model”มี 4 องค์ประกอบ 1) การบริหารอัตรากำลัง 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 3) การออกแบบปฏิบัติการพยาบาล 4) การจัดทีมการพยาบาล ผลลัพธ์ของรูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001, p<.000$) สมรรถนะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยได้รับประเมินอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดภายใน 1 ชั่วโมงหลังใช้รูปแบบมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.033$) อัตราเลือดออกมาก อัตราอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด และอัตราการถอดเครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอดสำเร็จก่อนและหลังการใช้รูปแบบไม่แตกต่างกัน รูปแบบที่พัฒนาสามารถขับเคลื่อนด้านบริหารพัฒนาระบบบริการพยาบาลต่อยอดสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด, เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด

Abstract

This research and development study aimed to develop Nursing Model and to study the effects of Nursing Model in After Open Heart Surgery Patients with Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO). The 4 phrases of research including 1) Analysis, 2) Design and Development, 3) Implementation and 4) Evaluation. The sample consisted of 13 registered nurses and 20 patients by purposive sampling. The qualitative data was analyzed by content analysis and the quantitative data analyzed by average, percentage, standard deviation, Fisher's Exact test, chi-square, wilcoxon signed rank test, t-test. The results of this study were as follows, The nursing model “ECMO Model” consists of 4 components: 1) ECMO manpower management 2) Competency

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

วันที่รับ (received) 11 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ต.ค. 2566

development 3) Modify Nursing Practice 4) Organize nurse teams. The results of the nursing model showed that knowledge scores, nursing practice score was significantly higher than before. ($p < .001, p < .000$). Nurses' competency was higher than before. The nurses' satisfaction on using this model at the high level. Acute limb ischemia was assessed within 1 hour after the use of the model significantly more than before ($p < .033$). Excessive bleeding rated, Acute limb ischemia rated, and successful removal with Extracorporeal Membrane Oxygenation rated were no difference, yet not statistically significant. The Nursing Model can drive the administration and development of the nursing service system towards nursing excellence.

Keywords: Nursing Model, Open-Heart Surgery, Extracorporeal Membrane Oxygenation

บทนำ

ปัจจุบัน Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) เป็นเครื่องมือช่วยพุงการทำงานของหัวใจและปอด โดยถูกพัฒนาจากเครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart-lung machine) ซึ่งพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970¹ จากสถิติการใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 285, 353 และ 481 รายตามลำดับ² การใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดช่วยประคับประคองหัวใจและ/หรือปอดที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเพียงพอ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยจนกระทั่งหัวใจและปอดฟื้นตัว แม้การใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็อาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะสูญเสียเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ภาวะติดเชื้อ อวัยวะส่วนปลายขาดเลือด และภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่คือภาวะเลือดออกมาก (excessive bleeding) พบได้ถึงร้อยละ 30-50 และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (thromboembolism) ทำให้มีความเสี่ยงเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดร้อยละ 16 พยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการประเมินผู้ป่วยที่ต้องรับการใส่ ECMO ได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดเป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีอาการและสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีโอกาสเสียชีวิตสูง อัตราเสียชีวิตร้อยละ 38³ จากสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปีพ.ศ. 2561-2564 มีจำนวน 388, 404, 374 และ 309 รายตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยที่ใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ในปีพ.ศ. 2561-2564 มีจำนวน 12, 14, 21 และ 17 รายตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกมีผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของ

หัวใจและปอด (ECMO) มากเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศไทย โดย 5 อันดับแรกเป็นโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัย และมีแนวโน้มมากขึ้น อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดร้อยละ 56-66 และพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ failure) มีอัตราอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด (Limb Ischemia) ร้อยละ 23.53⁴

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดที่เป็นผู้ป่วยวิกฤตซับซ้อน รุนแรง ต้องอาศัยพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลจะต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ⁵ การเรียนรู้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด เดิมเป็นแนวทางการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุมด้านการบริหารจัดการบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะ จากการทบทวนพบมีการศึกษาการพยาบาลการใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในประเด็นปัญหาและการพยาบาล และการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ซึ่งยังไม่เน้นเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดสำหรับการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นรูปแบบชัดเจนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบซินเนอร์จี (Synergy Model) ซึ่งประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยวิกฤตได้ทุกลักษณะของโรค

และความเจ็บป่วย พัฒนาขึ้นโดยสมาคมพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Association of Critical Care Nurse: AACN) ร่วมกับ ELSO guideline (Extracorporeal Life Support Organization) โดยคาดหวังว่าจะมีบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

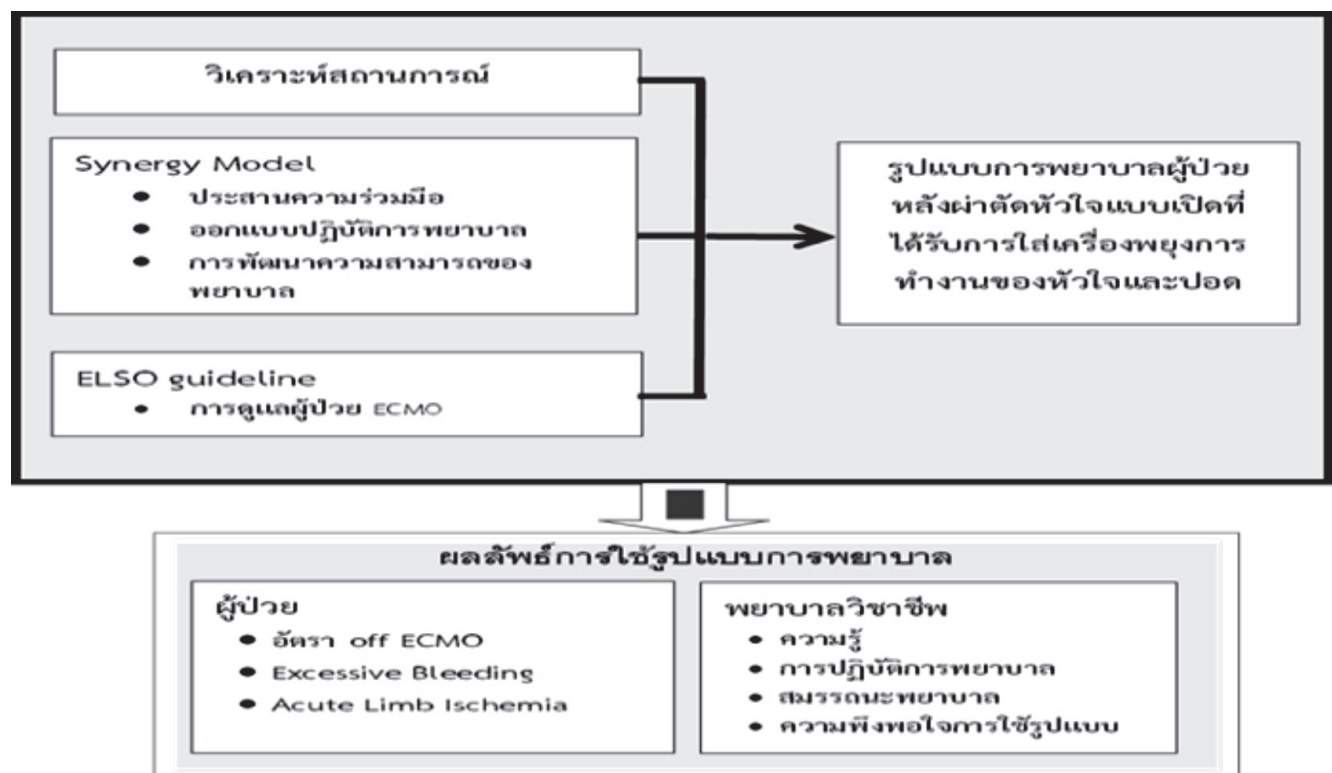
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดรูปแบบซินเนอร์จี (Synergy Model) เป็นกรอบแนวคิดการประสานความร่วมมือ ออกแบบปฏิบัติการพยาบาลและการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง ELSO guideline (Extracorporeal Life Support Organization) แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามหนังสืออนุมัติ หมายเลขรับรอง 028/65 วันที่ให้การรับรอง 31 พฤษภาคม 2565

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาล 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis : Research (R1)) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 13 คน โดยการสนทนากลุ่ม ในระหว่างสนทนากลุ่มผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก สรุปประเด็น การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด แนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ทรวงอก 1 คน พยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด 2 คน อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 1 คน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (Trustworthiness) ใช้การตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันข้อมูลจากสมาชิกในทีมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Member checking) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด (Design and Development (D1)) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด Synergy Model และร่วมกับ ELSO guideline มากำหนดเป็นรูปแบบการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ

ด้านงานวิจัยและพัฒนา 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1.0 ก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด (Implementation: Research (R2)) เป็นการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ในห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด จากนั้นรวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรคของการใช้รูปแบบเพื่อนำมาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด (Evaluation: Development (D2))

ผู้วิจัยนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่ 1 จำนวน 13 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณค่าจากสัดส่วนประชากรที่ทราบแน่นอน (Estimating the finite population proportion) กำหนดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 10 รายและกลุ่มควบคุม 10 ราย รวม 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ด้านพยาบาลวิชาชีพมี 4 ชุด ดังนี้

1. แบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อสอบจำนวน 20 ข้อให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดจาก 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 17-20 ระดับมาก 12-16 คะแนน ระดับปานกลาง น้อยกว่า 12 คะแนน ระดับน้อย

2. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ผู้วิจัยพัฒนาจาก ELSO Guidelines for Training and Continuing Education of ECMO Specialists⁶ ร่วมกับการประยุกต์แบบวัดการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดของพัชนี ร่มตาล⁵ จำนวน 57 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 มากมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 ปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 น้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 และน้อยมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

3. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดรูปแบบซินเนอร์จี (Synergy Model) ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 8 สมรรถนะ ดังนี้ 1) ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) 2) การแสวงหาทางคลินิก (clinical inquiry) 3) การส่งเสริมการเรียนรู้ (facilitation of learning) 4) การประสานความร่วมมือ (Collaboration) 5) การคิดเชิงระบบ (System thinking) 6) การทำหน้าที่แทน และการเป็นตัวแทนด้านศีลธรรม จรรยา (Advocacy and moral agency) 7) การปฏิบัติด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Caring practices) 8) การตอบสนองต่อความแตกต่างของคุณลักษณะ และความต้องการของผู้ป่วย (Response to diversity) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ ระดับ 1, ระดับ 3, ระดับ 5 การแปลผล ระดับ 1 competent, ระดับ 3 Proficient, ระดับ 5 Expert

4. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 มากมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 ปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย

2.50 – 3.49 น้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 และน้อยมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ด้านผู้ป่วย มี 1 ชุด เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับการรักษา ด้วยการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ตำแหน่งที่ใส่ ชนิดใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด อุปกรณ์ใส่ร่วม การเคลื่อนย้าย ข้อมูลสถานะผู้ป่วยขณะจำหน่ายออกจาก ICU ระยะเวลาใส่ ECMO ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลการได้รับปฏิบัติการพยาบาล อัตราการรอดเครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดสำเร็จ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทรวงอก 1 คน พยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด 2 คน อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 1 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาสำนวนภาษา และความชัดเจนของเนื้อหา ความครอบคลุมวัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เพื่อให้ข้อเสนอแนะได้คำตัดสินความตรงเชิงเนื้อหาแบบวัดความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.94, 0.98, 1.00, และ 0.99 ตามลำดับและค่าความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าระหว่าง 0.85 ถึง 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดไปใช้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกโดยให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คนปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเป็นเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้แก่ การได้รับประเมินสัญญาณเตือนภาวะเลือดออกมากภายใน 1 ชั่วโมง การได้รับประเมินอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดภายใน 1 ชั่วโมง อัตราเลือดออกมาก อัตราอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด และอัตราการรอดเครื่องพุงหัวใจและปอดสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพยาบาลด้วยการทดสอบ วิเคราะห์ค่า t-test สถิติทดสอบที่ 3) เปรียบเทียบสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบ เปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดพบว่า หน่วยงานยังขาดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดเฉพาะความเชี่ยวชาญที่ชัดเจน โดยสถานการณ์การดูแลมีอัตรา กำลังของพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะไม่เพียงพอ แนวปฏิบัติการ พยาบาลยังไม่ครอบคลุม

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด พบว่ารูปแบบมี 4 องค์ประกอบ เป็น "ECMO Model" ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 E: ECMO manpower management การบริหารอัตรากำลัง โดยจัดอัตรากำลัง พยาบาลต่อเตียงผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบ เปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด โดยสัดส่วนพยาบาล: ผู้ป่วย = 1-2 : 1 โดยพิจารณาถึงลักษณะ ความรุนแรงซับซ้อนของผู้ป่วยและการใส่อุปกรณ์ร่วมเช่น เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจ (Intra Aortic Ballon Pump:

IABP) เครื่องบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) การใส่สาย Left Ventricular venting (LV Vent)

องค์ประกอบที่ 2 C: Competency development

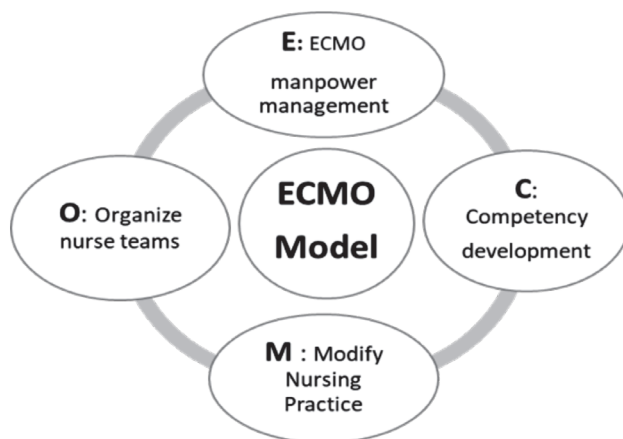
การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล โดยกิจกรรมพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การสอนสาธิตการปฏิบัติ การพยาบาล การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง การร่วมฝึก ปฏิบัติการพยาบาล การเรียนรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิด จากการการทำงานของเครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด โดยใช้แนวทางจาก ELSO guideline ร่วมกับแนวคิดรูปแบบ ซินเนอร์จี้ (Synergy Model) ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็น ต่อการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

องค์ประกอบที่ 3 M : Modify Nursing Practice

การออกแบบปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดทำแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจ และปอด และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจ และปอด ประกอบด้วย ระยะเตรียมรับผู้ป่วย การพยาบาล แรกเริ่ม (ระยะวิกฤตใน 48 ชั่วโมงแรก) การพยาบาลต่อเนื่อง การพยาบาลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การพยาบาลขณะหย่า เครื่อง ECMO การพยาบาลหลังถอดเครื่อง ECMO

องค์ประกอบที่ 4 O: Organize nurse teams

การจัดทีมการพยาบาล โดยการมอบหมายพยาบาลผู้ดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอก การทำงานของหัวใจและปอด ประกอบด้วย พยาบาลผู้ดูแล หลัก ร่วมกับพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา ร่วมช่วยประสานงาน จัดการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ วิกฤตฉุกเฉินแสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอดแสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด

ผลลัพธ์ด้านพยาบาล	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 13)			หลังใช้รูปแบบ (n = 13)			df	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	14.3	1.54	ปานกลาง	19.23	.83	มาก	-3.21 ^a	.001
2. การปฏิบัติการพยาบาล	3.87	.21	มาก	4.79	.11	มากที่สุด	23.29 ^b	.000
3. พยาบาลมีสมรรถนะที่คาดหวังระดับ 5 ทุกด้าน	จำนวน (ร้อยละ) 6 (46.15)			จำนวน (ร้อยละ) 11 (84.61)				
4. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล				Mean 3.84	S.D. .53	ระดับ มาก		

a = wilcoxon signed rank test

b = Paired Simples T- Test

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอดของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, p < .000$)

พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะตามโมเดลซินเนอร์จีหลังใช้รูปแบบการพยาบาล โดยมีระดับสมรรถนะระดับ 5 ตามเกณฑ์ที่คาดหวังในทุกด้านมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 10)		หลังใช้รูปแบบ (n = 10)		Fisher's Exact Test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ได้รับประเมินสัญญาณเตือนภาวะเลือดออกมากภายใน 1 ชั่วโมง	8	80	10	100	2.99	.474
ได้รับประเมินอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดภายใน 1 ชั่วโมง	5	50	10	100	8.63	.033*
อัตราเลือดออกมาก	3	30	2	20	.268	1.00
อัตราอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด	9	90	8	80	.399	1.00
อัตราการถอดเครื่องพยุงหัวใจและปอดสำเร็จ	3	30	4	40	.22	1.00

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยได้รับประสิทธิผลส่วนปลายขาดเลือดภายใน 1 ชั่วโมงหลังใช้รูปแบบการพยาบาลมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.033$) ได้รับประสิทธิผลสัญญาณเตือนภาวะเลือดออกมากภายใน 1 ชั่วโมง อัตราเลือดออกมาก อัตราอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด อัตราการถอดเครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดสำเร็จก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดพบว่า หน่วยงานยังขาดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดเฉพาะความเชี่ยวชาญที่ชัดเจน อัตราการล้มเหลวของการพยาบาลเฉพาะความเชี่ยวชาญไม่เพียงพอ แนวปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยวิกฤต ซับซ้อน รุนแรง ต้องอาศัยพยาบาลที่มีศักยภาพการดูแลเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เนื่องจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานสูง มีอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 30.8 มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งในระดับผู้บริหารนอกหน่วยงานหลายคน จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดมีเพียงร้อยละ 65 และยังไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะได้ครบทุกคน การหมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานมีบ่อยครั้งทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ขอย้ายออกจากหน่วยงานเพื่อหาประสบการณ์ใหม่ปีละ 1-2 คน ส่งผลให้อัตรากำลังของพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะ ไม่เพียงพอ ส่วนแนวปฏิบัติการพยาบาลเดิมใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุมในทุกขั้นตอนที่เป็นจุดเน้นเฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด เช่น การพยาบาลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นจากความผิดปกติของเครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดขณะใช้กับผู้ป่วย

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดพบว่า มี 4 องค์ประกอบเป็น “ECMO Model” 1) ECMO

manpower management การบริหารอัตรากำลัง 2) Competency development การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 3) Modify Nursing Practice การออกแบบปฏิบัติการพยาบาล 4) Organize nurse teams การจัดทีมการพยาบาล โดยลักษณะผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดเป็นผู้ป่วยวิกฤต และมีอาการของโรคที่ซับซ้อนและคุกคามชีวิต ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีสมรรถนะสูงในการปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าระวัง ประเมินอาการ และช่วยชีวิตผู้ป่วย⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ต้องมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ⁸ รูปแบบการพยาบาลนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลตามโมเดลซินเนอร์จี รวมทั้งการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาล ตาม ELSO guideline ทำให้ครอบคลุมการดูแลแต่ละระยะ รวมถึงการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากการทำงานผิดปกติของเครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอด อีกทั้งรูปแบบการพยาบาลนี้ยังครอบคลุมด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ด้านการบริหารอัตรากำลังในการจัดสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาอัตรากำลังในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดจัดสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 2:1 หรือใช้ชั่วโมงการพยาบาลมากกว่า 27 ชั่วโมง⁹ และการจัดทีมพยาบาลโดยมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วย ที่ต้องคำนึงถึงสมรรถนะพยาบาลเชี่ยวชาญที่สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซับซ้อนที่มีภาวะคุกคามชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลในการตัดสินใจทางคลินิกเป็นส่วนสำคัญในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย¹⁰

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดด้านพยาบาลวิชาชีพพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.000$) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะตามโมเดลซินเนอร์จีหลังใช้รูปแบบการพยาบาล โดยมีระดับสมรรถนะระดับ 5 ตามเกณฑ์ที่คาดหวัง มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับ

มากทั้งนี้อธิบายได้ว่า การพัฒนาความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ได้ประยุกต์แนวคิด โมเดลซินเนอร์จี ที่ครอบคลุมทั้ง 8 สมรรถนะ ทำให้พยาบาล มีความชัดเจนในบทบาท มีแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะ ของตนเอง และในส่วนผู้บริหารสามารถใช้ลักษณะผู้ป่วย ที่ประเมินได้เป็นเกณฑ์ในการมอบหมายงานให้อยู่ในความดูแล ของพยาบาลที่มีความชำนาญเชี่ยวชาญเฉพาะ¹¹ รวมทั้งกิจกรรม พัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล มีการบรรยายให้ ความรู้ สอนสาธิตปฏิบัติการพยาบาล ฝึกเชิงปฏิบัติการ เรียนรู้ จากสถานการณ์จำลอง การร่วมฝึกปฏิบัติการพยาบาลหน้างาน การเรียนรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำงาน ของเครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด มีสื่อการเรียนรู้ จาก QR code สื่อวิดีโอทัศน์ ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจ เช่นเดียวกับการ ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและ ปอดที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้ เครื่องพุงหัวใจและปอดเพิ่มขึ้น⁵ รวมทั้งการตัดสินใจทางคลินิก และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นทั้งด้านผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือ ที่ใช้ในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นได้

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้รับประเมินอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดภายใน 1 ชั่วโมง หลังใช้รูปแบบมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.033$) ได้รับประเมินสัญญาณเตือนภาวะเลือดออก มากภายใน 1 ชั่วโมง อัตราเลือดออกมาก อัตราอวัยวะส่วน ปลายขาดเลือด อัตราการถอดเครื่องพุงหัวใจและปอดสำเร็จ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกรายต้องผ่านการใช้เครื่องหัวใจ และปอดเทียมเพื่อทำหน้าที่แทนหัวใจและปอดขณะผ่าตัด รวมทั้งหลังผ่าตัดหัวใจต้องได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของ หัวใจและปอด ที่ต้องใช้สารเฮปารินในระบบการทำงานของ เครื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมาก หลังผ่าตัด และขนาดของสายสวนที่สอดใส่ในหลอดเลือด บริเวณอวัยวะส่วนปลาย ส่งผลต่อความเสี่ยงกับอวัยวะส่วน ปลายขาดเลือดได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 อายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอายุเฉลี่ย 65.2 ปี และส่วนใหญ่ใส่สาย สวนของเครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอดตำแหน่ง

อวัยวะส่วนขา ร้อยละ 90 รวมทั้งทุกรายมีอุปกรณ์ใส่ร่วมเช่น เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (IABP) เครื่องบำบัดทดแทนไต อย่างต่อเนื่อง (CRRT) และระยะเวลาการใช้เครื่องมือค่าเฉลี่ย ระหว่าง 125.8- 165.50 ชั่วโมง ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่ และการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในระยะแรกหลังผ่าตัดหัวใจ¹² เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดกลุ่ม อาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดพบว่าผู้ป่วยในวัยสูงอายุ การทำหน้าที่ของเซลล์ระบบ ภูมิคุ้มกันเสื่อมลง¹³

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารสามารถใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของ หัวใจและปอดขับเคลื่อนเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติด้าน บริหารในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อต่อยอดสู่ ความเป็นเลิศทางการพยาบาลนำสู่การพัฒนาเป็นศูนย์ความ เชี่ยวชาญ ECMO
2. หน่วยงานสามารถใช้รูปแบบการพยาบาลหลัง ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการใส่เครื่องพุงหัวใจและปอด เป็นต้นแบบประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ในกลุ่มโรคอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาระบบการพยาบาลในผู้ป่วยช่วยฟื้นคืนชีพ ด้วยเครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด (Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation: ECPR) และการพัฒนา ระบบ ECMO Team

References

1. Bergeron A, Holifield L. Extracorporeal membrane oxygenation: The nurse's role in patient care. *Nursing Critical Care*. 2020; 15(3): 6-14.
2. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. Statistics in cardiac surgery in Thailand. 2021. (In Thai)

3. Makhoul M, Heuts S, Mansouri A, Taccone FS, Belliato AO, Mirko B, Broman LM, Malfetheriner MV, Meani P, Raffa GM, Delnoij T, Maessen J, Bolotin G, Lorusso R. Understanding the “extracorporeal membrane oxygenation gap” in veno-arterial configuration for adult patients: Timing and causes of death. *Journal of Artificial Organ*. 2021; 45(10): 1155-67.
4. Buddhachinaraj Hospital. service statistics annual report : Cardiorhoracic Surgical intensive Care Unit. 2021.(In Thai)
5. Romtan P, Yasotarín S, Khatjuang N, Bodhipadma S, Suthipong N. Program in development of potential and skill in nursing care for patients after cardiac surgery using Extracorporeal membrane oxygenation. *Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Nakhondhat*. 2021; 8(4): 411-28 (In Thai)
6. Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). ELSO Guidelines for Training and Continuing Education of ECMO Specialists: Version 1.5.2010.
7. Saenprasarn P, Bunchapattanasakda C, Chandarasorn V. Model of Knowledge Management for Cardiac Nursing in the High Competence Public and Private Hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016; 17(1): 36-44. (In Thai)
8. Poonprinya R, Ampol O, Wiyo N. The Development of Nursing Services for Patients with Coronary Artery Bypass Graft at Sakon Nakhon Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(2): 521-30. (In Thai)
9. Sindhu S, Yottiem P, Editor. Staffing ratios, nursing fee, and intervention codes. Nonthaburi: Watthana Printing; 2022.
10. Cordon CP, Baxter P, Collerman A, Krull K, Aiello C, Lounsbury J, MacPhee M, Udod S, Alvarado K, Dietrich T, Akhtar-Danesh N, Ramachandran M, Meisenburg N. Implementing the Synergy Model: A Qualitative Descriptive Study. *Nursing Reports*. 2022; 12(1): 100–11.
11. Thongchai C. Applying the synergy model for caring critically ill patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2015; 2(1): 5-18. (In Thai)
12. Bootsayatham N, Vanichkul N, Sindhu S, Silarat T. The Relationships among Serum Creatinine Level, Ejection Fraction, Depression, Cardio Pulmonary Bypass Time, Physical Condition and Extubation Time in Patients with Elective Open Heart Surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016; 17(3): 115-22.. (In Thai)
13. Maneeprasit C, Sindhu S, Danaidutsadeekul S, Tantiwongkosri K. Factors Related to Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) of Coronary Artery Disease Patients In The First 24 Hours After Open Heart Surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016; 17(3): 63-72. (In Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The Relationship between Family Factors and Health Literacy
of Adolescence Pregnancy Prevention among Teenagers in Pa O Don Chai
Sub-district, Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province.

ดารณี เสรมธากุล*¹ อนงค์ สุนทรานนท์¹ ชไมพร นวลอำนวยศิริ²

Daranee Serametakun*¹ Anong Soontranont¹ Chamaiporn Nuanamnuoysiri²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

¹Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, Thailand, 57000

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าอ้อดอนชัย จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

²Pa O Don Chai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Rai Province, Thailand, 57000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะโครงสร้างของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นจำนวน 70 คน ได้มาโดยสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การทำหน้าที่ของครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หาความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .89 และ .81-.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวคน 2 รุ่น ร้อยละ 43.70 การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีพอควร ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 1.12) และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในภาพรวมอยู่ในระดับที่มากเพียงพอ ($\bar{X} = 116.54$ S.D. = 12.20)

2. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ($X^2 = 29.815$, $p < .05$)

3. การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การทำหน้าที่ทั่วไป และโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ($r = .315, .462, .331, .347, .400$, และ $.404$, ตามลำดับ, $p < .01$) จากผลการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่น

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ของครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Corresponding Author: *Email: daranee.serametakun@crc.ac.th

วันที่รับ (Received) 2 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (Accepted) 19 พ.ย. 2566

Abstract

The descriptive research design aimed to examine the relationships between family structure, family function and health literacy of adolescence pregnancy prevention. The sample were 70 adolescents, randomly selected by proportion of each village. The research instruments were questionnaires of personal factors, family function, and health literacy of adolescence pregnancy prevention. Reliability was established and the Cronbach's alpha coefficients were .89 and .81-.89 respectively. The data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, and Pearson's correlation. The results revealed that:

1. The most of family structure were two generation family (43.70%). The overall of family function was at a fair level ($\bar{X}$ = 3.22, S.D. = 1.12) and the overall of health literacy of adolescence pregnancy prevention was at a good level ($\bar{X}$ = 116.54 S.D. = 12.20).

2. The relationship between family structure and health literacy of adolescence pregnancy prevention was statistically significant (X^2 = 29.815, $p < .05$).

3. The relationship between family functions in problem solving, communication, roles, affective responsiveness, general function, and family functions in overall and health literacy of adolescence pregnancy prevention were positively statistically significant (r = .315, .462, .331, .347, .400 and .404 respectively, $p < .01$). From the results of this study, the relevant agencies should promote family functioning and support family to participate in health literacy of adolescence pregnancy prevention development.

Keywords: family function, health literacy, adolescence pregnancy prevention

บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจจากทั่วโลกเพราะนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของทั้งแม่และเด็กแล้ว ยังส่งผลกระทบอย่างซับซ้อนต่อสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ไม่เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและวุฒิภาวะ องค์การอนามัยโลกระบุว่ามีวัยรุ่นทั่วโลกตั้งครรภ์จำนวนถึง 21 ล้านคน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และเกินกว่าครึ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง¹ สำหรับประเทศไทย² พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีวัยรุ่นตั้งครรภ์และคลอดบุตรจำนวนประมาณ 50,000 ราย ส่วนในจังหวัดเชียงรายในปีเดียวกันพบว่ามีเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี คลอดบุตรจำนวน 41 ราย และ 826 รายตามลำดับ แม้ว่าสถานการณ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาแต่ยังจำเป็นต้องได้รับการป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์จะมีภาวะเสี่ยงในอัตราที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ช่วงอายุ 20-24 ปี และหากวัยรุ่นเลือกยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง

มักทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจนถึงขั้นเสียชีวิต³ อีกทั้งยังอาจทำให้วัยรุ่นเสียโอกาสทางการศึกษา การประกอบอาชีพ และการพัฒนาตนเองไปด้วย นอกจากนี้ทารกที่คลอดจากแม่วัยรุ่นก็มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและอาจมีความเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าทารกทั่วไป กลายเป็นภาระด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การขาดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น^{4,5,6,7,8} การมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น⁹ ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย นอกจากสถาบันการศึกษา หน่วยงานสุขภาพ และสื่อต่างๆ ในสังคมของบุคคลแล้ว ครอบครัวยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลทุกวัย เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดในสังคม มีหน้าที่อบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยการดูแลเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่น และเป็นต้นแบบการเรียนรู้แก่เด็ก

หากครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ไม่ดีย่อมเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะทางสังคม ทักษะทางปัญญา และภาวะสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้น^{10,11}

ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาส่งผลต่อครอบครัวและการใช้ชีวิตของคนไทยเป็นอย่างมาก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัวจากเดิมที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีคนหลายรุ่นหลายความสัมพันธ์อยู่รวมกัน กลายเป็นครอบครัวขนาดเล็ก เช่น เป็นครอบครัวคนสองรุ่น ครอบครัวคนสามรุ่น ครอบครัวแหว่งกลาง ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว เป็นต้น¹² การเกิดลักษณะโครงสร้างของครอบครัวแบบใหม่นี้ทำให้คนในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ ความผาสุก คุณภาพชีวิต และการใช้ชีวิตของสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น¹³ การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นคุณลักษณะสำคัญที่แสดงถึงความสามารถของครอบครัวที่จะทำให้สมาชิกทุกคนดำเนินชีวิตไปด้วยดี จากแนวคิดของแมคมาสเตอร์ที่อธิบายว่าครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบรวมกัน ได้แก่ ระบบย่อยคู่แต่งงาน ระบบย่อยพี่น้อง ระบบย่อยของสมาชิกแต่ละคน แต่ละระบบมีความสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการทำหน้าที่และการสื่อสารที่ชัดเจนในด้านต่างๆ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป¹⁴ เมื่อครอบครัวทำหน้าที่ครบถ้วนอย่างนี้จะทำให้เกิดความผูกพันกันด้วยอารมณ์ความรู้สึกที่ลึกซึ้ง เป็นแรงเกื้อหนุนให้สมาชิกทุกคนดำเนินชีวิตไปด้วยดี เกิดความผาสุกขึ้นในครอบครัว¹⁵

แม้องค์การอนามัยโลกจะชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่การศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่าครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างไร การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว ครอบครัวที่สื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้วัยรุ่นหญิงลดการสื่อสารเรื่องเพศทางออนไลน์ได้มากกว่า¹⁶ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงในการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม¹⁷

วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่สื่อสารกันด้วยดีกับพ่อแม่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีด้วย¹⁸ ตัวอย่างการศึกษาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการสื่อสารภายในครอบครัวกับพฤติกรรมทางเพศเท่านั้น ยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยสังคมแรกและใกล้ชิดกับวัยรุ่นมากที่สุด ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี

โดยที่การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะโครงสร้างครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลป่าอ้อดอนชัย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรมีความหลากหลายประกอบด้วยครอบครัวของประชากรดั้งเดิม กลุ่มคนย้ายถิ่น และกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรบางส่วนค้าขาย และรับราชการ มีลักษณะโครงสร้างครอบครัวเช่นเดียวกับครอบครัวไทยในปัจจุบัน ประชากรวัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปีส่วนหนึ่งเข้าเรียนในสถานศึกษาในเขตตำบล แต่มีส่วนหนึ่งที่เข้ามาเรียนในตัวเมือง วัยรุ่นกลุ่มนี้มีโอกาสในการเข้าถึงสังคมมากขึ้นและอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงและเข้าสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้มีข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนพัฒนาการบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่วัยรุ่นและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะโครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในตำบลป่าอ้อดอนชัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะโครงสร้างของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในตำบลป่าอ้อดอนชัย

สมมุติฐานการวิจัย

ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในตำบลป่าอ้อดอนชัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์¹⁵ โดยบูรณาการกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทปัม¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยที่ปัจจัยด้านครอบครัวในการศึกษานี้มี 2 ปัจจัยได้แก่ 1) ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าครอบครัวของวัยรุ่นมีลักษณะโครงสร้าง 4 แบบคือ ครอบครัวคนสองรุ่นประกอบด้วยคนรุ่นพ่อแม่และลูก ครอบครัวคนสามรุ่นประกอบด้วยคนรุ่นพ่อแม่ ลูก และปู่ย่าตายาย ครอบครัวแห่งกลางประกอบด้วยคนรุ่นปู่ย่าตายายและหลาน ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวประกอบด้วยคนรุ่นพ่อแม่ กับลูก แต่มีเพียงพ่อหรือแม่ฝ่ายเดียว 2) การทำหน้าที่ของครอบครัวมี 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป โดยทั้งลักษณะโครงสร้างของครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วยความรู้ 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ โดยประชากร คือ วัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 12-19 ปี ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าอ้อดอนชัย จำนวน 324 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีอายุ 12-19 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดียใจเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น α ที่ระดับ .05

และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .40 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 ราย¹⁹ แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็น 70 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา ผู้เลี้ยงดูหลัก จำนวนสมาชิกครอบครัว และสถานภาพสมรสของพ่อแม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory [CFI]) เป็นแบบประเมินที่อุมาพร ตรังคสมบัติ ดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device [FAD]) ตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ (McMaster Model)¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับประกอบด้วยระดับตรงมากที่สุดจนถึงไม่ตรงเลย แปลผลจากค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ค่อยดี (1.00-1.75 คะแนน) การทำหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย (1.76-2.50 คะแนน) การทำหน้าที่ของครอบครัวดีพอควร (2.51-3.25 คะแนน) และการทำหน้าที่ของครอบครัวดีมาก (3.26-4.00 คะแนน) จากการหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 14-19 ปีในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88-.95^{20,21} การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²¹ จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก แปลผลจากคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ไม่ถูกต้อง (น้อยกว่า 4.8 คะแนน)

มีความรู้ถูกต้องบ้าง (4.80-6.39 คะแนน) และมีความรู้ถูกต้องที่สุด (6.40-8.00 คะแนน) 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ 6) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งระดับความรอบรู้แต่ละด้านเป็น 3 ระดับ คือ ดีมาก พอใช้ และไม่ดี ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวม มีคะแนนรวม 149 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 คือ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 89.40 คะแนน) พอใช้ได้ (89.41-119.19 คะแนน) และ ดีมาก (119.20-149.00 คะแนน) การศึกษาที่ผ่านมาใช้กับวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความเที่ยงในด้านที่ 1-6 เท่ากับ .76, .89, .87, .90, .89 และ .87 ตามลำดับ การวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86, .89, .85, .87, .82 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยและพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าอ้อดอนชัยแล้ว ผู้วิจัยพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อขอให้ช่วยประสานงานกับเด็กวัยรุ่นและครอบครัวที่สุ่มเลือกไว้เป็นตัวอย่าง หลังจากเข้าพบผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความสมัครใจแล้วผู้วิจัย นัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านมาพร้อมกัน และจัดให้ตอบแบบสอบถามในบริเวณหอประชุมประจำหมู่บ้านหรือโรงเรียนที่กลุ่มตัวอย่างเดินทางมาได้สะดวก ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามและชี้แจงวิธีการทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และเมื่อเสร็จแล้วให้พบแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก ส่งไว้ในกล่องรับแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเลขที่ 98/2566 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2566 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงสิทธิในการปฏิเสธและบอกเลิกการวิจัย ขอความยินยอมด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจะถูกเก็บเป็นความลับโดยเมื่อตอบเสร็จแล้วให้เก็บใส่ซองและปิดผนึกโดยทันที และผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้ในตู้เอกสารปิดกุญแจเป็นเวลา 1 ปีก่อนทำลาย และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.32 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 15.16 ปี (S.D. = 2.04) กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 2 ถึงอุดมศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.21 เรียนในโรงเรียนสายสามัญ ร้อยละ 60.60 ของพ่อแม่อยู่ในสถานภาพสมรส และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติ สัญชาติไทย
2. ลักษณะโครงสร้างครอบครัว 4 ลักษณะ ได้แก่ ครอบครัวคน 2 รุ่น ครอบครัวพ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวคน 3 รุ่น และครอบครัวแห่งกลาง ร้อยละ 43.70, 32.40, 19.70, และ 4.20 ตามลำดับ
3. ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว (n = 70)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการแก้ปัญหา	3.50	.65	ดีมาก
ด้านการสื่อสาร	3.25	.71	ดีพอควร
ด้านการแสดงบทบาท	3.65	.65	ดีมาก
ด้านการตอบสนองอารมณ์	3.19	.83	ดีพอควร
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	3.37	.87	ดีมาก
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	2.43	.84	ดีพอควร
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	3.15	.88	ดีพอควร
การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม	3.22	1.12	ดีพอควร

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การทำหน้าที่โดยรวมของครอบครัวอยู่ในระดับดีพอควร $\bar{X} = 3.22$, SD = 1.12 โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับได้แก่ด้านการควบคุมพฤติกรรม $\bar{X} = 2.43$, SD = .84 ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

$\bar{X} = 3.15$, SD = .88 และด้านการตอบสนองอารมณ์ $\bar{X} = 3.19$, SD = .83 ดังแสดงในตารางที่ 1

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความรอบรู้จำแนกรายด้าน (n = 70)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	5.83	1.53	ถูกต้องบ้าง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	19.93	3.10	พอใช้ได้
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ	17.40	3.49	ไม่ดีพอ
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	15.01	6.68	พอใช้ได้
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	12.41	6.06	ไม่ดีพอ
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	30.54	4.19	ดีมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	116.54	12.20	เพียงพอ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมากเพียงพอ ($\bar{X} = 116.54$ S.D. = 12.20) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 2

5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะโครงสร้างครอบครัว กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	r	p-value
การทำหน้าที่ของครอบครัว (รวม)	.404	.001**
ด้านการแก้ปัญหา	.315	.008**
ด้านการสื่อสาร	.462	.000**
ด้านการแสดงบทบาท	.331	.005**
ด้านการตอบสนองอารมณ์	.209	.083
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	.347	.003**
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	-.065	.595
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	.400	.001**

**p<.01

การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ($r = .404, p < .01$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการตอบสนองอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวคน 2 รุ่น ร้อยละ 43.70 รองลงมาเป็นครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยวร้อยละ 32.40 ทั้งนี้จำนวนครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวในการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับผลสำรวจลักษณะครอบครัวไทยในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาที่พบว่ามีความครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวถึงร้อยละ 38-42 ของครอบครัวไทยทั้งหมด²² การเกิดครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวในสังคมปัจจุบันมีสาเหตุจากภาวะสังคมและเศรษฐกิจที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่างสามีภรรยา เช่น สามีหรือภรรยาขาดความรับผิดชอบ การถูกทำร้ายจากคู่สมรส การติดยาและยาเสพติดของคู่สมรส การนอกใจของคู่สมรส คู่สมรสเสียชีวิต เป็นต้น²³

การทำหน้าที่ของครอบครัว แม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การทำหน้าที่โดยรวมของครอบครัวอยู่ในระดับดีพอควร แต่การทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองอารมณ์อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี²⁰ ทั้งนี้อาจ

เนื่องจากในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ เมื่อรู้สึกว่าถูกครอบครัวควบคุมมากเกินไปจึงทำให้ไม่พึงพอใจ เกิดความรู้สึกว่าคนในครอบครัวไม่เข้าใจตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากเพียงพอ แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเข้าใจ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดีพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นโรงเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงราย²⁴ โดยอาจอธิบายได้ว่าในวัฒนธรรมไทยไม่นิยมการสื่อสารหรือพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาอย่างเปิดเผย ถือเป็นเรื่องลามก และหากพูดถึงเรื่องเพศอาจถูกมองในเชิงลบได้ ดังนั้นวัยรุ่นในบริบทสังคมไทยจึงมีการสื่อสารเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องเพศหรือพฤติกรรมทางเพศน้อย ขาดทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศที่เหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีระดับความรู้เท่าทันสื่อข้อมูลและด้านสุขภาพที่ไม่ดีพอเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งแม้ว่าปัจจุบันมีข้อมูลข่าวสารจำนวนมากที่วัยรุ่นเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วหลายช่องทาง แต่กลับพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มักหลงเชื่อง่าย และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว²⁵

2. การศึกษาค้างนี้พบว่าลักษณะโครงสร้างของครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าในครอบครัวที่มีลักษณะโครงสร้างแตกต่างกันจะทำให้ความรอบรู้ของวัยรุ่นมีความแตกต่างกันด้วย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหากวัยรุ่นอยู่กับพ่อแม่มักจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง¹⁷ ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวบางด้านได้แก่

การตอบสนองอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม กลับไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงพรรณนาที่พบว่าการรับรู้ของวัยรุ่นต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ในด้านการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับไม่ดี อธิบายได้ว่าแม้วัยรุ่นจะรู้สึกว่าการตนเองถูกควบคุมพฤติกรรมจากครอบครัวมากและรู้สึกว่าการในครอบครัวไม่เข้าใจ ไม่อบอุ่นใจเมื่ออยู่กับครอบครัว แต่ความรู้สึกเหล่านี้ไม่ได้มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ นั้นหมายความว่าวัยรุ่นอาจได้รับความรอบรู้ด้านนี้จากภายนอกครอบครัว เช่น โรงเรียน กลุ่มเพื่อนที่มีความสนใจร่วมกัน เพื่อนสนิท หรือคู่รัก รวมทั้งจากสื่อในช่องทางต่างๆ ซึ่งหากแหล่งส่งเสริมข้อมูลความรู้ และทักษะด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ เช่น การสอนในหลักสูตรของสถานศึกษา หรือ การฝึกทักษะจากบุคลากรสาธารณสุข อาจทำให้เกิดผลดี แต่หากเป็นแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ เช่น เพื่อน คู่รัก กลุ่มคน หรือสื่อต่างๆ อาจทำให้ได้รับความรู้ที่ไม่ถูกต้อง เกิดพฤติกรรมทางเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสมตามมา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่นในตำบลป่าอ้อดอนชัย โดยคำนึงถึงบทบาทและการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านต่างๆ และสนับสนุนทักษะการดูแลวัยรุ่นแก่ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการสื่อสาร การควบคุมพฤติกรรม และการตอบสนองอารมณ์ ให้เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่นในตำบลป่าอ้อดอนชัย โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

References

1. Nkhoma DE, Lin CP, Katengeza HL, Soko CJ, Estinfort W, Wang YC, Juan SH, Jian WS, Iqbal U. Girls' empowerment and adolescent pregnancy: A systematic review. International journal of environmental research and public health. 2020;17(5): 1-14.
2. Iaimkhong P. Statistics on adolescent births, Thailand 2021. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health; 2021. (in Thai)
3. de la Calle M, Bartha JL, Lopez CM, Turiel M, Martinez N, Arribas SM, Ramiro-Cortijo D. Younger age in adolescent pregnancies is associated with higher risk of adverse outcomes. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(16): 1-11.
4. Kawansu P, Sereethammaphithak P, Khavansu A. Factors affecting unwanted pregnancy in adolescent girls, Nakhon Phanom province. Journal of Environmental and Community Health 2023; 8(1): 324-36. (in Thai)
5. Ahinkorah BO, Kang M, Perry L, Brooks F, Hayen A. Prevalence of first adolescent pregnancy and its associated factors in sub-Saharan Africa. PLoS One. 2021;16(2): 1-16.
6. Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: A multi-level analysis of risk and protective factors. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019;19(1):1-11.
7. Miedema E, Le Mat ML, Hague F. But is it comprehensive? Unpacking the 'comprehensive' in comprehensive sexuality education. Health Education Journal. 2020; 79(7):747-62.
8. Dongarwar D, Salihu HM. Influence of sexual and reproductive health literacy on single and recurrent adolescent pregnancy in Latin America. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2019; 32(5):506-13.

9. Education and Communications, Division of Health Promotion, Health Education and Health Promotion Unit World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland: Geneva; 1998.
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000; 15(3): 259-67.
11. Racine N, Eirich R, Dimitropoulos G, Hartwick C, Madigan S. Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. Child Abuse & Neglect. 2020; 101, 104375.
12. Khaosaard M. Thai people's life in two decades of development. School of Public Policy, Chiang Mai University; 2013. (in Thai)
13. Thaipiboon P, Madiloggovit C. Problems in learning for skipped-generation family to promote child well-being based on the family ecology framework. Journal of Education Studies. 2021; 49(3): 1-15. (in Thai)
14. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison-with nonclinical families. Journal of Medical Association of Thailand. 2006; 89(11):1946-53.
15. Miller W, Ryan E, Keitner I, Bishop S, Epstein B. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment. Journal of family therapy. 2000; 22(2):168-89.
16. Bianchi D, Morelli M, Baiocco R, Cattelino E. Family functioning patterns predict teenage girls' sexting. International Journal of Behavioral Development. 2019; 43(6): 507-14.
17. Ngomsangad Y, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors influencing health literacy related pregnancy prevention among female adolescent students in Si Sa Ket province. The Public Health Journal of Burapha University. 2019; 14(2): 37-51. (in Thai)
18. Seedaket S, Chotchai T. Health literacy of school-age pregnancy prevention and sexual intercourse among high school students in Khon Kaen Province. Journal of Health and Nursing Research, 2021; 37(1): 99-111. (in Thai)
19. Srisathitnarakoon B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software. Bangkok: The Chulalongkorn University Press; 2020 (in Thai)
20. Kirdchok P, Taepakdee J, Chinvararak C. Parent-adolescent relationship patterns of junior high school in Ubonratchathani province and its association with family factors. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2022; 66(4):245-56. (in Thai)
21. Health Education Division. Health literacy scale for unwanted pregnancy prevention of Thai female adolescents. Bangkok: Health Education Division. 2014. (in Thai)
22. Office of the Permanent Secretary. Social situation report for the year. Ministry of Social Development and Human Security. 2022. (in Thai)
23. Portawin T. Strengthening of the warmth for specific family in the Target areas of the warmth family. Journal of Social Work. 2020; 28(1):197-234. (in Thai)
24. Pingwong K, Kaewkanta P, Chaimin U, Pingmuang M. Relationship between self-esteem, health literacy and adolescents' pregnancy preventive behaviors of vocational institutes in Chiang Rai Province. Journal of Nursing and Health Sciences. 2023; 17(1): 1-14. (in Thai)
25. Euamornvanich P. Social media literacy of Thai adolescents in Bangkok Metropolitan. Silpakorn University Journal. 2023; 43(3): 97-109. (in Thai)

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร ช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19

Nurses' Experiences of Caring for Terminally Ill Cancer Patients in Bangkok during the COVID-19 Pandemic

อารยา เจริญกุล¹ บัวหลัน หินแก้ว^{1*} แสงเดือน พรหมแก้วงาม² อัญชลี สุขขัง³ กัลยานี พบครุฑ⁴

Araya Jeranukul¹ Bualun Hinkaew^{1*} Saengduean Phromkaewngam²

Anchalee Sookkhung³ Kalayanee Pobkrut⁴

¹สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

¹Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand 10330

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา พะเยา ประเทศไทย 56000

²School of Nursing, University of Phayao, Phayao, Thailand 56000

³หน่วยพยาบาลแบบประคับประคอง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

³Palliative Care Unit, National Cancer Institute, Bangkok, Thailand 10400

⁴หน่วยบรรเทาทุกข์ โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10600

⁴Palliative Care Unit, Taksin Hospital, Bangkok, Thailand 10600

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้บริหารทางการพยาบาล 4 คน และพยาบาล 22 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัยดำเนินการตามเกณฑ์ของลินคอนและกูปา

ผลการวิจัย พบสาระหลัก 5 ประเด็น คือ 1) การแพร่ระบาดของโควิด 19 เกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรง ต้องใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด และติดเชื้อแล้วอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว 2) การดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด จากการสัมผัสและการสื่อสารลดลง ผู้ป่วยอยู่ลำพังจากไปอย่างโดดเดี่ยว และมีความยากลำบากและขัดแย้ง 3) ยึดมั่นในหลักการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ประเมินและตอบสนองความต้องการอย่างเต็มความสามารถ คงไว้ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณ และใช้ระบบขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ 4) ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้นท่ามกลางภาวะวิกฤต และ 5) เสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้เยียวยาจิตใจและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในงานดูแลระยะท้าย ถอดบทเรียนร่วมกัน และนำบริการสุขภาพทางไกลมาใช้

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรได้รับการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ และควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลระยะท้ายให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: โควิด 19, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, ประสบการณ์ของพยาบาล, การดูแล

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to explore nurses' experiences of caring for terminally ill cancer patients in Bangkok during the COVID-19 pandemic. The informants consisted of four administrative nurses and 22 nurses. Data were collected using focus group interviews and individual in-depth interviews. Data were analyzed using content analysis. Lincoln and Guba's criteria were used to ensure trustworthiness of the findings.

The study findings were identified as five main aspects. The first aspect was that the rapid and severe COVID-19 pandemic led to COVID-19 restrictions and acute worsening of symptoms. The second one was that limitations of terminal care resulted from decreased touching and communication, living and dying alone, and having difficulties and conflicts in terminal care. The third one was adhering to the principle of palliative care such as fully assessing and responding to patients' needs, maintaining spiritual care, and counselling system of specialist. The fourth one was establishing new services during the crisis of COVID-19 pandemic. The last aspect was that voice and feedback of related people suggested healing psychological health and improving capacity of nurses who taking care for terminally ill cancer patients, lesson learned, and using telehealth services.

Recommendations: Nurses should be improved their capacity for terminal care and supported their emotional and psychological health. Telehealth service system should also be used for optimum benefits of terminal care.

Keywords: COVID-19, Terminally Ill Cancer Patients, Nurses' experiences, Care

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือ โควิด 19) ได้แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศและเป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2563¹ การระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ จากอัตราการตายที่สูงขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยระยะท้าย โดยลดการเยี่ยม หรือจำกัดการเยี่ยมสำหรับผู้ป่วยใน² จัดการทรัพยากรมนุษย์และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และเว้นระยะห่าง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการสื่อสารและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์³ ผู้ป่วยถูกแยกออกจากครอบครัวในช่วงระยะท้ายของชีวิต⁴

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงท้ายชีวิตนี้ ด้วยวิธีการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานตั้งแต่ต้นแบบของครอบครัวครอบคลุมการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตและหลังเสียชีวิต⁵ จุดเน้นของการดูแลแบบประคับประคองในช่วงวิกฤตนี้เพื่อการ

บรรเทาความทุกข์ทรมาน การตัดสินใจที่ยากลำบาก และการแก้ไขความทุกข์จากความโศกเศร้า⁶ สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองโดยประกาศให้คำแนะนำการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2564 เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลจัดบริการแบบยุคปกติใหม่ (new normal) โดยใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการประชุมครอบครัวหรือสื่อสารผ่านระบบการสื่อสารออนไลน์⁷

ผู้ป่วยระยะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2 เท่า หากติดเชื้อแล้วมีความรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาระงับจากภาวะวิกฤตและต้องการเตียงในหอผู้ป่วยหนักซึ่งรองรับโดยสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นหลัก และเมื่อการเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลามจะเข้าสู่ระยะประคับประคองที่การดำเนินโรคมายังระยะท้าย อาจมีชีวิตรอด 6-12 เดือน⁷ ผู้ป่วยระยะจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 สูงสุดเมื่อเทียบกับทุกจังหวัด⁸ ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นเขตสุขภาพ

ที่มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากที่สุด โดยพบมากในกลุ่มมะเร็ง
เนื้องอก เช่น มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนัก มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด ตามลำดับ⁹ มะเร็ง
ทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรเขต
กรุงเทพมหานคร¹⁰ มะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น
ได้แก่ มะเร็งหลอดคอและปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี
มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก
นอกจากนี้กรุงเทพมหานครเป็นเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงหนาแน่นกว่าเขตสุขภาพอื่น¹¹
จึงเป็นเขตสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19
ที่มีอาการรุนแรง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พยาบาลมีบทบาท
สำคัญในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้าย
ของชีวิต จึงมีประเด็นคำถามว่า พยาบาลในสถานพยาบาลระดับ
ตติยภูมิขั้นสูงเขตกรุงเทพมหานครมีประสบการณ์ในการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างไรในสถานการณ์การแพร่ระบาด
ของเชื้อโควิด 19 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษา
ระบบการดูแลระยะท้ายในประเทศไทยที่พบว่ายังต้องการ
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง
และเป็นกลุ่มโรคอย่างชัดเจน¹² แต่ยังคงขาดข้อมูลที่เฉพาะ
ในเขตกรุงเทพมหานคร และมีการศึกษาประสบการณ์ของ
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19¹³ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
จากการระบาดของโรคโควิด 19¹⁴ อย่างไรก็ตามยังไม่พบ
การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ของพยาบาลในเขต
กรุงเทพมหานคร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ
พรรณนาเพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด
ของโควิด 19 ซึ่งเป็นการศึกษาข้อเท็จจริงตามธรรมชาติ
สร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งผ่านการให้ข้อมูลจาก
ผู้มีประสบการณ์ตรง โดยพรรณนาถึงประสบการณ์ของใคร
เกี่ยวกับเรื่องอะไร และที่ไหน¹⁵ เน้นการสร้างความสัมพันธ์
ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจนเกิดความเข้าใจความคิด
ประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูล
พื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากยุคปกติใหม่สู่ยุคชีวิตวิถีถัดไป
(next normal)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ท้ายของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครในช่วงการแพร่ระบาด
ของเชื้อโควิด 19

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ
แบบพรรณนา เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขต
กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลตากสิน
และศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 1 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวน 26 คน ประกอบด้วย
ผู้บริหารทางการแพทย์จำนวน 4 คน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล
2 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 2 คน และพยาบาล
จำนวน 22 คน ได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 17 คน
พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน 3 คน และพยาบาลศูนย์บริการ
สาธารณสุข 2 คน เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มพยาบาล คือ
1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 3 ปีขึ้นไป
2) ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมะเร็งหรือในชุมชน และ
3) ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
การจริยธรรมการวิจัยทั้ง 3 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No.1461/2022) สถาบัน
มะเร็งแห่งชาติ (EC COA No.042/2021) และกรุงเทพมหานคร
(E020q/65) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยเคารพความเป็น
บุคคล ดำเนินการวิจัยภายใต้การอนุญาตเก็บข้อมูล
เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยการประชาสัมพันธ์และประสานงานโดย
ผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยได้อย่าง
อิสระ และขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจง
ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมของผู้ให้ข้อมูล การร่วม
วิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ระบุ
เหตุผล การรักษาความลับโดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม
และมีค่าชดเชยการเสียเวลาในการให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยแต่ละ 2 คน สำหรับประสานงานผู้ให้ข้อมูล และนัดผู้ให้ข้อมูลพบผู้วิจัยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) การสนทนากลุ่มผู้วิจัยจัดให้มีสนทนาสองกลุ่ม ๆ ละ 6 คน ผ่านการประชุมออนไลน์ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลาสนทนากลุ่มละ 90 นาที ระหว่างการสนทนาผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่และผ่อนคลาย ภายหลังจากการสนทนากลุ่มแล้วผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุม ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลา 45 - 60 นาที ก่อนทำการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเทปด้วยเครื่องบันทึกเสียง

การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตระหนักถึงการปราศจากการแปลความหรือการนำความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องมาทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล (bracketing) และมีการจดบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันในทีมผู้วิจัยหลังสัมภาษณ์ มีการขอสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย เพื่อถามเพิ่มเติมจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่ เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2564 - สิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก ทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์เชิงลึกและดำเนินการสนทนากลุ่ม และทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่มีความเห็นต่างจะขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะเร่งเนื่องจากที่อยู่ในระยะท้าย

3) แนวทางในการสนทนากลุ่มในกลุ่มพยาบาล เป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ได้แก่ จากการมีโรคระบาดของโควิด 19 เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือไม่ อย่างไร

4) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารและพยาบาล ยกตัวอย่าง 1) การดูแลระยะท้ายช่วงโควิด 19 เป็นอย่างไร 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อส่งผลกระทบต่อระบบ

การดูแลระยะท้ายหรือไม่ อย่างไร 3) โรงพยาบาลมีแผนรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไรเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการ

5) แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์

6) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 2 เครื่อง เพื่อบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์ทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)¹⁶ ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรง โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปมาฟังอ่านข้อความที่ได้จากการจดบันทึกและการถอดข้อความที่ได้จากการบันทึกเทปที่ละเอียดประโยค (transcribed verbatim) จากนั้นทำการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงกำหนดรหัสและจัดลำดับหมวดหมู่ในสาระที่คล้ายคลึงกัน ทวนซ้ำเพื่อหาประเด็นในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปและเป็นการทบทวนความเพียงพอของข้อมูล เขียนสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลด้วยการนำมาเรียงเรียง พรรณนา และนำบทสนทนา (quotations) มาประกอบการบรรยาย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของการศึกษาด้วยเกณฑ์ของลินคอนและกูปา¹⁷ โดยการตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือ (credibility) ของผลการศึกษาทั้งในประเด็นของความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (confirmability) โดยสรุปสาระภายหลังการสัมภาษณ์ทุกราย และนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สรุปความได้ภายหลังการถอดเทปไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องในบางราย (member checking) ทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์เนื้อหา และนำผลการวิเคราะห์ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบความตรงของข้อมูล (peer debriefing) จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน

รายงานการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ร้อยเรียงข้อความบทสนทนาประกอบการบรรยายระบุสัญลักษณ์ N (nurse) แทนพยาบาล สัญลักษณ์ AD (administrator) แทน ผู้บริหารทางการพยาบาล และกำหนดตัวเลขกำกับผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล

ผลการวิจัย

สาระของประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มี 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การแพร่ระบาดของโควิด 19 เกิดขึ้นรวดเร็ว และรุนแรง

การแพร่กระจายเชื้อเกิดขึ้นรวดเร็วและควบคุมได้ยาก การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 มาจากหลายทิศทาง ผู้ป่วยที่มารักษาเคมีบำบัดได้รับเชื้อจากโรงพยาบาล พยาบาลรายหนึ่งเล่าว่า “เค้ามารักษาเคมีบำบัด แต่เค้าได้โควิดกลับบ้าน ...” (N15) หรือญาติผู้ป่วยเป็นผู้นำเชื้อมาแพร่กระจาย “ที่ผ่านมา ที่ ward เจอสถานการณ์ญาติที่เฝ้าเป็นโควิด พอญาติเป็นแล้วผู้ป่วยก็ติด แล้วก็พากันติดทั้ง ward มีอยู่รอบหนึ่งเป็นสิบกว่าคนทั้งวอร์ด ... ปิด ward เป็น ward โควิดไปเลย” (N9) ส่งผลให้พยาบาลได้รับเชื้อจากที่ทำงาน “บุคลากรหลายคนก็เป็นโควิดจากการทำงานเหมือนกัน” (N15)

ใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด การควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในช่วงแรกต้องใช้มาตรการเข้มงวด โดยการคัดแยกผู้ป่วย การแบ่งโซน การงดเยี่ยม และงดงานเยี่ยมบ้าน

การคัดแยกผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน “ถ้ากรณีพบติดเชื้อที่ฉุกเฉินอยู่แล้ว เราก็จะไม่ได้รับเข้า (หอผู้ป่วย) ตั้งแต่แรก” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 2) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ติดเชื้อจะย้ายไปที่ Cohort ward “...คนไข้ที่เป็นโควิดแล้วหมอคุยแบบ Palliative จะย้ายจากวอร์ดหรือจาก ICU เข้า Cohort ward” (AD1) หรือบางแห่งมีการแบ่งโซน “...ในช่วง...ที่...โควิดระบาดหนัก ๆ จะแบ่งเป็นสองโซน...โซนโควิดกับโซนคนไข้ไม่ได้เป็นโควิด ส่วนโซนที่คนไข้ไม่ได้เป็นโควิดจะมีญาติเฝ้าหนึ่งคน แต่ว่าจะไม่ให้ญาติ (คนอื่น) เยี่ยมเลย” (N9)

การงดเยี่ยมเกิดขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดหนัก “นโยบายของโรงพยาบาล คือ ห้ามเยี่ยม” (AD1) และปรับวิธีเยี่ยมโดยให้เยี่ยมผ่านกล้องวงจรปิด “ให้ญาติขึ้นมาคุยที่ Nurse's station....จะมีกล้องวงจรปิดแล้วให้ญาติดูว่าตอนนี้เป็นยังไง” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1) บางรายมีโอกาสดูสนทนาผ่านวิดีโอคอล “เราจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยผ่าน VDO conference ผ่านไลน์ ถ้าไม่มีโทรศัพท์ก็ใช้ของ ward” (N1) ญาติสอบถามอาการกับแพทย์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “...มีการแอตไลน์ ให้ญาติถามอาการกับหมอ.... คือเขา (หมอ) จะคุยกับญาติเป็นระยะ” (N10) และงดงานเยี่ยมบ้าน “งานเยี่ยมบ้านงดไว้ก่อนและใช้โทรศัพท์ติดตามและประสานกับ

แหล่งบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ” (AD3)

ติดเชื้อมแล้วอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าเมื่อติดเชื้อแล้วจะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว “คนไข้ระยะท้ายที่เป็นมะเร็ง พอเจอโควิดบูบอาการเขาจะทรุดเร็วมาก” (N10) ติดเชื้อที่ปอดแล้วเสียชีวิตเร็ว “คนไข้ palliative care...ยังระยะท้าย...ลงปอดทุกเคส ลักพักหนึ่งไม่กี่วันก็จะใส่ tube (Endotracheal tube) แล้วไม่กี่วันก็เสียชีวิต.” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 2) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเร็ว ยากที่จะทำให้ยอมรับได้ พยาบาลกล่าวว่า “บางทีอาการมันขึ้นมึน ประเมินช้า...เขาไม่ทันได้เตรียมตัวว่าเขาจะเป็นเคส palliative เลย.. บางทีมันเร็วเกินไปที่จะยอมรับได้ ณ ตอนนั้น” (N10)

ประเด็นที่ 2 การดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด

การดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยมะเร็งมุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี การบริหารจัดการเพื่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทำให้คุณภาพการดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด

การสัมผัสและการสื่อสารลดลง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต้องยึดหลัก “จำกัดเวลาให้การพยาบาล ลดการสัมผัส” พยาบาลกล่าวว่า “การดูแลคนไข้ระยะท้ายที่ใส่ท่อเรามีเวลาจำกัดในการเข้าไปทำหัตถการ แค่อารมณ์ทางกายก็หมดเวลาแล้ว” (N10)

การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง และใช้ทักษะ “soft skills” ลดลง

“... แนวทางในการเฝ้าระวัง คือการสัมผัสให้น้อยที่สุด และเราต้องใส่ชุด PPE เต็มยศเข้าไป contract ผู้ป่วย....soft skills ที่เราจะใช้...ไม่ได้เอาไปใช้...เพราะว่าเห็นหน้าไม่ได้ การสัมผัสน้อยลงมาก การเว้นระยะห่างยังคงอยู่” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1)

อยู่โดยลำพัง จากไปอย่างโดดเดี่ยว มาตรการการงดเยี่ยมทำให้ญาติไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด พยาบาลเล่าว่า “...คนไข้ประคับประคอง เวลาที่เขาอยู่ในระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เขาก็ต้องการญาติ support ในเวลาที่เขาวิกฤต...โควิด... ญาติเยี่ยมไม่ได้ ..มาเจอคนไข้ไม่ได้ทุกวัน.” (N9)

ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตโดยไม่มีญาติอยู่ข้างกาย “โควิดช่วงแรก คน (ติดเชื้อ) ที่อาการหนักแล้ว dead แน่ ๆ...คือ.. Lonely จริง ๆ....ไม่ได้คุย แม้แต่การสัมผัสก็ไม่ได้...ลากันผ่านกล้อง....แล้วญาติมายืนร้องไห้กันอยู่ข้างนอก...”

(การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งใน
กลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ “..บรรยากาศในช่วงนี้ไม่อบอุ่นเลยคะ
คือ..คนไข้โควิดกับคนไข้มะเร็งช่วงโควิด...ช่วง end of life ...
คือ lonely เหมือนกัน..” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 2)

มีความยากลำบากและขัดแย้งในการดูแลระยะท้าย
พยาบาลมีหน้าที่ในการคัดกรอง เมื่อต้องประสานงานในการทำ
family conference จึงมีความยากลำบาก “จะทำ family
meeting ก็ต้องโทรหาญาติคนไข้เพื่อที่จะนัดมาคุยกับหมอ
...และก็จำกัดคน....และต้องมีการตรวจ ATK” (N17)

พยาบาลรู้สึกยากลำบากและขัดแย้งในใจกับการงด
เยี่ยม “ตอนนั้นเป็นความขัดแย้งในจิตใจตัวเอง กฎคือห้ามเยี่ยม
แต่คนไข้จะเสียชีวิต มันก็ต้องตัดสินใจและกลัวหาญาติจะให้
เยี่ยม” (N10)

การเปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายทำให้
มีความขัดแย้งกับญาติของผู้ป่วยรายอื่น “คนไข้ระยะสุดท้าย
ใกล้เสียชีวิต ให้ญาติเข้าเยี่ยม เติงอื่นไม่เข้าใจ ทำไมเข้าเยี่ยม
ได้ล่ะ?” (N3) หรือเกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยรายอื่น “บางที
คนไข้คนอื่นไม่เข้าใจ..งดยเยี่ยม....แล้วทำไมคนไข้ญาติมาได้...”
(N8)

ประเด็นที่ 3 ยึดมั่นในหลักการดูแลแบบประคับ ประคอง

ภายใต้ข้อจำกัดในการดูแลระยะท้ายในช่วงการแพร่
ระบาดของโควิด 19 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองคือ
หัวใจสำคัญที่พยาบาลนำมาใช้ในการดูแลระยะท้าย

ประเมินและตอบสนองความต้องการเต็มกำลัง
ความสามารถ สอบถามความต้องการและช่วยเหลือให้มากที่สุด
เท่าที่จะทำได้ “เราก็จะพยายามคุยกับคนไข้ว่าอยากทำอะไรใน
ตอนสุดท้ายนี้ ก็พยายามทำให้ได้เต็มที่เท่าที่สามารถทำได้”
(N10)

ให้การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทั้งร่างกายและจิตสังคม
“อะไรที่พอช่วยบรรเทาอาการได้.... ก็ทุกอย่างที่สามารถ
support...อยากคุยกับญาติคนไหนก็ช่วยเหลือทุกอย่าง” (N1)

หาโอกาสให้มีการกล่าวอำลาแม้เวลาเยี่ยมจะลดลง
และเสริมสร้างมุมมองให้ญาติ “ช่วงโควิด รายที่ palliative
หนูจะพยายามให้เขาได้พูดคุยสังเสียดกัน...และชวนญาติมองว่า
“ความโศกเศร้าที่พ่อแม่หรือคนในครอบครัวต้องจาก...เขายังมี
โอกาส มีเวลาได้สังเสียดมากกว่าผู้ป่วยโควิดในตอนนั้น” (N8)

คงไว้ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลตาม
ความเชื่อและศรัทธามีความสำคัญในช่วงวาระสุดท้ายของ

ชีวิต จึงต้องทำให้ผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอล “ผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต
แล้ว นับถือศาสนาอิสลามญาติอยู่หน้าวัดเข้าไปไม่ได้ ก็โทร
ศัพทวิดีโอคอลคุยกับผู้นำศาสนาของเขา ทำพิธีผ่านทาง
วิดีโอคอล พยาบาลช่วยถือกล้อง” (N9)

จัดกิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ป่วยทดแทน
กิจกรรมบางอย่างที่ขาดหายไป “เดิมจะมีพระพุทธรูประฆัง
เตี้ยร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ มีการจัดอโหสิกรรมกับ
ครอบครัวอย่างนี้.. แต่พวกนี้มันหายไป เราก็จัดกิจกรรมที่เป็น
สิ่งยึดเหนี่ยวอื่นแทน ทำสังฆทานกรวดน้ำแทน” (N2)

ใช้ระบบการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ
ขอคำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากหน่วยประคับประคอง
และได้รับคำแนะนำการดูแลด้านจิตใจ “มี consult palliative
ด้วยคะ..เราก็จะใส่ PPE ...เห็นแต่ลูกตา อาจารย์เขาแนะนำว่า
ให้เรารูปหน้าตัวเองที่กำลังยิ้ม ดิดหน้าอกเข้าไปหาคนไข้
คนไข้จะได้จำได้ว่าคนนี้ดูแลเราอยู่นะ...ทำให้เขารู้สึกดีขึ้น..”
(การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1)

ประเด็นที่ 4 ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้น ท่ามกลางภาวะวิกฤต

ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้นเพื่อให้บริการ
สุขภาพดำเนินการได้ในสถานการณ์การแพร่ระบาด เช่น
ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการให้บริการในคลินิก “ให้คนไข้แอดไลน์
คลินิก คุยกับเราได้ทางไลน์ ว่าเป็นโควิดและให้คนอื่นมารับยา
แทน” (N14)

ปรับระบบการจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่บ้านได้นานขึ้นทำให้
ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง “ในช่วงระบาดหนัก
เราขออนุญาตจาก อย. ในการส่งยาเสพติดทางไปรษณีย์
ขออนุมัติเบิกยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยได้นาน 1 เดือน โดยประเมิน
ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง มีใบรับรองแพทย์และใบกำกับการจ่ายยา”
(N15) ร่วมกับใช้ระบบการแพทย์ทางไกล “ผู้ป่วยที่มีความปวด
จะใช้ระบบ Telemedicine ในการประเมินก่อนจ่ายยา” (AD3)

การใช้ระบบการประชุมทางไกลในการแจ้งข่าวผู้ป่วย
แก่ญาติ “กรณีที่แพทย์ต้องการแจ้งแผนการรักษาจะใช้ระบบ
VDO conference” (AD2) นำเทคโนโลยีมาใช้ในการเยี่ยมบ้าน
ด้วยระบบ Tele-nursing “...เอา tele- nursing เข้ามาช่วย
เยี่ยมเคสที่ค่อนข้างจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม
อาการ” (N21) และนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ญาติในการ
ดูแลผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิตที่บ้าน “คนไข้เสียชีวิตที่บ้านคะ..ใช้ระบบ
Tele-consult คุยกับญาติ.. คนไข้ air hunger นะ...เค้าจะไป
แล้วนะ..บอกญาติให้ใจเย็นๆ ส่งคนไข้ไปสวรรค์นะ..ดูแลพูดคุย

ด้วยจนหมดลม แล้วแนะนำให้แจ้งตำรวจ” (N22)

ประเด็นที่ 5 เสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เยียวยาจิตใจและพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 มีการมอบหมายให้พยาบาลกลุ่มหนึ่งที่ยินดีดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ระยะท้าย การดูแลระยะท้ายอย่างต่อเนื่องทำให้พยาบาลมีภาวะเครียด “สิ่งที่มีปัญหาตามมาคือ นื่องร้องไห้ ผันร่าย..อยากไปดูแลคนไข้ที่มีหวังบ้าง คือ นื่องดูแลไม่ไหว อยากพัก ...เราต้องดูแล” (AD1)

งานดูแลระยะท้ายเป็นงานเฉพาะด้านที่ต้องผ่านการฝึกฝน มีการเตรียมบุคลากรและพัฒนาสมรรถนะให้เกิดความเชี่ยวชาญ “ต้องพูดคุยกับน้องพยาบาล ว่าใคร willing ที่จะมาดูแล....การที่จะดูแลคนไข้ระยะท้ายมันไม่ใช่ใครก็ได้ ต้องมีการกำหนด criteria ... ต้องมีการ train..เราต้องเตรียมคน..” (AD1)

ถอดบทเรียนร่วมกัน สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 บางหน่วยงานได้ร่วมกันถอดบทเรียนงานบริการเพื่อเป็นแนวทางในการตั้งรับสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคต “มีการถอดบทเรียน... ถ้าเกิดว่ามันมีวิกฤตเกิดขึ้นมาอีก ก็จะทำเอาแบบเดิม (ที่เคยทำมา) มาปรับใช้” (N22)

นำระบบให้บริการทางไกลมาใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลภายใต้ข้อจำกัดในการเดินทางและการป้องกันการติดเชื้อ “ใช้ telemedicine ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อประสิทธิภาพ และลดการติดเชื้อ...และใช้ VDO calling เพื่อที่จะเชื่อมต่อสื่อสารกับผู้ป่วยกับครอบครัว เนื่องจากข้อจำกัดการเดินทาง ถูกแยก และจำกัดคนเยี่ยมไข้” (AD4)

การอภิปรายผลการวิจัย

การแพร่ระบาดของโควิด19 เกิดขึ้นรวดเร็ว เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข¹ จึงเป็นสถานการณ์ที่ควบคุมได้ยากต้องใช้มาตรการควบคุมการแพร่กระจายอย่างเข้มงวด โดยงดการเยี่ยม หรือจำกัดการเยี่ยมสำหรับผู้ป่วยใน² การเว้นระยะห่าง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งบ่งชี้ถึงความรุนแรง อาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและเสียชีวิตในที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและหากติดเชื้อโควิด19 แล้วมีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่และการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป⁷

การดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด เนื่องจากการสัมผัส

และการสื่อสารลดลง การแยกผู้ติดเชื้ออยู่ในห้องแยกหรือการงดเยี่ยมในช่วงระบาดหนักทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายต้องอยู่โดยลำพัง ทำให้เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว เป็นเหตุการณ์ที่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการแยกกันไว้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด19 ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานจากบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และบางรายได้รับการสัมผัสหรือการพูดคุยน้อยมาก¹⁸

พยาบาลยึดหลักของการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อบรรเทาทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นความต้องการลำดับต้นของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยรับมือกับความเจ็บป่วยได้¹⁹ รวมถึงประเมินและตอบสนองความต้องการเติมกำลังความสามารถสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด19¹³ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทุกอย่างเท่าที่ทำได้ให้โอกาสผู้ป่วยได้รำลึกกับครอบครัว

ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้นท่ามกลางภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารให้บริการทางสุขภาพ เช่น Telemedicine หรือ Tele-nursing ซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ของงานบริการในยุคปกติใหม่⁷ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่จะใช้เพื่อการสื่อสารเป็นหลักควรพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเพื่อลดการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ เช่น การติดตามสุขภาพทางไกลที่มีระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือการเฝ้าติดตามสุขภาพทางไกลที่สามารถส่งข้อมูลสุขภาพมาที่ทีมสุขภาพได้²⁰ เป็นต้น

เสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือสนับสนุนและเยียวยาทางด้านจิตใจของพยาบาลที่ดูแลระยะท้ายเนื่องจากต้องอยู่กับความทุกข์จากการสูญเสียอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีอาการเหนื่อยล้า อารมณ์เปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงมีความต้องการจัดการกับอารมณ์โดยการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน มีที่ปรึกษา²¹ และการถอดบทเรียนเพื่อนำมาปรับใช้กับสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคตนั้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่าการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายระบบบริการของหน่วยบริการตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19²² ซึ่งปัจจุบันมีการกำหนดแนวทางการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยโควิด19 สำหรับสถานพยาบาล²³ ที่ครอบคลุมการแนวปฏิบัติตั้งแต่ที่บ้าน

ถึงสถานพยาบาลทุกระดับ และการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. งานดูแลแบบประคับประคองเป็นงานเฉพาะด้าน จึงควรมีการเตรียมบุคลากรและจัดระบบดูแลสนับสนุนทางอารมณ์และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. นำงานบริการสุขภาพในยุคปกติใหม่มาปรับใช้ในการดูแลระยะท้ายต่อไป เช่น Tele-nursing ระบบแพทย์ทางไกล และพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพในการใช้งานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
3. กำหนดแนวปฏิบัติจากการถอดบทเรียนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการเมื่อมีสถานการณ์โรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการพัฒนาบบบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลระยะท้ายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินกองทุนเฉลิมพระเกียรติ สภาวิชาชีพ และเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องสถานการณ์การดูแลระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

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. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. Canadian Medical Association Journal. 2020;14;192(15):E400-4. doi: 10.1503/cmaj.200465.
3. Tavares P, Rodrigues C, Neto IG. The impact of COVID-19 on palliative care: perspective of healthcare professionals. Cureus 2021;13(11): e19522. doi:10.7759/cureus.19522
4. Ersek M, Smith D, Griffin H, Carpenter JG, Feder SL, Shreve ST, et al. End of life care in the time of COVID-19: communication matters more than ever. Journal of Pain and Symptom Management. 2021; 6(2):213-22. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024
5. Pakongruk Palliative Care Center, Rajavithi Hospital. Guidelines for palliative care and end-stage; 2021. (in Thai)
6. Mokcharoenphong C. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving life (Episode 1). Thai Journal of Critical Care Medicine; 2020; 28(1):14-6. (in Thai)
7. Department of Medical Services. Medical announcement on compliance with supportive care for coronavirus disease 2019. Department of Medical Services; 2021. (in Thai)
8. Department of disease control, Ministry of Public Health. Report on the 2019 Coronavirus Disease Situation by the Emergency Operations Center, Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
9. National Cancer Institute. Hospital-based Cancer Registry 2021. Bangkok; Medical Record and Databased Cancer Unit, Medical Digital Division National Cancer Institute; 2022. (in Thai)
10. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. [Internet]. Public health statistics A.D.2021.

11. Health Systems Research Institute, and National Health Security Office [Internet]. Proposal of guideline regarding development of health system administration in special health area, Bangkok; 2023 (in Thai)
12. Srirattanaball J, Chatkaew P, Srirattanaball P, Ngamkiatpaisarn S, Manatwanich P, Rattananupong T, et al. Guidelines for developing hospice care in Thailand: care options for the quality of life of terminally ill patients. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2018. Research Center for Health Service System Development (TRC-HS), and Faculty of Medicine Chulalongkorn University and the Academic Service Center of Chulalongkorn University. (in Thai)
13. Yongchaiyoot P, Oumtane A. Nurse's Experience of Caring for Patients with COVID-19. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(2): 162-70. (in Thai)
14. Chen SC, Lai YH, Tasty AL. Nursing perspective on the impacts of COVID-19. *Journal of Nursing Research*. 2020;28(3):1-5. doi:10.1097/NRJ.0000000000000389.
15. Lambert VA, Lambert CE. Qualitative descriptive research: an acceptable design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2012;16(4):255-6.
16. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 4thed. Chichester. West Sussex; John Wiley & Sons. 2017.
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA); SAGE; 1985.
18. Podgorica N, Rungg C, Bertin B, Perkhofer S, Zenzmaier C. End of life care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study on the perspectives of nurses and nurse assistant. *Nursing Open*. 2023;3881-91. doi:10.1002/nop.2.1646.
19. Diego-cordero RD, Lopez-Gomez L, Lucchetti G, Badanta, B. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing Outlook*. 2022;64-77. doi:10.1016/j.outlook2021.06.017
20. Mangklakeree N, Mangklakeree T. Telehealth: Alternative self-management promotion in people with diabetes during COVID pandemic. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(2):1-9. (in Thai)
21. Dijkhoorn AFQ, Brom L, Linden YMD, Leget C, Raijmakers NJH. Healthcare professionals' work-related stress in palliative care: a cross-sectional survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(3):e38-45. doi: 10.1016/j.jpainsymman.
22. Sarakshetrin A, Wongwiwat N, Chuenklin T, Sriyasak A, Kaeowichian N, Nimwatanakul S, et al. Policy synthesis for tertiary health services systems in the situation of Corona 2019 (COVID-19) pandemic in Bangkok metropolitan region. Phetchaburi: Moom Nueng Printing; 2022. Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. (in Thai)
23. Department of Medical Services, Ministry of Public Health [Internet]. Guidelines for organizing services to care for COVID-19 patients for healthcare facilities, 3rd revised edition 2023.

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัย โดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล

Effects of Simulation-Based Learning on Clinical Decision Making Abilities,
Secure Communicate Using ISBAR, and Nursing Practice for Patient Safety
of Nursing Students

พรนิภา วงษ์มาก พัทธินยา เชียงตา ชิดชนก พันธุ์ป้อม ณัฏฐ์นรี คำอุไร

Pornnipa Wongmak* Patchaneeya Chiengta Chidchanok Phanpom Natnari Khamaurai
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 18000
Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,
Ministry of Public Health 18000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 114 คน ดำเนินการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจำนวน 2 สถานการณ์ ครั้งละ 60 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก 2) แบบประเมินการสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และ 3) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.90, 0.80 และ 0.83 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.96, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติบรรยายและการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง เป็นการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาเพื่อให้นักศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง, การตัดสินใจทางคลินิก, การสื่อสารอย่างปลอดภัย, การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

Corresponding Author, E-mail: pornnipa@bcns.ac.th

วันที่รับ (received) 9 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.ค. 2566

Abstract

This study was quasi-experimental with one group pretest-posttest design. The purpose of this research aimed to investigate the effects of simulation-based learning on clinical decision making abilities, secure communicate using ISBAR, and nursing practice for patient safety of nursing students. The study sample consisted of 114 students. They taught by the simulation-based learning including 2 situations and each situation consumed 60 minutes. The instruments used in this study were composed of clinical decision making abilities, secure communicate using ISBAR, and nursing practice for patient safety questionnaires. The content validity was 0.90, 0.80, 0.83 and reliability was 0.96, 0.92 and 0.92, respectively. Those were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results revealed that nursing students who were taught using the simulation based learning had the mean clinical decision-making ability, secure communicate using ISBAR, and nursing practice for patient safety after the experiment was higher than before the experiment with a statistical significance ($p < .05$). It is suitable for the current situation in developing nursing practice skills for students so that they can practice nursing with quality and safety for clients.

Keywords: simulation based learning, clinical decision making, ISBAR, nursing practice for patient safety

บทนำ

ปัจจุบันวิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงได้นำมาใช้พัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้ที่เลียนแบบสถานการณ์จริงสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำๆ หลายครั้งเพื่อเพิ่มความมั่นใจและเพิ่มทักษะการปฏิบัติให้ดีขึ้นก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง¹ และยังเป็นวิธีการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและมีโอกาสพบได้น้อย ผู้เรียนบางคนอาจจะขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งวิธีการเรียนรู้นี้จึงเป็นวิธีที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกคน และที่สำคัญไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้² ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ ความพึงพอใจในการเรียน การคิดวิเคราะห์และความมั่นใจในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Jeffries³ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation Based Learning) เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่คล้ายสถานการณ์จริงในคลินิก ซึ่งผู้เรียนจะต้องแสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่กำหนด เป็นการส่งเสริมการฝึกทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยผู้สอนจะเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ในกระบวนการเรียนและสรุปผลการเรียนรู้และสะท้อนคิดให้กับผู้เรียน⁴ ผู้เรียนจะ

เรียนรู้ตามกระบวนการสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นนำ (prebrief) เป็นการปฐมนิเทศและการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเรียนรู้ 2) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์ (scenario) เป็นการแสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่กำหนด และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debrief) เป็นการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลอง เป็นขั้นตอนที่สำคัญ ซึ่งการสรุปผลการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิดและสะท้อนกลับ การกระทำของผู้เรียนในขณะดำเนินสถานการณ์ จะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดของ Jeffries³

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงพบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยมีการประเมินความรู้ ความมั่นใจในตนเอง การสะท้อนคิด และการตัดสินใจทางคลินิก แต่การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีจำนวนน้อย⁵⁻⁷ ประกอบกับผลการประเมินการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ 6 ด้านของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2564 พบว่า ด้านทักษะทางปัญญามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด⁸ จากผลการประเมินจึงควรมีการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์จากการตัดสินใจทางคลินิกและการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริม

ให้ผู้เรียนใช้ทักษะทางปัญญา⁹ สำหรับการสื่อสารอย่างปลอดภัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า การขาดความรู้ด้านการสื่อสารอย่างปลอดภัยเป็นหนึ่งในสาเหตุของความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อคุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วย¹⁰ โดยมาตรฐานการพยาบาลจะคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญจึงควรมีการให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อเป็นการเพิ่มความปลอดภัยและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่ต้องดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและเร่งรีบเพื่อให้ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต จึงมีโอกาสผิดพลาดได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาทักษะดังกล่าวของนักศึกษาพยาบาล และสนใจศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาโดยเฉพาะวิชาในภาคปฏิบัติ

ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก เป็นความสามารถเกี่ยวกับการสรุปความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการหรือการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลหรือการประยุกต์ใช้การพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อตอบสนองของผู้รับบริการ^{11, 12} ซึ่งการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการให้ผู้เรียนได้เผชิญกับปัญหาซึ่งต้องมีการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในแต่ละสถานการณ์ เป็นการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของผู้เรียน⁷ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว¹³ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

การสื่อสารอย่างปลอดภัย เป็นการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบ ISBAR (Identify = การระบุชื่อ ระบุตัวผู้รายงาน/ตัวผู้ป่วย, Situation = สถานการณ์ที่ต้องรายงาน, Background = ข้อมูลและประวัติที่เกี่ยวข้อง, Assessment = การประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยของพยาบาล, Recommendation = ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง)^{14, 15} อีกทั้งการสื่อสาร

ทางการพยาบาลมีความสำคัญในการช่วยให้รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และสามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาร่วมวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่ทันจากภาวะคุกคามของชีวิต โดยการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และมีทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น¹⁶

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติพยาบาลควรมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤติ จึงควรมีการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญเพื่อลดโอกาสความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะด้านต่างๆให้กับผู้เรียนและเป็นเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น¹⁷ ดังนั้น การเตรียมตัวให้นักศึกษาได้มีความรู้ มีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก รวมทั้งได้พัฒนาทักษะความสามารถในการสื่อสารที่ดี จะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

สำหรับวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เป็นรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยง และมีโรคร่วมในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด มีความซับซ้อนในการให้การดูแลรักษา ดังนั้นการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง ต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพื่อให้นักศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษา

พยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The nursing education simulation framework) ของ Jefferies³ มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียน 2) สถานการณ์ทางคลินิกที่เสมือนจริง 3) ความซับซ้อนของสถานการณ์ 4) การให้ข้อมูลชี้แนะสถานการณ์ และ 5) การสรุปผลการเรียนรู้ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb & Kolb¹⁸ (Experiential learning theory) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การทดลองปฏิบัติ 2) การสะท้อนคิด 3) สรุปความรู้รวบยอด และ 4) ผู้เรียนลงมือปฏิบัติอีกครั้ง เพื่อนำมาออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Jefferies³ ในขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ การดำเนินสถานการณ์ทางคลินิกที่เสมือนจริงโดยมีความซับซ้อนของสถานการณ์ และระหว่างดำเนินการจะมีการให้ข้อมูลชี้แนะสถานการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติตามสถานการณ์และได้เรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และขั้นตอนสุดท้าย คือ การสรุปผลการเรียนรู้ อ้างอิงจากทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb & Kolb¹⁸ เป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์โดยการสะท้อนคิด และการสรุปความรู้รวบยอด ร่วมกันระหว่างผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ ทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์ที่ผ่านมา และให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติอีกครั้ง ทำให้ผู้เรียนได้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้และทักษะต่างๆ ให้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทั้ง 2 แนวคิด มาเชื่อมโยงในการออกแบบและดำเนินการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบศึกษา

กลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตปี 4 และกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตปี 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 จำนวน 114 คน ได้รับการจัดกลุ่มโดยการคละเกรดเฉลี่ย ทั้งหมด 15 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 คน โดยมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่ยินยอมในการร่วมการวิจัย 2) ไม่อยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์และการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขนำข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อควบคุมให้หุ่นมีการเปลี่ยนแปลงตามฉากที่กำหนด นำไปทดสอบความสมบูรณ์ของโปรแกรม และนำไปปรับแก้ไขสถานการณ์ก่อนนำไปใช้จริง โดยแต่ละสถานการณ์จะประกอบด้วยฉาก 3 ฉาก ได้แก่ ระยะเริ่มแรก ระยะวิกฤต และระยะฟื้นตัว โดยมีจำนวน 2 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และ 2) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ และเกรดเฉลี่ยสะสม 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้แก่ เคยผ่านการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหรือไม่ และระดับวิชาที่เคยเรียน

- 2) แบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการประเมินความสามารถของผู้เรียนในการตัดสินใจทางคลินิกโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การ

รวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 2) การกำหนดปัญหา 3) การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การสะท้อนคิดอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคำตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

3) แบบประเมินการสื่อสารอย่างปลอดภัย โดยใช้ ISBAR เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการประเมินการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลตามหลัก ISBAR (Identify – Situation – Background – Assessment – Recommendation) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคำตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

4) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความปลอดภัย ได้แก่ การระบุตัวตนของผู้รับบริการ การตรวจสอบสัญญาณชีพ การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ การบริหารยา การป้องกันความปลอดภัยของผู้รับบริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคำตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน¹⁹

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก/ การสื่อสารอย่างปลอดภัย/ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.00 หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก/ การสื่อสารอย่างปลอดภัย/ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก/ การสื่อสารอย่างปลอดภัย/ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก/ การสื่อสารอย่างปลอดภัย/ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก/ การสื่อสารอย่างปลอดภัย/ การปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสู่ศาสตร์และการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสู่ศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน นำสถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และ 2) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ และนำแบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก แบบประเมินการสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.90, 0.80 และ 0.83 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กำลังฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 จำนวน 30 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี เลขที่ 8/ 2565 วันที่ 28 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ในการถอนตัวจากวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อลงในแบบสอบถาม และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะจำนวน 3 คน ซึ่งทั้งหมดผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนเรียนใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด 30 นาที

3. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 คน แบ่งเป็น 15 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มย่อยจะได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้ง 2 สถานการณ์ โดยใช้เวลาในการเรียนรู้สถานการณ์ละ 1 ชั่วโมง รวมใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง โดยนักศึกษาแต่ละกลุ่มย่อยแสดงบทบาทในสถานการณ์ และหมุนเวียนกันแสดงบทบาทเป็นหัวหน้าเวร 1 คน หัวหน้าทีม 1 คน และสมาชิกทีม 2 คน

3. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงใช้ระยะเวลาประมาณ 60 นาที แต่ละสถานการณ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ชี้นำ เป็นการปฐมนิเทศ และการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเรียนรู้ 10 นาที 2) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์ เป็นการแสดงบทบาทตามสถานการณ์ 20 นาที และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ เป็นการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองโดยใช้ GAS model 30 นาที

4. หลังเสร็จสิ้นการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สถานการณ์ที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปความรู้รวบยอดหลังจากการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่ 1 เมื่อทุกกลุ่มเรียนในสถานการณ์ที่ 1 เสร็จสิ้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง ในสถานการณ์ที่ 2 จนครบขั้นตอน

5. เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง ทั้ง 2 สถานการณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

จำนวน 4 ชุด ซึ่งเป็นชุดเดียวกับแบบสอบถามก่อนทดลองใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้ในการตัดสินใจทางคลินิก ความปลอดภัยของผู้ป่วย และทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระ (Paired Sample T-test) ซึ่งข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยการแจกแจงของกลุ่มตัวอย่างเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) และข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยของความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความปลอดภัย และความสามารถในการสื่อสารอย่างปลอดภัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 114 คน เป็นเพศหญิง 108 คน เพศชาย 6 คน เกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.50-2.99 ร้อยละ 62.27 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยมีประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง (n = 114)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		95% CI		t
	M	SD	M	SD	Lower	Upper	
การตัดสินใจทางคลินิก	3.74	0.58	4.60	0.42	-.996	-.739	-13.34**
การสื่อสารอย่างปลอดภัย	3.81	0.63	4.52	0.50	-.852	-.569	-9.98**
การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.97	0.56	4.73	0.37	-.893	-.639	-11.92**

** p < .001

2. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ดังตาราง

2.1 ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ($M = 4.60$, $SD = 0.42$) สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ ($M = 3.74$, $SD = 0.58$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.34$, $p < .001$)

2.2 การสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ($M = 4.52$, $SD = 0.50$) สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ ($M = 3.81$, $SD = 0.63$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.98$, $p < .001$)

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ($M = 4.73$, $SD = 0.37$) สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ ($M = 3.97$, $SD = 0.56$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.92$, $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง¹³ พบว่าการจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างปลอดภัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ด้านความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยในการตัดสินใจทางคลินิกมากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสถานการณ์จำลองที่ให้นักศึกษาได้เรียนรู้ทั้ง 2 สถานการณ์เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องรับแรงในการประเมิน ซึ่งผู้เรียนต้องระบุปัญหา และตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในขั้นตอนการ Debrief ผู้สอนจะใช้กระบวนการสะท้อนคิด โดยให้นักศึกษาสรุปผลการเรียนรู้ด้วยการบันทึก

การสะท้อนคิด ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้จากสถานการณ์ไปสู่ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก²⁰ และอภิปรายเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อให้ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ซึ่งการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาระบวนการตัดสินใจทางคลินิกได้ดีขึ้น¹³ อีกทั้งขั้นตอนการ debrief เป็นขั้นตอนที่มุ่งพัฒนาให้นักศึกษาได้เกิดการสะท้อนคิดถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ โดยผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มที่เรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05^{5,7} และในกระบวนการเรียนรู้ได้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผ่านมา สะท้อนคิด และได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากอาจารย์และเพื่อนโดยการอภิปราย ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิก สามารถวางแผนการพยาบาลและการพัฒนาตนเองได้ดีขึ้น

2. ด้านการสื่อสารอย่างปลอดภัย พบว่า กลุ่มที่เรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีการสื่อสารอย่างปลอดภัยที่ดีขึ้นก่อนการทดลอง ในกระบวนการเรียนรู้ผู้เรียนจะทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารทางการพยาบาลระหว่างทีม และการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ผู้เรียนสามารถสื่อสารได้อย่างรวดเร็วและครบถ้วนเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันการสื่อสารที่ผิดพลาดหรือเกิดการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนจึงมีแนวทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้เทคนิค ISBAR เพื่อลดการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย^{21,22} สำหรับการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น¹⁶ เมื่อมีทักษะการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพจะช่วยให้นักศึกษาเกิดการตัดสินใจ

ใจทางคลินิกได้ดี ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการได้มี
คุณภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยบริการ

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย
ของผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะหลังการทดลองสูงกว่า
ก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า นักศึกษาที่ได้เข้าร่วมสถานการณ์
จำลองเสมือนจริงมีการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติการพยาบาล
เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ดีขึ้น จากรูปแบบการจัด
การเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่
ให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดัน
โลหิตสูง และตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องรีบเร่ง
ในการให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิต
โดยในสถานการณ์ให้ผู้เรียนระบุตัวตนผู้ป่วย ติดตามสัญญาณ
ชีพทั้งของมารดาและทารก การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์
การให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย
และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการเรียนรู้ด้วย
สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะ
การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่ดีขึ้น²²
สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเรียนการสอนโดยใช้
สถานการณ์จำลองช่วยทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ
ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้²⁴ และกลุ่มทดลองที่ผ่านการเรียนรู้
ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีทักษะการปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² ทั้งนี้เนื่องจากการมีทักษะการปฏิบัติ
การพยาบาลที่ดีเกิดจากการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีมาสู่
การปฏิบัติ ผ่านการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ได้
ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ อีกทั้งยังได้พัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก
เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล
ที่มีคุณภาพและส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยบริการ
ที่เป่าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์
จำลองเสมือนจริงเป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนา
ทักษะความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่าง
ปลอดภัย และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา
พยาบาลได้ ควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบวิธีการสอนมา
ประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เช่น การฝึก
ประสบการณ์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อย
การฝึกการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และการสอบ

ทักษะปฏิบัติการพยาบาล (OSCE)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง
เป็นวิธีการเรียนรู้ที่พัฒนาความรู้ และทักษะการคิดวิเคราะห์
ของผู้เรียนจากการสะท้อนคิด จึงควรมีการประเมินติดตาม
ภายหลังการเรียนรู้เพื่อประเมินความคงทนของความรู้ของ
ผู้เรียน และควรออกแบบสถานการณ์โดยเพิ่มบทบาทของ
ผู้อยู่ในสถานการณ์ ได้แก่ แพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย
เพื่อเพิ่มการฝึกทักษะการสื่อสาร เนื่องจากบทบาทนี้จะให้
ประสบการณ์ในด้านอารมณ์และความรู้สึกเพิ่มขึ้น

References

1. Sinthuchai S, Ubolwan K, Boonsin S. Effects of
high-fidelity simulation based learning on
knowledge, satisfaction, and self-confidence
among the fourth year nursing students in
comprehensive nursing care practicum.
Ramathibodi Nursing Journal 2017; 23(1):
113-27. (in Thai)
2. Cook DA. How much evidence does it take?
A cumulative meta-analysis of outcomes
of simulation-based education. Medical
Education 2014; 48(8): 750-60.
3. Jeffries PR. Simulation in nursing education:
from conceptualization to evaluation. 2nd Ed.
New York: National League for Nursing; 2012.
4. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Kourkouta L,
Papathanasiou LV, Lliadis C, Fratzana A, et al.
Simulation in clinical nursing education. Acta
Informatica Medica 2021; 29(1): 15-20.
5. Phornpayak D, Sattayawong W, Rattana-Umpa J,
Hamtanon P, Rungkavatt V. The effects of
using simulation based learning and reflective
thinking skill promoting on nursing students'
reflective thinking behavior and clinical
decision-making abilities. Journal of
Baromarajonani College of Nursing,
Nakhonratchasima 2019; 25(2): 57-71. (in Thai)

6. Chubkhuntod P, Elter PT, Gaewgoontol N, Potchana R. Effects of simulation based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying nursing process skills during Intrapartum care of nursing students. *Journal of Health Science* 2020; 29(6): 1062-72. (in Thai)
7. Sinthuchai S, Ubolwan K, Bunsonti N, Yod-A-sa P, Dongsuriya P. Effect of high fidelity simulation based learning on clinical decision making ability of nursing students. *Journal of The Police Nurses* 2019; 11(1): 172-83. (in Thai)
8. Boromarajonani College of Nursing Saraburi. (2022). Report of six domains of learning evaluate of graduated student in academic year. Boromarajonani College of Nursing Saraburi. (in Thai)
9. Sinsawad P. Learning Management to Develop Cognitive Skills of Nursing Students. *Journal of Research and Curriculum Development* 2021; 11(2): 35-47. (in Thai)
10. Braaf S, Manias E, Finch S, Riley R. Communication failure across the perioperative pathway. *International Journal of Person-Centered Medicine* 2012; 2(4): 698-706.
11. Tanner CA. Thinking Like a Nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education* 2006; 45(6): 204-11.
12. Lasater K. Clinical judgment development: using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education* 2007; 46(11): 496-503.
13. Everson J, Gao A, Roder C, Kinnear J. Impact of simulation training on undergraduate clinical decision-making in emergencies: A non-blinded, single-centre, randomised pilot study. *Cureus Journal of Medical Science* 2020; 12(4): 1-13.
14. Boaro N, Fancott C, Baker R, Velji K, Andreoli A. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care* 2010; 24(1): 111-4.
15. Duangchan C. Nursing handoff communication through the SBAR technique. *Journal of Nursing, Siam University* 2020; 21(41): 91-103. (in Thai)
16. Phetprasit N, Laimek S, Thiangchanya P. The effects of a simulation-based learning program on knowledge and communication skills for patient safety among perioperative nurses. *Nursing Journal CMU* 2022; 49(4): 220-32. (in Thai)
17. Foronda CL, Fernandez-Burgos M, Nadeau C, Kelley CN, Henry MN. Virtual simulation in nursing education: a systematic review spanning 1996 to 2018 2020; 15(1): 46-54.
18. Kolb AY, Kolb DA. Experiential learning theory as a guide for experiential educators in higher education. *A Journal for Engaged Educators* 2017; 1(1): 7-44.
19. Srisa-ard B. Basic research. 10th ed. Bangkok: Suweerivasarn; 2017.
20. Sinthuchai S, Ubolwan K. Fidelity simulation based learning: Implementation to learning and teaching management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017; 18(1): 29-38. (in Thai)
21. Wang W, Liang Z, Blazeck A, Greene B. Improving chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Education Today* 2015; 35: 881-7.
22. Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. *Medsurg Nursing Journal* 2017; 26(5): 297-304.
23. Fent G, Blythe J, Farooq O, Purva M. In situ simulation as a tool for patient safety: a systematic review identifying how it is used and its effectiveness. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning* 2015; 1(3): 103-10.
24. Berndt J. Patient safety and simulation in prelicensure nursing education: an integrative review. *Teaching and Learning in Nursing* 2014; 9(1): 16-22.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Relationship of Stress to Adaptation of Village Health Volunteers during the COVID-19 Outbreak

ศุชนิ บุญพิทักษ์สกุล* อุษา ตันทพงษ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อรพิชา เกตุพันธ์

Dussanee Bunpitaksakun* Usa tantapong Phechnoy Singchungchai Onpicha Ketphan

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000

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

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดกับการปรับตัวและความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียดและระดับการปรับตัว และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 110 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ที่มี 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดและ แบบสอบถามการปรับตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับความเครียดรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.65) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าระดับความเครียดที่สูงสุด คือ ด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.79) และการปรับตัวรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.64) ส่วนระดับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวอยู่ในระดับสูง ($r = 0.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า อสม.เป็นทีมสุขภาพที่สำคัญ ดังนั้นเมื่อเกิดโรคระบาดใหม่ๆหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงการปรับตัวและการบริหารความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นที่จะให้เกิดคุณภาพชีวิตในการทำงาน

คำสำคัญ : ความเครียด, การปรับตัว, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This descriptive research aimed to determine the stress level and adaptation and the relationship between stress and adaptation of village health volunteers (VHV) during the outbreak of COVID-19. Objectives of the research to study the level of stress and the level of adaptation and the relationship between stress and adaptation among village health volunteers. The subjects were 110 village health volunteers recruited using multi-stage sampling. The research instrument was a questionnaire consisting of three parts: general information, stress assessment form, and adaptation questionnaire. The data were analyzed with descriptive statistics: frequency, percentage, standard deviation, and Pearson correlation coefficient. The research results revealed the overall stress level was low ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.65). When classified into aspects, it was found that

the highest stress level was the role of the duty which was at a moderate level ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.79) and the overall stress adaptation level was high ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.64). The relationship between stress and adaptation was at a high level ($r = 0.83$) with statistical significance ($p < .05$). The research results indicate that village health volunteers are an important healthcare team. Therefore, when there is a new epidemic occurs, related health-care organizations should realize that adaptation and stress management are required for quality of work life.

Keywords: Stress, adaptation, village health volunteers, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 167 ล้านคน เสียชีวิต 3.48 ล้านคน อัตราป่วยตาย 2.08 โดยที่ประเทศไทยมีผู้ป่วยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 24 พฤษภาคม 2564 จำนวน 132,213 คน เสียชีวิตสะสม 806 คน คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.61¹ ขณะที่จังหวัดนครปฐมมีผู้ป่วยระลอกใหม่จำนวน 1,403 คน เสียชีวิต 16 คน คิดเป็นอัตราป่วยตาย 1.14 โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยแต่ละอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอสามปราชญ์ อำเภอ นครชัยศรี อำเภอพุทธมณฑล อำเภอกำแพงแสน อำเภอบางเลน และอำเภอดอนตูม เท่ากับ 351, 335, 293, 130, 127, 75 และ 63 คน ตามลำดับ² ซึ่งจากการศึกษาผลกระทบการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบในทุกมิติ โดยผลการศึกษาของเอกลักษณ์ และสิรินรัตน์ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าระดับปานกลาง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา³ โดยผลการศึกษาของ สุนทรีย์ สุรตนาและคณะ พบว่าชาวเขาภาคเหนือประเทศไทยได้รับผลกระทบด้านต่างๆ ได้แก่ การศึกษาของเยาวชน การตกงาน ปัญหาการเงินในครอบครัว และการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุ ความช่วยเหลือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และการปรับตัวตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคระบาด⁴ และผลการศึกษา พบว่าผู้ปฏิบัติงานในเขตพิเศษภาคตะวันออกเฉียงเหนือสามารถปรับตัวในการทำงานที่บ้านได้ระดับมากทุกด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน ด้านร่างกายและด้านอัตมโนทัศน์⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนการวิจัยในประเทศสเปน พบว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่เป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุขช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 สามารถปรับตัวเชิงบวกใน ด้านการเรียนรู้ แม้ว่าจะต้องเผชิญภาวะวิกฤต⁶ จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาส่งผลให้เกิดความเครียด

ทุกมิติของสังคมและทุกคนต้องเรียนรู้การปรับตัวในแต่ละบทบาทหน้าที่

ขณะที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจิต ระบุว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทีมสุขภาพในระบบสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีหน้าที่รณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ โดยการเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือนเพื่อควบคุมกลุ่มเสี่ยงไม่ให้แพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งต้องรับผิดชอบประมาณ 8-15 หลังคาเรือน และสรุปรายงานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 2 รอบ ห่างกันรอบละ 7 วัน⁷ และกรมสุขภาพจิต ระบุ การดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตใจคนในชุมชน จะต้องประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น การส่งต่อ การติดตามเยี่ยมหรือการแนะนำแหล่งช่วยเหลือ⁸ โดยสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรงเพิ่มขึ้นขณะที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบ อาจทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผลวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลของประชาชน ในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ป่วย COVID-19 มีความวิตกกังวลมากกว่าประชาชนทั่วไป และมีเพิ่มขึ้นในสตรีและผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปรากฏว่าประเทศแถบยุโรปมีความชุกด้านความวิตกกังวลสูงสุด รองลงมาอเมริกาและเอเชีย โดยกลุ่มประชากรทั่วไปมีความชุกด้านความวิตกกังวลจากสูงสุดได้แก่ ประเทศแอฟริกา อเมริกา ยุโรปและเอเชีย ตามลำดับ⁹

โดยการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศจีน ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุด รองลงมาคือภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลตามลำดับ และพบว่าเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย โดยผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพแนวหน้าจะสูงกว่าประชากรจีนทั่วไป¹⁰ ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน มีผลต่อทุนทางจิตวิทยาและพฤติกรรมการทำงาน

ของ อสม.ในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019¹¹ และจากการศึกษา พบว่า การปรับตัวให้เข้ากับแบบแผนของสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการโดยคนที่ปรับตัวได้จะมีสุขภาพจิตที่ดีและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิภาพการทำงาน โดยทุกคนจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาอย่างมีสติ และจัดการความเครียดทางอารมณ์อย่างถูกต้อง¹² โดยมีตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชาชนมีความเครียดลดลงหลังจากที่ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์¹³ ในประเทศสเปนพบว่าปัจจัยเพศและอายุมีผลต่อการปรับตัวโดยเพศหญิงมีความเครียดมีทัศนคติแง่ร้ายและมองเห็นคุณค่าตัวเองน้อยลง ส่วนผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดีแม้ว่าจะมีความกังวลใจคนที่แต่งงานสามารถปรับตัวได้ดีแม้ว่ามีความกังวลมากขึ้น ซึ่งการปรับตัวจะสร้างความสุขและพัฒนาการเผชิญปัญหาด้านความทุกข์ในเชิงบวกดีขึ้น¹⁴ เหตุผลที่ผู้วิจัยนำทฤษฎีของรอยมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยตามทฤษฎีของรอย¹⁵ เพราะรอยมีความเชื่อว่า “เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ” สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือได้ว่ามีระดับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบต่อชีวิตมนุษย์เป็นเป็นการระบาดทั่วโลก อาการของโรครุนแรง และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานอย่างทุ่มเทในช่วงการระบาด ดังนั้นจึงได้รับผลกระทบรุนแรงโดยตรง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานและส่งเสริมสุขภาพจิตของ อสม. อันจะส่งผลถึงประสิทธิภาพและประสิทธิภาพการทำงาน

วัตถุประสงค์

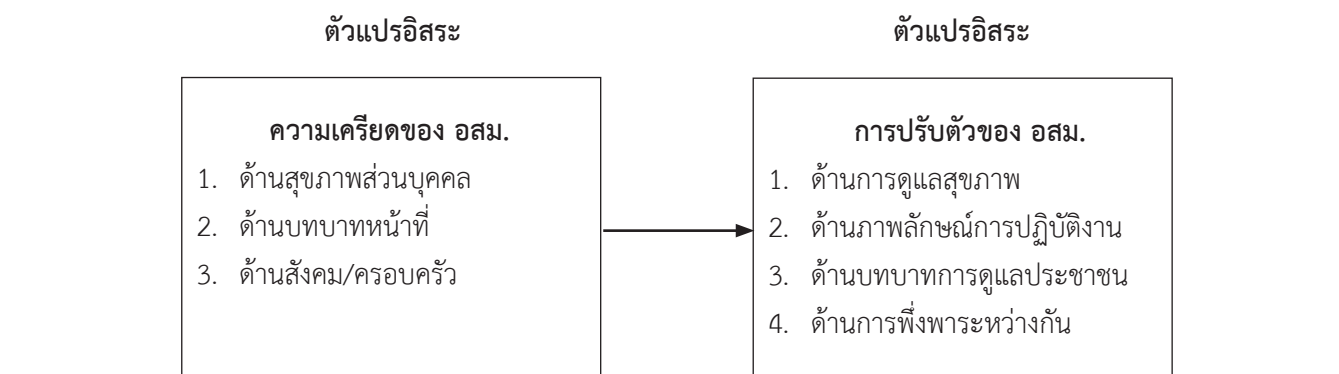
1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการปรับตัวของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำถามการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความเครียดและการปรับตัวอย่างไร และมีความสัมพันธ์อย่างไร ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย¹⁵ ที่ระบุกลไกการตอบสนองด้านการควบคุมและการคิดรู้งานทำงานร่วมกัน และแสดงพฤติกรรมปรับตัวออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ 2) ด้านภาพลักษณ์การปฏิบัติงาน 3) ด้านบทบาทการดูแลประชาชน 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ตามกรอบแนวคิดดังรูป



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 10,360 คน²

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 10,360 คน²

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร ทาโร่ ยามาเน่ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ความคลาดเคลื่อนที่ 0.1 เท่ากับ 100 คน และป้องกันการสูญหาย (drop-out rate, d) กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 110 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random Sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 4 อำเภอจากจำนวน 7 อำเภอในจังหวัดนครปฐม ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกอำเภอด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) จากอำเภอที่มีผู้ป่วยมากที่สุดลงมาตามลำดับที่เป็นพื้นที่สีแดง ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอสามพราน อำเภอนครชัยศรีและอำเภอกุสุมาลย์ และขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (SPST20) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ คำถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) ด้านสุขภาพส่วนบุคคล (2) ด้านบทบาทหน้าที่ (3) ด้านสังคม/ครอบครัว ออกแบบวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) มีเกณฑ์ระดับคะแนน 1-5

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปรับตัว ที่ผู้วิจัยผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์ใช้ของกรณิการ์ แสนสุภาและคณะ¹⁶ จำนวน 20 ข้อคำถามประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านการดูแลสุขภาพ (2) ด้านภาพลักษณ์การปฏิบัติงาน (3) ด้านบทบาทการดูแลประชาชน และ (4) ด้านการพึ่งพาช่วยเหลือกัน โดยออกแบบวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและประยุกต์ใช้เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาที่เหมาะสม พิจารณาว่า

ข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัดคุณสมบัติการวิจัยและคำนวณค่า CVI (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.88

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและประยุกต์ใช้ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคำตอบที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α Cronbach's Alpha efficient) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 2 ฉบับ ดังนี้ 1.ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเครียด ฉบับที่ 1 เท่ากับ 0.92 2. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเครียดฉบับที่ 2 เท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ. 04 / 2564 วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 และมีหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ซึ่งแจ้งเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ซึ่งแบบสอบถามจะถูก เก็บไว้เป็นความลับอยู่ในที่ปลอดภัย และจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งการรายงานผลการวิเคราะห์จะไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคล หน่วยงานหรือองค์กร

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พร้อมแนบเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ ระหว่าง เดือนธันวาคม 2564 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ส่งคืนกลับมาทั้งหมด 110 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard

deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด และการปรับตัว และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ได้นำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียดและระดับการปรับตัว และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.5) อายุเฉลี่ย 58.29 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี โดยช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 24.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 56.4 รองลงมามีมัธยมต้น

ตารางที่ 1 คะแนนร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมและรายด้าน (n = 110)

ความเครียด	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านสุขภาพส่วนบุคคล	57.07	2.59	0.75	น้อย
2. ด้านบทบาทหน้าที่	63.53	2.89	0.79	ปานกลาง
3. ด้านสังคม/ครอบครัว	55.75	2.53	0.77	น้อย
ภาพรวม	58.78	2.67	0.65	น้อย

จากตารางที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความเครียดภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้าน พบว่า ด้านบทบาทหน้าที่

ร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมา 1-5 ปี เฉลี่ย 11.96 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 35 ปี การมีและไม่มีโรคประจำตัวสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.5 การตรวจหาเชื้อ Covid-19 เคยตรวจและไม่เคยตรวจ สัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ เคยตรวจ ร้อยละ 50.9 ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 49.1 การอบรมความรู้เรื่องโรค Covid-19 ส่วนใหญ่เคยอบรม ร้อยละ 78.2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ ร้อยละ 66.4 ประสบการณ์ป่วยด้วย Covid-19 ของบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย ร้อยละ 84.5 และการได้รับผลกระทบจาก Covid-19 ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบ ร้อยละ 78.2

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดและระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม มีระดับความเครียด (ตารางที่ 1) และ ระดับการปรับตัว (ตารางที่ 2) โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.79) ส่วนด้านสุขภาพส่วนบุคคลอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.59$, S.D. = 0.75) และด้านสังคม/ครอบครัว อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.77)

ตารางที่ 2 คะแนนร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมและรายด้าน (n = 110)

การปรับตัว	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	87.35	4.37	0.72	มาก
2. ด้านภาพลักษณ์การปฏิบัติงาน	82.87	4.14	0.78	มาก
3. ด้านบทบาทการดูแลประชาชน	78.76	3.93	0.74	ปานกลาง
4. ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	81.60	4.08	0.78	มาก
ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย	82.65	4.13	0.64	มาก

จากตารางที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม มีระดับการปรับตัวภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.64) เมื่อพิจารณาเป็นราย ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับ คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.72) ด้าน ภาพลักษณ์การปฏิบัติ

งาน ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.78) และด้านการพึ่งพาพึ่งพาระหว่างกัน ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 0.78) ส่วนด้าน บทบาทการดูแลประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.74)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัว

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความเครียดกับการปรับตัว ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

ปัจจัย	การปรับตัว		
	r	ระดับความสัมพันธ์	p-value
ความเครียดของ อสม.	0.83**	สูง	<0.001

จากตารางที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐมมีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัว ระดับสูงทิศทางบวกกับการปรับตัว ($r = 0.83$) ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องความเครียดกับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด นครปฐม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้คือ

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดภาพรวม อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้าน บทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านสุขภาพส่วนบุคคลและด้านสังคม/ครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ตามแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด ระบุสาเหตุมักเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการดำเนินชีวิตของคนที่จะต้องปรับตัวตลอดเวลาก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนั้นยังเป็นปัจจัยทางชีวภาพที่มีชีวิตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และยังส่งผลต่อสภาพทางสังคมและวัฒนธรรม ที่จะต้องเรียนรู้กับการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีความเครียดและอารมณ์เศร้า ระดับความเครียดปานกลางถึงสูง

โดยระยะเวลาช่วยทำให้อาการลดลง และทำให้ อสม. มีความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันโรคมมากขึ้นและสามารถปรับความเครียดได้³ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรีย์ และคณะพบว่า มีผลกระทบต่อการเข้าถึงการศึกษาของเยาวชน ปัญหาการตกงาน ปัญหาด้านการเงินในครอบครัว และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยความช่วยเหลือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และการกำหนดแนวปฏิบัติใหม่ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของสามารถช่วยลดความตึงเครียด⁴ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องการศึกษาที่สหรัฐอเมริกา พบว่า ผลกระทบการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อความไม่เท่าเทียมกันในการศึกษาตลาดแรงงาน มาตรฐานการครองชีพในครัวเรือน สุขภาพจิตและความมั่งคั่ง⁵ สอดคล้องการศึกษา ในประเทศสเปน พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เป็นอาสาสมัครปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีประสบการณ์การรับมือกับภาวะวิกฤตในเชิงบวกด้านการเรียนรู้ที่จะได้ประโยชน์ ทักษะการเผชิญปัญหาด้วยกลยุทธ์การแบบปรับตัวกับโรคระบาด⁶ สอดคล้องผลการศึกษาทบทวนอย่างมีระบบเกี่ยวกับความวิตกกังวลของประชาชนในช่วง การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบว่าความชุกในยุโรปสูงสุด รองลงมาคือในอเมริกาและเอเชีย ตามลำดับ และผลการศึกษาในประเทศจีน พบว่า ช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุด รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลตามลำดับ และพบว่า เพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่าเพศชายและผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพด้านหน้าสูงกว่าประชากรทั่วไป¹⁰ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณภัทร วุฒิทาพันธ์

ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน มีผลต่อทุนทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมการทำงานของ อสม.ในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย¹¹

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์สูงทางบวกกับการปรับตัวของ อสม.จังหวัดนครปฐม ($r = 0.83$, $p\text{-value} < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า อสม.จังหวัดนครปฐม มีความเครียดในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เพิ่มขึ้น แต่สามารถปรับตัวเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าระดับการปรับตัวของ อสม. โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากเรียงตามลำดับดังนี้ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านภาพลักษณ์ การปฏิบัติงาน และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนด้านบทบาทการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ที่ระบุว่าระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา ที่บุคคลประกอบด้วยกาย จิตและสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวมซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุขหรือภาวะสุขภาพที่ดี ขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว (Adaptation level) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานที่บ้านเต็มเวลากับทำงานที่บ้านบางส่วนเวลา มีการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วงวิกฤตโควิด 19 ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก⁵ และจากผลการศึกษาของกรณิการ์ แสนสุภา และคณะ พบว่า การปรับตัวของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง มีการปรับตัวโดยรวม อยู่ในระดับมาก ช่วงวิกฤตโควิด 19¹⁶ สอดคล้องผลการศึกษาประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความวิตกกังวลอยู่แล้วมีความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 และสอดคล้องผลการศึกษาการปรับตัวของประชาชนชาวสเปน ช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า เพศหญิงมีความเครียด มีทัศนคติในแง่ร้ายและการเห็นคุณค่าตัวเองน้อยลง ส่วนผู้สูงอายุปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้ดีกว่าแม้ว่าจะกังวลใจ มากกว่าก็ตาม¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ได้ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดและผลลัพธ์ทางจิตวิทยาโดยการทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายพฤติกรรม COVID-19 พบว่า ผลลัพธ์ทางจิตวิทยา

หลายประการ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความทุกข์ทางจิต ความผิดปกติของความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและความโกรธ นอกจากนี้ยังพบว่าในภาวะที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้ การเกิดความหวาดกลัวจากการระบาดของโรคอุบัติใหม่¹⁷ เรายังระบุพฤติกรรมหลายอย่างระหว่างการระบาดใหญ่และจัดหมวดหมู่เป็นพฤติกรรม การป้องกัน การเตรียมพร้อม และพฤติกรรมผิดปกติ การตรวจสอบพบว่าแม้ว่าจะมีหลักฐานที่จำกัดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระบาดใหญ่และผลลัพธ์ทางจิตวิทยา¹⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า อสม.เป็นทีมสุขภาพที่สำคัญ ดังนั้นเมื่อเกิดโรคระบาดใหม่ๆ หน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงการปรับตัวและการบริหารความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นที่จะให้เกิดคุณภาพชีวิตในการทำงาน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัวของ อสม. ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา เพื่อค้นหาความรู้ใหม่เกี่ยวกับความเครียดในบริบทที่แตกต่างและควรศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่น่าจะส่งผลต่อความเครียดและการปรับตัวของ อสม.ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอนาคต

References

1. Emergency Operations Center, Department of Disease Control. Situation report of Coronavirus disease 2019. Issue 507, 2021. (in Thai)
2. Nakhon Pathom Provincial Public Health Office. Situation of COVID-19 in the area of Nakhon Pathom Province. 2021. (In Thai)
3. Sangsirilak A., & Sangsirilak S. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. The Journal of the psychiatric association of Thailand. 2020; 65(4): 400-8 (In Thai)

4. Suratana S., Tamornpark R., Apidechkul T., Srichan, P., Mulikaburt, T., Wongnuch, P., ... & Udplong, A. Impacts of and survival adaptations to the COVID-19 pandemic among the hill tribe population of northern Thailand: A qualitative study. *Public Library of Science ONE*. 2021; 16 (6), (In Thai)
5. Sadangharn P. Work from Home Adaptation of Employees in the Eastern Economic Corridor During the Covid-19 Crisis. *Burapha Journal of Business Management*, Burapha University. 2020; 9 (2), 14-33. (In Thai).
6. Roca J., Canet-Vélez O., Cemeli T., Lavedán A., Masot O., & Botigué T. Experiences, emotional responses, and coping skills of nursing students as auxiliary health workers during the peak COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2021; 30(5), 1080-92.
7. Department of Health Service Support. Knowledge of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) for medical personnel and public health volunteers. 2021 Nonthaburi. (In Thai)
8. Khon Kaen Ratchanakarin Psychiatric Hospital, Department of Mental Health. A handbook for caring for people's hearts for community leaders and village Volunteers. 2023 (In Thai)
9. Kan F. P., Raoofi S., Rafiei, S., Khani S., Hosseinifard H., Tajik F.,... & Ghashghaee A. A systematic review of the prevalence of anxiety among the general population during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders* 293. 2021; 391-98
10. Bareeqa S. B., Ahmed S. I., Samar S. S., Yasin W., Zehra S., Monese G. M., & Gouthro R. V. Prevalence of depression, anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2021; 56 (4), 210-27.
11. Wuttaphan N. Factors Influencing the Work Behavior of Village Health Volunteers During the COVID-19 Pandemic in Thailand: A Cross-Sectional Study. *Journal of Population and Social Studies*. 2022; 30, 816-33. (In Thai)
12. Arpornkul N., & Suppakitiporn S. Adjustment problems of first year medical students. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2017; 61(5), 631-45. (In Thai)
13. Daly M., & Robinson E. Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. *Journal of psychiatric research*. 2021; 136, 603-9
14. Morales-Vives F., Dueñas J. M., Vigil-Colet A., & Camarero-Figuerola M. Psychological variables related to adaptation to the COVID-19 lockdown in Spain. *Frontiers in Psychology* 11, (2020): 565634.
15. Roy S.C. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange. 1999.
16. Sansupha P. Adaptation of students in the situation of COVID-19. *MCU Journal Humanities Review Year*; (In Thai)
17. Waelveerakup W, Suwannasarn k, Pasuwan D, Quality of life of Older Persons During the Second Wave of the COVID-19 Pandemic in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(2): 76-87. (In Thai)
18. Usher K., Jackson D., Durkin, J., Gyamfi, N., & Bhullar, N. Pandemic-related behaviours and psychological outcomes; A rapid literature review to explain COVID-19 behaviours. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2020; 29(6), 1018-34.



คำแนะนำการเตรียม และส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลทหารบก

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญชวนพยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักการศึกษา สาขาต่าง ๆ ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยทางพยาบาลเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ เช่น วารสาร เอกสารประกอบการประชุม เป็นต้น หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่น ซึ่งต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณากลั่นกรอง (external and internal reviewers) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลโดยเฉพาะมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญงานในสาขาต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ถ้าผู้เขียนบทความไม่แก้ไขบทความหรือทางกองบรรณาธิการไม่ได้รับการประสานใดๆ ทางวารสารจะขอสงวนสิทธิ์การส่งบทความของผู้เขียนบทความทุกคนลงวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการทางการพยาบาล
2. บทความวิจัยทางการพยาบาล
3. บทความพิเศษ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง
2. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
3. ชื่อเรื่อง ผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 - 5 ตัวอักษร หัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน พิมพ์ให้ตรงกัน เริ่มด้วยบทนำ เนื้อหา และบทสรุป

บทความวิชาการ /บทความวิจัย

1. สาระของบทความวิจัยที่กำหนดลงตีพิมพ์ในวารสาร
 - 1.1 เป็นบทความด้านการพยาบาล การศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน มีความน่าสนใจ และไม่ล้าสมัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
 - 1.2 ผู้วิจัย/ผู้เขียนบทความ ประกอบด้วยบุคคล คณะบุคคล หรือทีมสหวิชาชีพ บทความวิชาการไม่เกิน 3 คน และบทความวิจัยไม่เกิน 5 คน
 - 1.3 ผู้ที่ประสงค์จะส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร จะต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์ลงวารสารตามที่กำหนด
 - 1.4 บทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษา และลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาด้วย
2. รูปแบบการเขียนชื่อเรื่อง และข้อมูลของผู้วิจัยเรียงตามลำดับ ดังนี้
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 2.2 ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ
 - 2.3 ชื่อ-สกุลผู้วิจัยทุกท่าน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.4 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
 - 2.5 หน่วยงานที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย (ถ้ามี) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. การเขียนบทคัดย่อ

3.1 กำหนดให้เขียนบทความคัดย่อ ทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3.2 รูปแบบการเขียนบทคัดย่อ เรียงตามลำดับ ดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และคำสำคัญ

บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ) และคำสำคัญ

4. รูปแบบการเขียนเนื้อหาในบทความวิจัย กำหนดดังนี้

4.1 บทนำ

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

4.3 สมมติฐาน (ถ้ามี)

4.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย

4.6 เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

4.7 ผลการวิจัย

4.8 สรุปและอภิปราย

4.9 ข้อเสนอแนะ

4.10 เอกสารอ้างอิง

5. เอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิง ใช้ระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัย จากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็น ภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็น

ภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

6. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยแก้ไขตาม ข้อเสนอที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอน ของบรรณาธิการวารสารเรียบร้อยแล้ว และท่านจะได้รับ หนังสือตอบรับการตีพิมพ์

7. ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำ ยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก. ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสาร พยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป

การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ส่งต้นฉบับพร้อม ทั้งแจ้งชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของ ผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่บรรณาธิการวารสาร พยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภิตติ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com หรือ Line id : saisamornrc

2. เมื่อได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่า บทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร จึง สามารถ Submission บทความลงในระบบได้ <http://thaijo.org/index.php/JRTAN>

3. ชำระค่าตีพิมพ์ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหาร ไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก หมายเลข บัญชี 038-7-31946-0 ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอน เงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภิตติ

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

Line id : saisamornrc

โทร. 081-345-5771

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวารสารพยาบาลทหารบก

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK (ตัวหนา) ขนาด 18

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ (ตัวหนา) ขนาด 18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16

ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 14

ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 14

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ระยะขอบ

2.54

เซนติเมตร

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 (ไม่เกิน 250 คำ).....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ระยะขอบ

2.54

เซนติเมตร

Corresponding Author:

วันที่รับ (Received)

วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised)

วันที่ตอบรับ (Accepted)

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 (ไม่เกิน 250 คำ)

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

*ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ ไม่ต้องแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns)

บทนำ (เนื้อหา).....

วัตถุประสงค์การวิจัย (เนื้อหา).....

สมมติฐาน (ถ้ามี) (เนื้อหา).....

กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี) (เนื้อหา).....

วิธีดำเนินการวิจัย (เนื้อหา).....

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (เนื้อหา).....

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ (เนื้อหา).....

ผลการวิจัย (เนื้อหา).....

ตาราง 1 ชื่อตาราง (n = ...)

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช้ตัวหนา	M	SD	t	p
1.				ใส่ตัวเลขจริง
2.				เช่น .000
3.				.010
.				.059
.				(ไม่ใช่ <.05)
.				

สรุปและอภิปราย (เนื้อหา).....

ข้อเสนอแนะ (เนื้อหา).....

เอกสารอ้างอิง

ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

- เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่อนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย 1,2,3,.....ให้เขียนตัวเลขเหนือบรรทัด (superscript) ใส่ไว้ข้างท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- การอ้างหลายรายการอ้างอิงในทีเดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกเลขแต่ละหมายเลข (1,2,3)
- เอกสารอ้างอิงส่วนท้ายของบทความ (References) ให้เรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3,4,.....ไปจนถึงเลขที่สุดท้ายในเนื้อหาให้สอดคล้องกัน ในกรณีที่ต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและวงเล็บท้ายเอกสารว่า (in Thai)

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)

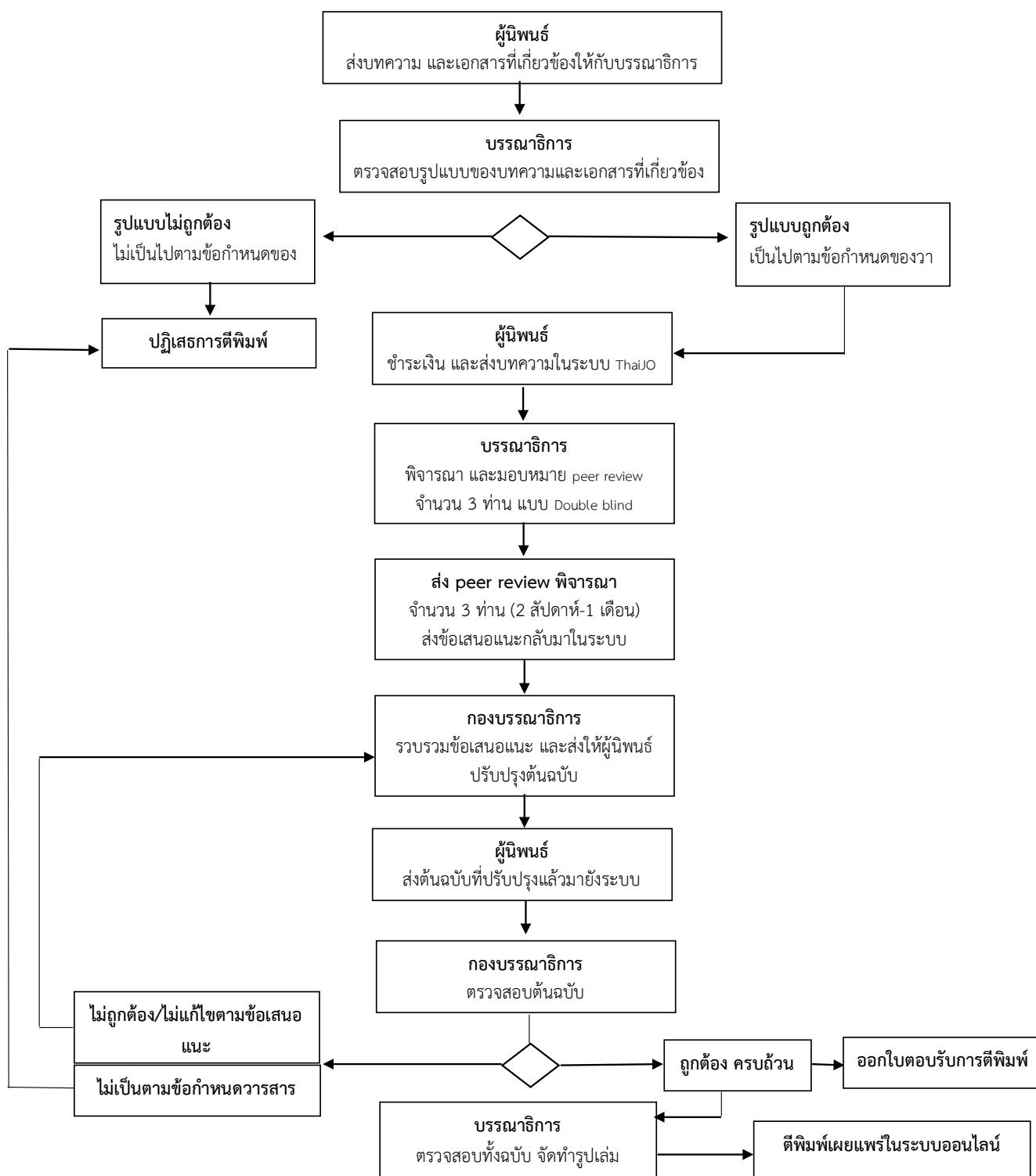
วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

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)

ขั้นตอนการตอบรับตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย

วารสารพยาบาลทหารบก ในระบบวารสารออนไลน์





แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก

1. ชื่อ – สกุลผู้เขียน (ภาษาไทย).....
ชื่อ – สกุลผู้เขียน (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....
 - ในกรณีที่ผู้เขียนกำลังศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรดระบุ
ชื่อหลักสูตร..... สาขาวิชา
 - แขนงวิชา (ถ้ามี)..... คณะ
 - สถาบันการศึกษา.....
2. ชื่อเรื่อง
(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
3. สถานที่ติดต่อผู้เขียน
ที่อยู่ เลขที่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
E-mail.....
4. ข้าพเจ้า ขอยืนยันว่า
 - ☐ บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ
 - ☐ ผ่านการตรวจสอบลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขรวิธีหรือโปรแกรมอื่นใดที่เทียบเคียง
(กรณีดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์) พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
 - ☐ (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
(โปรดแนบ สำเนา 1 ชุด)
 - ☐ ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
 - ☐ จำนวนผู้นิพนธ์ บทความวิชาการ ไม่เกิน 3 คน และบทความวิจัย ไม่เกิน 5 คน
5. ข้าพเจ้าขอยินยอมว่า บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลทหารบก ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบกโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์)
ได้ตรวจสอบบทความแล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้อง
ตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ.....
(.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย
วารสารพยาบาลทหารบก

ชื่อ - นามสกุล
ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์ E-mail :

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย ดังนี้

☐ ตีพิมพ์ภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท

☐ ตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท

หมายเหตุ

- ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เรียกเก็บเมื่อบทความของท่านได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร และสามารถ Submission บทความลงในระบบได้
- กรณีชำระเงินแล้ว ไม่ว่าผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการจะออกมาเป็นเช่นใด กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

การชำระเงิน

โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก

หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0

ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

ลงนาม ผู้สมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.